



Volksabstimmung vom
09.06.2024

Votation populaire du
09.06.2024

Votazione popolare del
09.06.2024

Verhandlungen

Délibérations

Deliberazioni

21.067

Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

21.067

Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie)

21.067

Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi).
Iniziativa popolare e controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)

Impressum

VH 21.067

Herausgeber

Parlamentsdienste / Parlamentsbibliothek
3003 Bern
doc@parl.admin.ch
www.parl.ch

Editeur

Services du Parlement / Bibliothèque du Parlement
3003 Berne
doc@parl.admin.ch
www.parl.ch/fr

Editore

Servizi del Parlamento / Biblioteca del Parlamento
3003 Berna
doc@parl.admin.ch
www.parl.ch/it

Inhaltsverzeichnis | Table des matières | Contenuto

1. Übersicht aus der Geschäftsdatenbank
Aperçu de la base de données des objets
Panoramica dalla banca dati degli oggetti parlamentari
2. Zusammenfassung der Verhandlungen
Résumé des délibérations
Riassunto delle deliberazioni
3. Debatten in den Räten
Débats dans les conseils
Dibattiti nelle Camere
4. Schlussabstimmungen
Votations finales
Votazioni finali
5. Erlasstexte
actes législatifs
Attoi legislativi



21.067 Geschäft des Bundesrates

Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

Einreichungsdatum: 10.11.2021

Stand der Beratung: Erledigt

Botschaft / Bericht des Bundesrates

Botschaft vom 10. November 2021 zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

[BBI 2021 2819](#)

Kommissionsberichte

[06.09.2022 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates](#)

Ratsunterlagen

[Anträge, Fahnen](#)

Chronologie

Entwurf 1

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

[BBI 2021 2820](#)

31.05.2022	Nationalrat	Beginn der Debatte
01.06.2022	Nationalrat	Beschluss gemäss Entwurf
01.06.2022	Nationalrat	Fristverlängerung
01.06.2022	Nationalrat	Bis zum 21.11.2023.
26.09.2022	Ständerat	Fristverlängerung
26.09.2022	Ständerat	Bis zum 21.11.2023.
13.09.2023	Ständerat	Zustimmung
29.09.2023	Ständerat	Annahme in der Schlussabstimmung
29.09.2023	Nationalrat	Annahme in der Schlussabstimmung

Stand der Beratungen: Erledigt

Schlussabstimmungstext: [BBI_2023_2286](#)

Entwurf 2

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen) - indirekter Gegenvorschlag

[BBI_2021_2821](#)



31.05.2022	Nationalrat	Beginn der Debatte
01.06.2022	Nationalrat	Beschluss abweichend vom Entwurf
14.03.2023	Ständerat	Abweichung
31.05.2023	Nationalrat	Abweichung
13.09.2023	Ständerat	Abweichung
14.09.2023	Nationalrat	Abweichung
21.09.2023	Ständerat	Zustimmung
29.09.2023	Nationalrat	Annahme in der Schlussabstimmung
29.09.2023	Ständerat	Annahme in der Schlussabstimmung

Stand der Beratungen: Erledigt

Erlasstext: [BBl 2023 2303](#)

Zuständigkeiten

Behandelnde Kommissionen

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR)

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (SGK-SR)

Zuständige Behörde

Departement des Innern (EDI)

Weitere Informationen

Behandlungskategorie

I/IIIa

Erstbehandelnder Rat

Nationalrat

Links

Weiterführende Unterlagen

[Amtliches Bulletin](#) | [Abstimmungen NR](#)

Weiterführende Links

[Bericht vom 3.5.22 zuhanden SGK-N betreffend Auswirkungen auf die Kosten der Laboranalysen](#) | [Bericht vom 25.4.23 zuhanden der SGK-N betreffend zusätzliche Fragen zu den Laboranalysen](#) | [Bericht vom 22.6.22 zuhanden der SGK-S betreffend Beschlüsse des Nationalrates vom 1.6.22](#) | [Bericht vom 29.8.22 zuhanden der SGK-S betreffend differenzierte Tarife bei Art. 46a E-KVG](#) | [Bericht vom 29.8.22 zuhanden der SGK-S betreffend Auswirkungen Vertragsfreiheit Laboratorien](#) | [Bericht vom 25.10.22 zuhanden der SGK-S betreffend opt-out Leistungserbringer bei alternativen Versicherungsmodellen](#) | [Bericht vom 29.8.22 zuhanden der SGK-S betreffend Health Technology Assessments](#)





21.067 | **Objet du Conseil fédéral**

Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie)

Date de dépôt: 10.11.2021

Etat des délibérations: Liquidé

Message / Rapport du Conseil fédéral

Message du 10 novembre 2021 relatif à l'initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie)

[FF 2021 2819](#)

Rapports de commission

[06.09.2022 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats](#)

Documents des Conseils

[Propositions, dépliants](#)

Chronologie

Projet 1

Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)

[FF 2021 2820](#)

31.05.2022	Conseil national	Début des délibérations
01.06.2022	Conseil national	Décision conforme au projet
01.06.2022	Conseil national	Prolongation de délai
01.06.2022	Conseil national	Jusqu'au 21.11.2023.
26.09.2022	Conseil des Etats	Prolongation de délai
26.09.2022	Conseil des Etats	Jusqu'au 21.11.2023.
13.09.2023	Conseil des Etats	Adhésion
29.09.2023	Conseil des Etats	Adoption (vote final)
29.09.2023	Conseil national	Adoption (vote final)

Etat des délibérations: Liquidé

Texte soumis au vote final: [FF 2023 2286](#)

Projet 2

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts) - contre-projet indirect

[FF 2021 2821](#)



31.05.2022	Conseil national	Début des délibérations
01.06.2022	Conseil national	Décision modifiant le projet
14.03.2023	Conseil des Etats	Divergences
31.05.2023	Conseil national	Divergences
13.09.2023	Conseil des Etats	Divergences
14.09.2023	Conseil national	Divergences
21.09.2023	Conseil des Etats	Adhésion
29.09.2023	Conseil national	Adoption (vote final)
29.09.2023	Conseil des Etats	Adoption (vote final)

Etat des délibérations: Liquidé

Texte de l'acte législatif: [FF 2023 2303](#)

Compétences

Commissions chargées de l'examen

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)

Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires

Catégorie de traitement

I/IIIa

Conseil prioritaire

Conseil national

Liens

Informations complémentaires

[Bulletin officiel](#) | [Votes CN](#)

Lien vers des informations complémentaires

[Rapport du 3.5.22 à l'attention de la CSSS-N concernant l'impact sur les coûts des analyses de laboratoire](#) | [Rapport du 25.4.23 à l'attention de la CSSS-N répondant à des questions supplémentaires concernant les analyses de laboratoire](#) | [Rapport du 22.6.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les décisions du Conseil national du 1.6.22](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les tarifs différenciés prévus à l'art. 46a P-LAMa](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les conséquences de la liberté de contracter avec les laboratoires](#) | [Rapport du 25.10.22 à l'attention de la CSSS-E concernant opt-out fournisseurs de prestations en cas de modèles d'assurance alternatifs](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les évaluations des technologies de la santé](#)





21.067 Oggetto del Consiglio federale

Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai co-sti). Iniziativa popolare e controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)

Data del deposito: 10.11.2021

Stato delle deliberazioni: Liquidato

Messaggio / Rapporto del Consiglio federale

Messaggio del 10 novembre 2021 concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai co-sti)» e il controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)

[FF 2021 2819](#)

Rapporti delle commissioni

[06.09.2022 - Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati](#)

Documentazione concernente la camera

[Proposte, paragrammi](#)

Cronologia

Disegno 1

Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)

[FF 2021 2820](#)

31.05.2022	Consiglio nazionale	Inizio del dibattito
01.06.2022	Consiglio nazionale	Decisione secondo il disegno (progetto)
01.06.2022	Consiglio nazionale	Proroga del termine
01.06.2022	Consiglio nazionale	Fino al 21.11.2023.
26.09.2022	Consiglio degli Stati	Proroga del termine
26.09.2022	Consiglio degli Stati	Fino al 21.11.2023.
13.09.2023	Consiglio degli Stati	Adesione
29.09.2023	Consiglio degli Stati	Adozione nella votazione finale
29.09.2023	Consiglio nazionale	Adozione nella votazione finale

Stato delle deliberazioni: Liquidato

Testo del voto finale: [FF 2023 2286](#)

Disegno 2

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Misure di contenimento dei costi – Definizione di obiettivi di costo) - controprogetto indiretto



FF 2021 2821

31.05.2022	Consiglio nazionale	Inizio del dibattito
01.06.2022	Consiglio nazionale	Decisione in deroga al disegno (progetto)
14.03.2023	Consiglio degli Stati	Deroga
31.05.2023	Consiglio nazionale	Deroga
13.09.2023	Consiglio degli Stati	Deroga
14.09.2023	Consiglio nazionale	Deroga
21.09.2023	Consiglio degli Stati	Adesione
29.09.2023	Consiglio nazionale	Adozione nella votazione finale
29.09.2023	Consiglio degli Stati	Adozione nella votazione finale

Stato delle deliberazioni: Liquidato

Atto normativo: [FF 2023 2303](#)

Competenze

Commissioni interessate

Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS-CN)

Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS (CSS-CS)

Autorità competente

Dipartimento dell'interno (DFI)

Altre informazioni

Categoria di deliberazione

I/IIIa

Camera prioritaria

Consiglio nazionale

Link

Altri documenti

[Bollettino ufficiale](#) | [Votazioni CN](#)

Altri link

[Rapport du 3.5.22 à l'attention de la CSSS-N concernant l'impact sur les coûts des analyses de laboratoire](#) | [Rapport du 25.4.23 à l'attention de la CSSS-N répondant à des questions supplémentaires concernant les analyses de laboratoire](#) | [Rapport du 22.6.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les décisions du Conseil national du 1.6.22](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les tarifs différenciés prévus à l'art. 46a P-LAMa](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la CSSS-E concernant les conséquences de la liberté de contracter avec les laboratoires](#) | [Rapport du 25.10.22 à l'attention de la CSSS-E concernant opt-out fournisseurs de prestations en cas de modèles d'assurance alternatifs](#) | [Rapport du 29.8.22 à l'attention de la](#)



CSSS-E concernant les évaluations des technologies de la santé



2 Zusammenfassung der Verhandlungen

21.067 Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag

Botschaft vom 10. November 2021 zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) [BBI 2021 2819](#)

In beiden Räten bestand ein Konsens, dass gegen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die zunehmende Belastung der Bevölkerung durch die Krankenkassenprämien etwas getan werden müsse. Die Volksinitiative, die eine Kostenbremse verlangt und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen an die Lohn- und Wirtschaftsentwicklung koppeln will, wurde jedoch abgelehnt. Faktoren wie die Alterung der Gesellschaft, der technisch-medizinische Fortschritt sowie die Abhängigkeit der Löhne vom Konjunkturverlauf würden nicht berücksichtigt, meinte eine Mehrheit in beiden Räten. Zudem bestehe die Gefahr, dass diese Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge haben könnte. Unterstützung fand die Initiative lediglich bei der Mitte-Partei.

Als Alternative modifizierten die Räte einen vom Bundesrat vorgeschlagenen indirekten Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe. Der Gegenvorschlag sieht im Kern die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen für das Gesundheitswesen vor. Der Bundesrat soll alle vier Jahre Vorgaben für die Leistungen gemäss der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung festlegen. Für den Fall, dass Ziele nicht erreicht werden, macht das Gesetz aber keine Vorgaben. Weiter soll der Bundesrat zusätzliche Kompetenzen bei den Tarifen für stationäre Behandlungen erhalten. Nicht mehr Teil der Vorlage ist die zunächst vom Nationalrat vorgeschlagene Einführung einer Vertragsfreiheit bei den Laboratorien. Demnach hätten Laboranalysen nur vergütet werden sollen, wenn die Krankenkasse einen Vertrag mit dem privaten Laboratorium abgeschlossen hätte.

Ausgangslage

Am 10. März 2020 reichte die CVP Schweiz (heute: Die Mitte) die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» mit rund 119'000 Unterschriften ein. Die Initiative verlangt, dass mit wirksamen Massnahmen die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung so geregelt wird, dass sich diese Kosten entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln. Zu diesem Zweck soll eine Kostenbremse eingeführt werden.

Der Bundesrat befürwortet grundsätzlich das Anliegen der Initiative, das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Belastung der Prämienzahler zu bremsen. Allerdings ist die Koppelung an die Lohnentwicklung zu starr. Faktoren wie die Alterung der Gesellschaft, der technisch-medizinische Fortschritt sowie die Abhängigkeit der Löhne vom Konjunkturverlauf werden nicht berücksichtigt. Es besteht die Gefahr, dass diese Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge hat.

Der Bundesrat lehnt die Initiative ab und schlägt dem Parlament vor, als indirekten Gegenvorschlag die Vorgabe von Zielen für das maximale Kostenwachstum in der OKP vorzusehen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, welches Ziel für das maximale Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angestrebt wird. Sie beziehen dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure mit ein. Wenn die Ziele überschritten werden, sind die Tarifpartner, die Kantone und der Bund verpflichtet, in den Bereichen in ihrer Verantwortung zu prüfen, ob korrigierende Massnahmen notwendig sind. Solche Massnahmen können beispielsweise die Anpassung von Tarifen oder die Zulassung von Leistungserbringern betreffen.

Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates berücksichtigt die Anliegen der Initiative und zeigt zusätzlich auf, wie und mit welchen Massnahmen die vorgegebenen Ziele erreicht werden können, ohne dass medizinisch-notwendige Leistungen rationiert werden.

(Quelle: Botschaft und Medienmitteilung des Bundesrates vom 10.11.2021)

Verhandlungen

In der mehrstündigen Debatte im **Nationalrat** zur Volksinitiative und zum Gegenentwurf bestand ein Konsens, dass gegen die stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die zunehmende Belastung der Bevölkerung durch die Krankenkassenprämien etwas getan werden müsse. Thomas de Courten (V, BL) vertrat die Haltung der vorberatenden Kommission, welche die Initiative ablehnt. Eine Kostenbremse, die weder den medizinisch-technischen Fortschritt noch die Alterung der Bevölkerung berücksichtige, sei gefährlich, fasste er die Kommissionsmeinung zusammen. Auch zahlreiche andere Sprecher und Sprecherinnen sahen in einer starren Kostenbremse einen untauglichen Weg, um die Problemen im Gesundheitswesen und die Kostensteigerungen in den Griff zu bekommen. Jörg Mäder (GL, ZH) bezeichnete die Initiative als frommen Wunsch und nicht für einen konkreten und guten Plan. Die Volksinitiative wurde einzig von Vertreterinnen und Vertretern der Mitte-Fraktion unterstützt. Ruth Humbel (M-E, AG) nannte ein jährliches Einsparpotential im Gesundheitssystem von 6 Milliarden Franken, etwa durch bessere Koordination der Leistungen und durch die Verhinderung von unnötigen Leistungen und Übermedikation. Gegen die enorme Ressourcenverschwendung im Gesundheitswesen sei die Initiative der richtige Weg. Gerhard Pfister (M-E, ZG) sprach von einem «Gesundheitskartell», das sich im Gesundheits-Milliardenmarkt selber erhalte. Dieses «Perpetuum mobile der falschen Anreize» müsse gestoppt werden, forderte er. Der Nationalrat folgte schliesslich dem Antrag seiner Kommission und empfahl die Volksinitiative mit 156 zu 28 Stimmen zur Ablehnung.

Das Eintreten auf den Gegenvorschlag wurde entgegen dem Antrag von Céline Amaudruz (V, GE) mit 119 zu 43 Stimmen bei 15 Enthaltungen beschlossen. Die Kommission schlug im Vergleich zum Antrag des Bundesrates eine modifizierte Variante vor. Kommissionssprecher Thomas de Courten (V, BL) führte aus, dass die Kommissionsmehrheit nichts von einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum wissen wollte, wie dies der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Auch eine vereinfachte Form eines Kostenziels lehnte die Kommission ab. Die Kommissionsmehrheit befürchtete, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten darunter leiden könnte. Stattdessen beantragte die Kommission eine Reihe von konkreten Massnahmen, und zwar insbesondere bei den Tarifen und den Laboranalysen. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Lorenz Hess (M-E, BE) und Flavia Wasserfallen (S, BE), verlangte hingegen, dass der Bundesrat nach Anhörung aller Beteiligten Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für jeweils vier Jahre festlegt. Im Gegensatz zum Bundesratsvorschlag soll jedoch nicht im Gesetz konkretisiert werden, was passieren soll, wenn die Kostenziele überschritten würden. Mit der Ergänzung, so Lorenz Hess, zeige der Rat, dass es ihm ernst sei mit Kostensenkungsmassnahmen. Dabei handle es sich bei den Kosten- und Qualitätszielen nicht um Globalbudgets, aber ohne diesen Zusatz sei der Gegenvorschlag zur Initiative ein zahnloser Papiertiger. Die Fraktionen der SVP, der FDP und der GLP lehnten eine entsprechende gesetzliche Bestimmung ab. Regine Sauter (RL, ZH) befürchtete, dass man mit Zielvorgaben letztlich Mengen beschränken und Plafonds einführen will. Zudem würde damit dem Bund eine zusätzliche Kompetenz eingeräumt und damit die Hoheit der Kantone beschnitten sowie die Tarifpartnerschaft unterlaufen. Der Nationalrat unterstützte die Kommissionsminderheit mit 94 zu 91 Stimmen und verankerte die Kosten- und Qualitätsziele im Gesetz. Weiter beschloss der Nationalrat auf Antrag der Kommission, dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung mit verschiedenen konkreten Massnahmen bei den Tarifen und den Laboranalysen gebremst werden soll. Beispielsweise soll der Bundesrat unverzüglich überhöhte sowie nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen senken. Die Tarifgenehmigungsbehörde soll künftig auch für gewisse Spezialisten die Tarife senken oder die Grundversorger in bestimmten Regionen besserstellen können.

In der Gesamtabstimmung stimmte der Nationalrat dem Gegenvorschlag mit 104 zu 74 Stimmen bei 5 Enthaltungen zu.

Der **Ständerat** behandelte vorerst den Gegenvorschlag zur Volksinitiative. Eine Kommissionsminderheit aus SVP- und FDP-Mitgliedern wollte nicht auf die Vorlage eintreten. Nach Hannes Germann (V, SH) übersteuert der indirekte Gegenvorschlag das bestehende KVG-System mit «noch mehr planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung». Zudem stehe die Vorlage im Widerspruch zu schon verabschiedeten Paketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Der Ständerat trat mit 23 zu 19 Stimmen auf den Gegenvorschlag ein. Bei der Frage der Kosten- und Qualitätsziele folgte der Ständerat auf Antrag seiner Kommission mit 24 zu 16 dem Vorschlag des Nationalrates. Kommissionssprecher Erich Ettlin (M-E, OW) stellte fest, dass derzeit systematische Überlegungen dazu fehlen,

welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der obligatorischen Krankenversicherung angemessen sei. Entsprechende Zielsetzungen erhöhten die Transparenz und stärkten die Tarifpartnerschaft, meinte Erich Ettl. Eine Minderheit aus FDP und SVP-Vertretern argumentierte erfolglos, Patientinnen und Patienten könnten unter den Kostenvorgaben leiden, weil diese die Versorgung gefährden könnten. Die Befürworterseite im Rat (SP, Grüne, Mitte) und Gesundheitsminister Alain Berset bestritten dies. Es sei kein Automatismus vorgesehen, wonach Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden dürften, sobald ein Kostenziel überschritten sei.

Differenzen zum Nationalrat ergaben sich in den Fragen, welche Behörden genau welche Kompetenzen bei der Anpassung veralteter Tarife haben sollen - im ambulanten Bereich und bei den Spitälern. So strich der Ständerat entsprechende neue Kompetenzen für den Bundesrat und die Kantone, die der Nationalrat in die Vorlage eingebaut hatte. Bei den Laboratorien lehnte der Rat auf Antrag seiner Kommission den vom Nationalrat vorgeschlagenen Systemwechsel zur Vertragsfreiheit diskussionslos ab. Die Versorgung würde gefährdet, wenn die Krankenkasse die Kosten für die Analyse nur noch übernehme, sofern sie mit den ausführenden Privatlaboratorien einen Vertrag abgeschlossen hätte, sagte Kommissionssprecher Erich Ettl. (M-E, OW). Eine weitere Differenz ergab sich beim Thema der bereits bestehenden Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Versicherungsleistungen. Diese Überprüfung will der Ständerat im Gegensatz zum Nationalrat nicht verwaltungsunabhängigen Dritten übertragen. In der Gesamtabstimmung stimmte der Ständerat dem Gegenvorschlag mit 23 zu 17 Stimmen zu.

In der Differenzbereinigung hielt der **Nationalrat** auf Antrag seiner Kommission stillschweigend daran fest, dem Bundesrat bei der Anpassung von Tarifen zusätzliche subsidiäre Kompetenzen im stationären Bereich zu ermöglichen. Mit 99 zu 90 Stimmen bei 2 Enthaltungen folgte die grosse Kammer dagegen dem Ständerat und lehnte es ab, Eingriffe vom Bundesrat in den Tarif Tarmed im ambulanten Bereich zu fordern. Vom Tisch ist auch die Einführung einer Vertragsfreiheit bei den Laboratorien. Der Nationalrat kippte diesen Artikel entgegen dem Antrag seiner Kommission mit 107 zu 78 Stimmen bei 4 Enthaltungen aus dem Gesetz und folgte damit dem Ständerat. Ohne Gegenantrag hielt der Nationalrat daran fest, dass unabhängige Dritte die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung evaluieren sollen.

Bei der Diskussion der verbleibenden Differenzen unterstützte der **Ständerat** mit 27 zu 13 Stimmen einen Einzelantrag von Peter Hegglin (M-E, ZG) in der Tariffrage und folgte damit dem Nationalrat. Damit kann der Bundesrat unter bestimmten Voraussetzungen Anpassungen an Tarifstrukturen im stationären Bereich vornehmen. Eine Differenz bleibt bei der Überprüfung der Leistungen. Zwar waren sich National- und Ständerat im Grundsatz einig, dass Leistungen nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden, wenn ein evidenzbasiertes Verfahren ergeben hat, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind. Ohne Gegenantrag hielt der Ständerat jedoch daran fest, dass nicht verwaltungsunabhängige Dritte dieses Verfahren durchführen sollen.

Die Volksinitiative zur Einführung einer Kostenbremse im Gesundheitswesen unterstützten im Ständerat nur die Vertreter und Vertreterinnen der Mitte-Partei. Die Mehrheit des Rates betrachtete die starre Koppelung der Gesundheitskostenentwicklung an das Wirtschafts- und Lohnwachstum als nicht sinnvoll. Zudem schlage die Initiative keine konkreten Steuerungsmassnahmen vor. Für Josef Dittli (RL, UR) führt die Initiative zu nichts. Er verwies auf den erarbeiteten Gegenvorschlag, das sei der richtige Weg. Peter Hegglin (M-E, ZG) erinnerte an die hohe Prämienbelastung für Familien. Die Initiative sei ein Mittel, das den Druck für das Ergreifen tatsächlicher Massnahmen für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erhöhe, darum solle sie zur Annahme empfohlen werden. Der Rat folgte dem Antrag seiner Kommission und empfahl die Volksinitiative mit 29 zu 14 Stimmen zur Ablehnung.

Bei der verbleibenden Differenz beim Gegenvorschlag schloss sich der **Nationalrat** dem Ständerat an, wonach nicht vorgeschrieben wird, dass Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen durch verwaltungsunabhängige Dritte zu geschehen habe.

In der Schlussabstimmung wurde der Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)», der diese zur Ablehnung empfiehlt, vom Nationalrat mit 110 zu 31 Stimmen bei 55 Enthaltungen und vom Ständerat mit 20 zu 14 Stimmen bei 10 Enthaltung angenommen. Für die Ablehnungsempfehlung stimmten

im Nationalrat die Fraktionen der SVP, der FDP und der GLP. SP und Grüne enthielten sich mehrheitlich der Stimme. Auch im Ständerat kamen die Enthaltungen vor allem aus den Reihen der SP und der Grünen.

Der Gegenvorschlag «Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen)» wurde vom Nationalrat mit 163 zu null Stimmen bei 33 Enthaltung (insbesondere der Grünen Fraktion) und vom Ständerat mit 39 zu einer Stimme bei 4 Enthaltungen angenommen.

siehe auch Geschäft 21.063: «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» Volksinitiative und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Krankenversicherungsgesetzes)

2 Résumé des délibérations

21.067 Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect.

Message du 10 novembre 2021 relatif à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie) [FF 2021 2819](#)

Les deux chambres s'accordaient à penser que la hausse des coûts du système de santé et la charge croissante que représentent les primes d'assurance-maladie sur la population appelaient des mesures. Elles ont néanmoins toutes deux rejeté l'initiative populaire, qui demande un frein aux coûts et souhaite lier l'évolution des coûts du système de santé à celle des salaires et de l'économie. La majorité de chaque conseil a en effet souligné que l'initiative ne prenait pas en considération des facteurs comme le vieillissement de la population, les progrès techniques et médicaux et le lien entre salaires et évolution conjoncturelle. En outre, elle estimait que, selon les modalités de mise en œuvre, ces prescriptions en matière de dépenses risquaient de conduire à un rationnement des prestations. L'initiative a été soutenue uniquement par Le Centre.

À titre de solution de remplacement, les conseils ont modifié un contre-projet indirect proposé par le Conseil fédéral au niveau de la loi, qui prévoit en substance l'introduction d'objectifs en matière de coûts et de qualité dans le système de santé. Selon le contre-projet, le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans des objectifs en matière de coûts et de qualité pour les prestations conformément à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Celle-ci ne prévoit cependant pas de mesure si ces objectifs ne sont pas atteints. Il est par ailleurs prévu d'attribuer au Conseil fédéral des compétences subsidiaires supplémentaires en matière de structures tarifaires pour les traitements hospitaliers stationnaires. L'introduction d'une liberté de contracter dans le domaine des analyses de laboratoire, proposée par le Conseil national dans un premier temps, ne fait plus partie du projet. Cette mesure impliquait que seules les analyses médicales effectuées dans un laboratoire privé ayant un contrat avec l'assurance-maladie pourraient être remboursées.

Situation initiale

Le 10 mars 2020, le PDC Suisse (aujourd'hui : Le Centre) a déposé l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) », munie d'environ 119 000 signatures. L'initiative demande que la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins soit réglée de manière à ce que, moyennant des incitations efficaces, les coûts évoluent conformément à l'économie nationale et aux salaires moyens. À cette fin, elle prévoit l'introduction d'un frein aux coûts.

Sur le principe, le Conseil fédéral soutient l'objectif de l'initiative de freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et d'alléger la charge pesant sur les personnes payant des primes. Toutefois, la volonté de lier l'évolution des coûts à celle des salaires va à son sens trop loin, car des facteurs comme le vieillissement de la population, les progrès techniques et médicaux et le lien entre les salaires et la conjoncture économique ne sont pas pris en considération. Le Conseil fédéral considère que, selon les modalités de mise en œuvre, ces prescriptions en matière de dépenses risquent de conduire à un rationnement des prestations.

Le Conseil fédéral rejette l'initiative et, à titre de contre-projet indirect, propose au Parlement de définir des objectifs concernant l'augmentation maximale des coûts de l'AOS. Concrètement, la Confédération et les cantons définiraient chaque année l'objectif de limitation de la croissance des coûts à atteindre dans les différents domaines de l'AOS, avec le concours des acteurs de la santé compétents. En cas de dépassement des objectifs, les partenaires tarifaires, les cantons et la Confédération seraient tenus de déterminer si, dans leurs domaines de compétence respectifs, des mesures correctives sont nécessaires. De telles mesures pourraient notamment porter sur l'adaptation des tarifs ou l'admission des fournisseurs de prestations.

Le contre-projet indirect du Conseil fédéral tient compte de l'objectif de l'initiative et définit en outre comment et avec quelles mesures il est possible d'atteindre les objectifs fixés sans rationner les prestations médicalement nécessaires.

(Source : message et communiqué de presse du Conseil fédéral du 10.11.2021)

Délibérations

Au cours d'un débat de plusieurs heures au **Conseil national** sur l'initiative et le contre-projet, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de prendre des mesures pour contrer la forte hausse des coûts du système de santé et la charge croissante que représentent les primes d'assurance-maladie pour la population. Thomas de Courten (V, BL) défendait la position de la commission chargée de l'examen préalable, qui recommandait le rejet de l'initiative au motif qu'un frein aux coûts qui ne tiendrait compte ni des progrès médicaux et techniques ni du vieillissement de la population serait dangereux. Plusieurs autres orateurs et oratrices ont aussi considéré qu'un frein aux coûts rigide n'était pas approprié pour régler les problèmes du système de santé et endiguer la hausse des coûts. Pour Jörg Mäder (GL, ZH), l'initiative était un vœu pieux et non un projet concret et bien pensé. Seuls les membres du groupe du Centre la soutenaient. Ruth Humbel (M-E, AG) a fait valoir qu'il était possible d'économiser 6 milliards de francs par an dans le système de santé, notamment en coordonnant mieux les prestations et en évitant les prestations inutiles et la surmédication. Pour elle, l'initiative était la voie à suivre pour lutter contre le gaspillage de ressources dans le système de santé. Gerhard Pfister (M-E, ZG) a estimé qu'on avait affaire à un cartel de la santé, qui faisait tout pour conserver sa situation sur un marché de la santé se chiffant en milliards de francs. Et d'appeler instamment à mettre un terme à ce « mouvement perpétuel » de mauvaises incitations. Le Conseil national s'est finalement rangé à l'avis de sa commission et a recommandé le rejet de l'initiative populaire, par 156 voix contre 28.

Par 119 voix contre 43 et 15 abstentions, il a par contre décidé d'entrer en matière sur le contre-projet et de ne pas suivre Céline Amaudruz (V, GE), qui proposait de ne pas entrer en matière. La commission a proposé une variante au projet du Conseil fédéral. Le rapporteur de la commission, Thomas de Courten (V, BL), a expliqué que la majorité de la commission rejetait une valeur cible maximale pour la croissance des coûts, comme l'avait proposé le Conseil fédéral, y compris une forme simplifiée d'une telle valeur cible. La majorité de la commission craignait qu'un objectif en matière de coûts ait des répercussions négatives sur les soins. En lieu et place, la commission a proposé une série de mesures, notamment en ce qui concerne les tarifs et les analyses de laboratoire. À l'inverse, une minorité de la commission, représentée par Lorenz Hess (M-E, BE) et Flavia Wasserfallen (S, BE), a demandé que le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts et de qualité des prestations pour quatre ans, après avoir auditionné toutes les parties prenantes. Contrairement au Conseil fédéral, toutefois, elle ne souhaitait pas que la loi règle les conséquences d'un dépassement des objectifs. Lorenz Hess a estimé qu'en introduisant de tels objectifs, le conseil montrerait qu'il prend au sérieux les mesures visant à réduire les coûts. Il a souligné que les objectifs en matière de coûts et de qualité n'étaient pas des enveloppes budgétaires, mais que sans eux, le contre-projet à l'initiative était voué à rester lettre morte. Les groupes UDC, PLR et PVL ont rejeté une disposition légale en ce sens. Regine Sauter (RL, ZH) craignait que, avec des valeurs cibles, on veuille en fin de compte limiter les quantités et introduire des plafonds. À ses yeux, cela impliquerait en outre de conférer une compétence supplémentaire à la Confédération et reviendrait ainsi à empiéter sur la souveraineté des cantons et à remettre en question le partenariat tarifaire. Le Conseil national a soutenu la minorité de la commission, par 94 voix contre 91, inscrivant dans la loi les objectifs en matière de coûts et de qualité. Sur proposition de la commission, le Conseil national a par ailleurs décidé qu'il y avait lieu de freiner la hausse des coûts dans l'assurance-maladie obligatoire au moyen de mesures concernant les tarifs et les analyses de laboratoire. Le Conseil fédéral doit par exemple corriger immédiatement les tarifs excessifs, non appropriés et non justifiés économiquement dans la structure tarifaire Tarmed pour les traitements médicaux ambulatoires. À l'avenir, l'autorité d'approbation des tarifs pourra également diminuer les tarifs pour certains spécialistes ou améliorer la situation des médecins de premier recours dans certaines régions.

Au vote sur l'ensemble, le Conseil national a adopté le contre-projet par 104 voix contre 74 et 5 abstentions.

Le **Conseil des États** a d'abord examiné le contre-projet à l'initiative populaire. Une minorité de la commission compétente rassemblant des membres de l'UDC et du PLR ne souhaitait pas entrer en matière sur le projet. Selon Hannes Germann (V, SH), le contre-projet indirect complexifiait le système LAMal en vigueur prévoyant de nouvelles interventions relevant de l'économie planifiée et une gestion des coûts trop

complexe et bureaucratique. En outre, il était selon lui en contradiction avec les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans le système de santé déjà adoptées. Par 23 voix contre 19, le Conseil des États a décidé d'entrer en matière sur le contre-projet. En ce qui concerne la question des objectifs en matière de coûts et de qualité, il a suivi le Conseil national par 24 voix contre 16, sur proposition de sa commission. Le rapporteur de la commission, Erich Ettlin (M-E, OW), a déploré l'absence de réflexion sur la question de savoir quelle hausse des coûts était appropriée dans les différents domaines de l'assurance-maladie. Il a relevé que la définition d'objectifs en la matière permettait d'améliorer la transparence et de renforcer le partenariat tarifaire. Une minorité, constituée de membres du PLR et de l'UDC, a fait valoir, sans succès, que les objectifs en matière de coûts risqueraient de mettre en péril l'approvisionnement et que les patientes et les patients pourraient en pâtir. Les partisans du projet (PS, VERT-E-S et Le Centre) et le chef du Département fédéral de l'intérieur, Alain Berset, ont contré cet argument, expliquant qu'aucun automatisme selon lequel on renoncerait à des prestations en cas de dépassement d'un objectif en matière de coûts n'était prévu.

Des divergences avec le Conseil national sont apparues lorsqu'il s'est agi de déterminer les compétences des différentes autorités en matière d'adaptation des tarifs obsolètes, dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Ainsi, le Conseil des États a biffé de nouvelles compétences attribuées au Conseil fédéral et aux cantons que le Conseil national avait intégrées au projet. S'agissant des laboratoires, il a rejeté sans discussion, sur proposition de sa commission, le changement de système proposé par le Conseil national (liberté de contracter). Le rapporteur de la commission, Erich Ettlin (M-E, OW), a estimé que l'approvisionnement serait menacé si les caisses-maladie couvraient uniquement les coûts des analyses effectuées par des laboratoires privés avec lesquels elles ont conclu un contrat. Une autre divergence concernait l'examen de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations d'assurance, qui existe déjà. Contrairement au Conseil national, le Conseil des États ne souhaite pas que cet examen soit confié à des tiers indépendants de l'administration. Au vote sur l'ensemble, le Conseil des États a adopté le contre-projet par 23 voix contre 17.

Lors de l'élimination des divergences, le **Conseil national** a maintenu tacitement, sur proposition de sa commission, sa position selon laquelle le Conseil fédéral peut se voir attribuer des compétences subsidiaires supplémentaires dans le domaine stationnaire en matière d'adaptation des tarifs. Par 99 voix contre 90 et 2 abstentions, il a par contre rejeté toute intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire Tarmed en ce qui concerne le domaine ambulatoire, se ralliant ainsi au Conseil des États sur ce point. L'introduction d'une liberté de contracter concernant les laboratoires a aussi été exclue du projet : contre l'avis de sa commission, le Conseil national a biffé l'article correspondant, par 107 voix contre 78 et 4 abstentions, suivant là encore le Conseil des États. Sans opposition, le Conseil national a maintenu sa position selon laquelle ce sont des tiers indépendants qui doivent évaluer l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'une prestation.

Lors de la discussion concernant les dernières divergences, le **Conseil des États** a soutenu, par 27 voix contre 13, une proposition individuelle de Peter Hegglin (M-E, ZG) visant à se rallier à l'avis du Conseil national concernant les tarifs : le Conseil fédéral doit pouvoir procéder à des adaptations des structures tarifaires dans le domaine stationnaire, à certaines conditions. Une divergence subsistait concernant l'examen des prestations. Le Conseil national et le Conseil des États étaient certes déjà d'accord sur le fait que les prestations dont il a été démontré à partir de données probantes qu'elles ne sont pas ou plus efficaces, adéquates ou économiques ne devaient plus être remboursées par l'assurance-maladie. Le Conseil des États a toutefois décidé, sans opposition, de maintenir sa position selon laquelle cet examen ne devait pas être confié à des tiers indépendants.

Au Conseil des États, seuls les représentantes et les représentants du Centre ont soutenu l'initiative populaire visant à introduire un frein aux coûts dans le système santé. La majorité du conseil a considéré qu'il n'était pas pertinent de lier de façon rigide l'évolution des coûts de la santé à la croissance économique et salariale. Elle a par ailleurs déploré l'absence de mesures concrètes de gestion des coûts dans l'initiative. Pour Josef Dittli (RL, UR), l'initiative ne menait à rien et le contre-projet constituait la bonne solution. Peter Hegglin (M-E, ZG) a rappelé la lourde charge que représentent les primes pour les familles. Selon lui, l'initiative était un moyen d'augmenter la pression en faveur de mesures efficaces visant à réduire les coûts du système de santé. Il fallait par conséquent recommander son acceptation. Le conseil a suivi la proposition de sa commission et a recommandé, par 29 voix contre 14, le rejet de l'initiative.

S'agissant de la dernière divergence relative au contre-projet, le **Conseil national** s'est rallié au Conseil des États : il ne sera pas obligatoire de confier l'examen de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations à des tiers indépendants.

Au vote final, l'arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) », qui recommande le rejet de cette dernière, a été adopté par le Conseil national et par le Conseil des États, respectivement par 110 voix contre 31 et 55 abstentions et par 20 voix contre 14 et 10 abstentions. Au Conseil national, les groupes UDC, PLR et PVL ont voté pour la recommandation de rejeter l'initiative. La majorité du PS et des VERT-E-S s'est abstenue. Au Conseil des États également, les abstentions provenaient surtout des rangs du PS et des VERT-E-S.

Le contre-projet « Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts) » a été adopté par le Conseil national par 163 voix contre 0 et 33 abstentions, et par le Conseil des États par 39 voix contre 1 et 4 abstentions.

Voir aussi l'objet 21.063 : Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes). Initiative populaire et contre-projet indirect.

2 Riassunto delle deliberazioni

21.067 Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi). Iniziativa popolare e controprogetto indiretto.

Messaggio del 10 novembre 2021 concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» e il controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie) [FF 2021 2819](#)

Entrambe le Camere concordano sulla necessità di un intervento per contrastare i crescenti costi sanitari e l'onere sempre più insostenibile per la popolazione a causa dei premi delle casse malati. L'iniziativa popolare – che chiede di introdurre un freno ai costi sanitari e di collegare l'andamento di tali costi all'evoluzione dell'economia nazionale e dei salari – è stata tuttavia respinta. Secondo la maggioranza dei membri delle due Camere l'iniziativa non tiene conto di aspetti come l'invecchiamento della popolazione, i progressi medico-tecnici nonché il fatto che l'evoluzione salariale dipende direttamente dall'andamento congiunturale. Vi è il pericolo che, a seconda delle modalità di attuazione, una simile norma in materia di costi porti a un razionamento delle prestazioni. L'iniziativa è stata sostenuta unicamente dall'Alleanza del centro.

Le due Camere hanno proposto modifiche al controprogetto indiretto presentato dal Consiglio federale a livello di legge. Il controprogetto prevede essenzialmente l'introduzione di obiettivi in materia di costi e di qualità nel sistema sanitario. Il Consiglio federale deve stabilire ogni quattro anni obiettivi per le prestazioni tramite modifica della legge federale sull'assicurazione malattie. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, questa non prevede tuttavia alcuna norma specifica. Al Consiglio federale devono inoltre essere conferite ulteriori competenze per quanto riguarda le tariffe per i trattamenti ospedalieri. È stata inoltre stralciata dal progetto la proposta iniziale avanzata dal Consiglio nazionale di introdurre condizioni particolari applicabili ai laboratori per quanto riguarda la libertà contrattuale. Secondo tale proposta le analisi di laboratorio sarebbero state remunerate soltanto in presenza di un contratto tra la cassa malati e il laboratorio privato.

Situazione iniziale

Il 10 marzo 2020 il PPD Svizzera (oggi Alleanza del centro) ha depositato l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» corredata di circa 119 000 firme. L'iniziativa chiede di introdurre misure efficaci per disciplinare l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) affinché tali costi evolvano conformemente all'economia nazionale e ai salari medi. Propone pertanto di introdurre un freno ai costi.

In linea di massima, il Consiglio federale sostiene la richiesta dell'iniziativa di ridurre l'incremento dei costi nell'AOMS e l'onere che grava sugli assicurati. Tuttavia, il meccanismo proposto che prevede di collegare tali costi all'evoluzione dei salari è troppo rigido. Non si tiene infatti conto di fattori come l'invecchiamento della società, il progresso della tecnica medica e il fatto che l'evoluzione salariale dipende direttamente dall'andamento congiunturale. Vi è il pericolo che questa regola in materia di spese, a seconda della sua attuazione, porti a un razionamento delle prestazioni.

Il Consiglio federale respinge l'iniziativa e propone al Parlamento in un controprogetto indiretto di prevedere la definizione di obiettivi di crescita massima dei costi nell'AOMS. Confederazione e Cantoni dovranno stabilire ogni anno qual è l'obiettivo da raggiungere in termini di crescita massima dei costi per i singoli settori dell'AOMS, coinvolgendo gli attori responsabili della politica della sanità. Se gli obiettivi sono superati, i partner tariffali, i Cantoni e la Confederazione sono tenuti a verificare, nel proprio ambito di competenza, se occorrono misure correttive. Queste misure possono riguardare, per esempio, l'adeguamento di tariffe o l'autorizzazione di fornitori di prestazioni.

Il controprogetto indiretto del Consiglio federale tiene conto delle richieste dell'iniziativa e inoltre indica come e con quali misure sia possibile raggiungere gli obiettivi stabiliti senza razionare le prestazioni necessarie dal punto di vista medico.

(Fonte: messaggio e comunicato stampa del Consiglio federale del 10.11.2021)

Deliberazioni

Nel corso del lungo dibattito in **Consiglio nazionale** sull'iniziativa popolare e sul controprogetto indiretto è emerso un consenso generale sulla necessità di un intervento per frenare la crescita incontrollata dei costi sanitari e alleggerire la popolazione dall'onere sempre più gravoso rappresentato dai premi delle casse malati. A nome della Commissione, Thomas de Courten (V, BL) ha spiegato che, in sintesi, sarebbe rischioso introdurre un freno ai costi che non tenga conto né dei progressi medico-tecnici né dell'invecchiamento della popolazione. Anche molti altri oratori ritengono che un meccanismo rigido del freno ai costi sia impraticabile per far fronte ai problemi del sistema sanitario e all'aumento dei costi. Jörg Mäder (GL, ZH) ha definito l'iniziativa una vana speranza e non un piano adeguato e concreto. L'iniziativa ha ricevuto unicamente il sostegno dei rappresentanti del Gruppo del Centro. Ruth Humbel (M-E, AG) ha rimarcato il potenziale di risparmio pari a 6 miliardi di franchi, insito per esempio in un migliore coordinamento delle prestazioni sanitarie e nell'adozione di misure per impedire prestazioni non necessarie nonché le prescrizioni mediche inutili. A suo avviso l'iniziativa indica la strada giusta per frenare l'enorme spreco di risorse nel settore sanitario. Gerhard Pfister (M-E, ZG) ha parlato di un vero e proprio «cartello» in atto nel mercato miliardario della salute. È giunto il momento di fermare questo «meccanismo perpetuo di falsi incentivi». Il Consiglio nazionale ha aderito alla proposta della propria Commissione e ha raccomandato con 156 voti contro 28 di respingere l'iniziativa popolare.

Contrariamente a quanto proponeva Céline Amaudruz (V, GE), il Consiglio nazionale ha deciso con 119 voti contro 43 di entrare in materia sul controprogetto indiretto modificato dalla Commissione rispetto al disegno del Consiglio federale. Il relatore della Commissione Thomas de Courten (V, BL) ha aggiunto che la maggioranza della Commissione non è favorevole a stabilire una percentuale massima dell'aumento dei costi, così come invece proposto dal Consiglio federale. La Commissione ha respinto anche una variante semplificata dell'obiettivo di costo. La maggioranza dei membri della Commissione teme che ciò potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria. La Commissione ha invece proposto una serie di misure concrete, in particolare per quanto riguarda le tariffe e le analisi di laboratorio. Una minoranza dei membri della Commissione, rappresentata da Lorenz Hess (M-E, BE) e Flavia Wasserfallen (S, BE), ha chiesto dal canto suo che il Consiglio federale, dopo aver sentito tutti gli attori coinvolti, stabilisca ogni quattro anni obiettivi di costo e di qualità applicabili alle prestazioni. Diversamente da quanto proposto dal Consiglio federale, ritiene tuttavia che non occorra precisare nella legge le conseguenze di un eventuale superamento degli obiettivi di costo. Secondo Lorenz Hess, tale complemento dimostrerebbe che il Consiglio nazionale è seriamente intenzionato a ridurre i costi. Gli obiettivi di costo e di qualità non vanno intesi come preventivi globali, ma senza il complemento in questione il controprogetto indiretto sarebbe tutto fumo e niente arrosto. Il Gruppo dell'UDC, il Gruppo liberale radicale e il Gruppo verde liberale hanno respinto una corrispondente disposizione legale. Regine Sauter (RL, ZH) teme che l'introduzione di obiettivi di costo serva unicamente a stabilire limiti quantitativi e ad adottare tetti massimi. Inoltre, le competenze della Confederazione risulterebbero ulteriormente ampliate, mentre la sovranità dei Cantoni sarebbe intaccata e il partenariato tariffale compromesso. Il Consiglio nazionale ha sostenuto con 94 voti contro 91 la proposta della minoranza della Commissione e ha deciso di sancire nella legge gli obiettivi in materia di costi e di qualità. Ha inoltre deliberato, su proposta della Commissione, di frenare l'aumento dei costi nell'AOMS tramite l'adozione di diverse misure concrete per quanto riguarda le tariffe e le analisi di laboratorio. Ad esempio prevedendo l'obbligo a carico del Consiglio federale di ridurre senza indugio le remunerazioni troppo elevate, non adeguate e non conformi ai principi di economia aziendale previste nella struttura tariffale Tarmed per le prestazioni mediche ambulatoriali e stabilendo la possibilità per le autorità che approvano le tariffe di ridurle anche per determinati specialisti o di migliorare la situazione dei fornitori di prestazioni mediche di base in determinate regioni.

Nella votazione sul complesso il Consiglio nazionale ha approvato il controprogetto con 104 voti contro 74 e 5 astensioni.

Il **Consiglio degli Stati** ha trattato dapprima il controprogetto indiretto all'iniziativa popolare. Una minoranza della Commissione, composta da membri dell'UDC e del PLR, non voleva entrare in materia sul progetto. Secondo Germann Hannes (V, SH) il controprogetto indiretto sovraccarica l'attuale sistema della LAMal con ulteriori interventi di pianificazione economica e una gestione dei costi altamente complessa e burocratica. A suo avviso il progetto è inoltre in contrasto con pacchetti già adottati per contenere i costi sanitari. Con 23 voti contro 19, il Consiglio degli Stati ha deciso di entrare in materia sul controprogetto indiretto. Per quanto concerne gli obiettivi in materia di costi e di qualità, la Camera alta ha seguito con 24

voti contro 16 la raccomandazione della propria Commissione di aderire alla decisione del Consiglio nazionale. Il portavoce della Commissione Erich Ettlin (M-E, OW) ha osservato che attualmente mancano riflessioni sistematiche su quale sia il livello adeguato di crescita dei costi nei singoli settori dell'AOMS. A suo parere tali obiettivi permetterebbero di aumentare la trasparenza e di rafforzare il partenariato tariffale. Una minoranza, composta da rappresentanti del PLR e dell'UDC, ha sostenuto invano che i pazienti potrebbero invece risentire dell'introduzione di tali obiettivi di costo perché l'assistenza sanitaria loro fornita potrebbe risultarne compromessa. I sostenitori in seno al Consiglio degli Stati (PS, I Verdi e Alleanza del centro) e il consigliere federale Alain Berset hanno contestato tale argomentazione in quanto non è stato previsto alcun meccanismo automatico che impedisca di erogare prestazioni non appena un obiettivo di costo è superato.

Sono emerse divergenze con il Consiglio nazionale riguardo alle autorità preposte all'adeguamento delle tariffe obsolete nel settore ambulatoriale e ospedaliero e alle loro competenze, tanto che il Consiglio degli Stati ha stralciato le nuove competenze del Consiglio federale e dei Cantoni introdotte nel disegno dal Consiglio nazionale. Per quanto riguarda i laboratori, il Consiglio degli Stati ha aderito alla raccomandazione della propria Commissione e ha respinto senza alcuna obiezione la proposta del Consiglio nazionale di introdurre un cambiamento di sistema per quanto riguarda la libertà contrattuale. L'erogazione delle cure risulterebbe compromessa nel caso in cui la cassa malati coprisse i costi delle analisi soltanto in presenza di un contratto con i laboratori privati che eseguono tali analisi, ha dichiarato il portavoce della Commissione Erich Ettlin (M-E, OW). È emersa un'ulteriore divergenza per quanto concerne il tema della valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni già prevista dal diritto vigente. Contrariamente al Consiglio nazionale, la Camera alta non ritiene appropriato incaricare terzi indipendenti dall'amministrazione di eseguire tale valutazione. Nella votazione sul complesso, il Consiglio degli Stati ha approvato il controprogetto indiretto con 23 voti contro 17.

Nel quadro dell'appianamento delle divergenze, il **Consiglio nazionale** ha aderito alla proposta della propria Commissione e ha tacitamente mantenuto la propria decisione di conferire al Consiglio federale ulteriori competenze sussidiarie nell'adeguamento delle tariffe nel settore ospedaliero. Con 99 voti contro 90 e 2 astensioni, la Camera bassa ha invece aderito alla decisione del Consiglio degli Stati di non accordare al Consiglio federale la facoltà di intervenire nel sistema tariffale Tarmed nel settore ambulatoriale. Anche la proposta di introduzione della libertà contrattuale per quanto riguarda i laboratori è stata abbandonata. Il Consiglio nazionale ha stralciato con 107 voti contro 78 e 4 astensioni l'articolo in questione dal controprogetto contrariamente alla proposta della propria Commissione, allineandosi così con il Consiglio degli Stati. Senza controproposte, il Consiglio nazionale ha infine ribadito la propria decisione di affidare a terzi indipendenti la valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità di una prestazione.

Nel corso delle discussioni relative alle restanti divergenze, il **Consiglio degli Stati** ha sostenuto con 27 voti contro 13 la proposta individuale di Peter Hegglin (M-E, ZG) di aderire alla decisione del Consiglio nazionale, secondo cui il Consiglio federale può, a determinate condizioni, apportare adeguamenti nelle strutture tariffarie nel settore ospedaliero. Sussisteva ancora una divergenza concernente la valutazione delle prestazioni. Sebbene il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati fossero sostanzialmente unanimi sul fatto che le prestazioni non debbano più essere remunerate dall'AOMS se da una valutazione adeguatamente documentata emerge che tali prestazioni non sono o non sono più efficaci, appropriate o economiche, il Consiglio degli Stati ha tuttavia reiterato, senza controproposte, che a effettuare tali valutazioni non debbano essere terzi indipendenti dall'amministrazione.

In seno al Consiglio degli Stati, l'iniziativa popolare per l'introduzione di un freno ai costi nel settore sanitario è stata sostenuta unicamente dai rappresentanti dell'Alleanza del centro. La maggioranza della Camera alta ha sostenuto che non è opportuno introdurre un meccanismo che collega in modo rigido l'evoluzione dei costi sanitari alla crescita salariale ed economica. A suo avviso, inoltre, l'iniziativa non propone alcuna misura concreta di gestione dei costi. Josef Dittli (RL, UR) ritiene che l'iniziativa non porti a nulla sottolineando che il controprogetto indiretto indichi invece la giusta via. Peter Hegglin (M-E, ZG) ha rammentato l'elevato onere dei premi che grava sulle famiglie. A suo parere l'iniziativa è un mezzo per aumentare la pressione per l'adozione di misure concrete di risparmio dei costi nel settore sanitario, motivo per cui occorrerebbe raccomandarne l'accettazione. Il Consiglio degli Stati ha aderito alla proposta della propria Commissione e ha deciso con 29 voti contro 14 di raccomandare la rielezione dell'iniziativa popolare.

Per quanto riguarda la divergenza restante, il **Consiglio nazionale** ha aderito alla decisione della Camera alta secondo cui la valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni non debba essere effettuata da terzi indipendenti dall'amministrazione.

Nella votazione finale il decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» con il quale si raccomanda di respingere l'iniziativa, è stato approvato dal Consiglio nazionale con 110 voti contro 31 e 55 astensioni e dal Consiglio degli Stati con 20 voti contro 14 e 10 astensioni. In seno al Consiglio nazionale, hanno votato a favore della raccomandazione di reiezione i Gruppi dell'UDC, del PLR e dei PVL. PS e I Verdi si sono astenuti a maggioranza. Anche in seno al Consiglio degli Stati le astensioni sono state principalmente quelle del PS e de I Verdi.

Il controprogetto indiretto «Legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi - Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)» è stato approvato dal Consiglio nazionale con 163 voti a favore, nessuno contrario e 33 astensioni (in particolare dal Gruppo dei Verdi) e dal Consiglio degli Stati con 39 voti a favore, uno contrario e quattro astensioni.

Cfr. anche oggetto 21.063: «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)». Iniziativa popolare e il controprogetto indiretto (Modifica della legge sull'assicurazione malattie)



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Einen wunderschönen guten Morgen, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, die Sie schon den Weg hierher gefunden haben. Es ist selten, dass wir in den Tag starten und mehr Zuschauerinnen und Zuschauer auf der Tribüne sind als Nationalrätinnen und Nationalräte im Saal. Wir beginnen mit der Debatte über die Kostenbremse-Initiative. In der allgemeinen Aussprache über die Volksinitiative behandeln wir auch das Eintreten auf den indirekten Gegenentwurf.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je commence aujourd'hui ce long débat relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)", qui a été déposée le 10 mars 2020. Cette initiative populaire vise à compléter l'article 117 de la Constitution. Il est ainsi demandé au Conseil fédéral de limiter l'augmentation des coûts, en collaboration avec les cantons, les assurances et les fournisseurs de prestations. Les coûts doivent évoluer conformément aux salaires moyens et à l'économie nationale. Une disposition transitoire – vous savez que dans les initiatives populaires en général on met les choses intéressantes dans les dispositions transitoires – prévoit que des mesures contraignantes doivent être prises dans les deux ans si les coûts ne suivent pas l'évolution des salaires moyens ou de l'économie nationale.

Votre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a procédé à des auditions approfondies, comme elle le fait traditionnellement sur des sujets comme celui-ci, en entendant les initiants et des représentants des milieux intéressés.





Les coûts de la santé, c'est un thème récurrent, c'est une préoccupation majeure pour l'ensemble de la population, et pour cause: l'évolution des coûts en 2021 et 2022 est plus que préoccupante. En comparaison annuelle, le dernier trimestre 2021 affichait une hausse des coûts de 5,1 pour cent. Pour le premier trimestre 2022, on parle d'une augmentation de 6,7 pour cent pour un an. Les augmentations de primes attendues en septembre sont extrêmement élevées; on parle d'une moyenne de 7 à 9 pour cent, selon les observateurs les plus pessimistes.

Depuis l'introduction de la LAMaL, les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins ont bien plus que doublé, à charge du porte-monnaie des ménages. Par exemple, de 2011 à 2020, la commission a analysé l'évolution des tarifs des cabinets médicaux. Si les prestations des généralistes sont restées à 3,5 milliards de francs, celles des spécialistes ont augmenté de 4 à 7 milliards de francs durant cette période de neuf ans. Cette préoccupation est évidemment centrale pour les Suisses: on parle de centaines de francs, de près d'un millier de francs, d'augmentation annuelle pour une famille, avec l'augmentation des primes d'assurance-maladie qui sont attendues cet automne.

Le Parlement, tout comme le Conseil fédéral, n'est pas resté les bras croisés, naturellement. Deux paquets de mesures ont été adoptés par notre chambre: le 1a et le 1b sont en attente au Conseil des Etats. D'autres mesures aussi sont en attente au Conseil des Etats, on pense par exemple à la réforme du financement du système hospitalier.

Dans ce projet, nous devons d'abord nous prononcer sur l'initiative populaire. L'ensemble des acteurs relève des problèmes dans le secteur de la santé et l'inquiétante évolution des coûts, mais nous avons aussi constaté que l'initiative manquait de clarté quant aux moyens pour la mettre en oeuvre; par ailleurs, elle fixe des objectifs sans expliquer les méthodes pour y parvenir et elle peut passer par la mise en oeuvre d'un budget global rigide. Certaines personnes craignent que les seules mesures de l'initiative qui puissent être mises en oeuvre directement soient des restrictions de prestations, et donc une diminution drastique de la qualité des soins pour la population. D'autres personnes ont critiqué l'absence de sanctions en cas d'absence de mesure, et un lien rigide entre l'évolution économique et celle des coûts de la santé qui paraît peu approprié, puisqu'on ne tiendrait alors pas compte d'autres facteurs, par exemple l'évolution démographique – nous savons que nous souffrons d'un vieillissement de la population comme l'ensemble du monde occidental.

En résumé, cette initiative peut avoir deux effets contradictoires: soit elle devient un tigre de papier et conduit à l'établissement incessant de nouveaux rapports – rapports sur rapports sur l'évolution des coûts que l'on connaît –, soit elle a pour résultat un budget global, qui signifie, comme dans d'autres pays, une restriction des soins à la fin de l'année et un report d'interventions médicales nécessaires sur le budget de l'année suivante. De l'une ou l'autre solution – que ce soit le tigre de papier ou des mesures beaucoup trop drastiques qui pèsent sur la qualité –, personne ne veut.

Ainsi, la commission, par 20 voix contre 4 et 0 abstention a rejeté l'initiative populaire et invite le peuple à en faire autant.

En revanche, la commission estime que l'on ne peut pas rester les bras croisés face à l'évolution des coûts de la santé, notamment face à l'évolution dramatique des primes à laquelle nous devons nous attendre pour le mois de septembre de cette année et pour celui de l'année prochaine. Ainsi, un contre-projet, proposé par le Conseil fédéral et considérablement modifié par la commission, a été soutenu par cette dernière.

La Commission de la santé et de la sécurité sociale a ainsi chargé une sous-commission, qui s'est réunie à plusieurs reprises, d'établir un catalogue de nouvelles mesures dans le domaine de la santé. Tel est le projet qui vous est soumis aujourd'hui, l'essentiel de ses mesures ayant été proposé par la sous-commission.

Parmi les mesures à relever qui ne font pas l'objet d'un débat, il faut quand même citer les suivantes, même s'il n'y a pas de minorités qui s'y opposent. Il y a la mise en oeuvre

AB 2022 N 817 / BO 2022 N 817

des "health technology assessments" (HTA) – excusez mon accent –, soit la vérification technique des prestations médicales, qui sera confiée à des tiers, à l'article 32. Dans le domaine des laboratoires et des analyses, il y a la levée de l'obligation de contracter. On se souvient des tests Covid-19 qui, lorsqu'ils sont payés par la Confédération coûtent 150 francs et lorsqu'ils sont payés par les ménages, coûtent 15 francs. Il y a une volonté de mettre un peu de concurrence dans ce système. Il y a l'obligation de traiter les conventions tarifaires dans un délai d'un an. Il y a la possibilité d'exclure des prestataires de soins qui ne respecteraient pas les critères EAE – économie, adéquation, efficacité. Il y a l'exigence d'adopter immédiatement des mesures pour corriger les rémunérations excessives dans le Tarmed.

La commission a toutefois rejeté le coeur du contre-projet du Conseil fédéral – il s'agit d'une petite majorité, nous en débattons tout à l'heure ou demain – à savoir la proposition d'introduire des objectifs de coûts dans le



contre-projet, étant donné que ceux-ci existent déjà dans le volet 1b de mesures visant à freiner la hausse des coûts, en attente au Conseil des Etats; c'est le fameux article 47c qui, tel le phénix, est rené de ses cendres. La minorité Weichelt – je crois qu'elle a été retirée, mais qu'elle a été reprise par le groupe UDC – estime que les mesures déjà adoptées dans les volets 1a et 1b sont suffisantes, et estime qu'il ne faut pas entrer en matière sur ce contre-projet.

Il y a en effet d'autres mesures à l'article 47c. Au Conseil des Etats, il y a le projet EFAS et les deux paquets globaux de mesures qui devraient prochainement être adoptés.

Au final, c'est par 14 voix contre 11 et une abstention que la commission a estimé qu'il était nécessaire d'entrer en matière sur le contre-projet; elle vous invite à en faire autant.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Im Frühjahr 2020 wurde die eidgenössische Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen", kurz "Kostenbremse-Initiative", eingereicht. Die Initiative der Mitte-Partei will Bundesrat und Kantone verpflichten, eine Kostenbremse im Gesundheitswesen einzuführen. Liegt das Kostenwachstum pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um mehr als einen Fünftel über der Nominallohnentwicklung, soll der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen Kostenbegrenzungsmaßnahmen ergreifen, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden. Damit soll erreicht werden, dass sich die Kosten in der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln und die Prämien bezahlbar bleiben.

Der Bundesrat ist der Auffassung, der von den Initianten vorgeschlagene Mechanismus mit der Koppelung des Kostenwachstums an die Lohnentwicklung sei zu starr. Eine solche Aufgabenregel führe zu Rationierungseffekten. Faktoren wie die Alterung der Gesellschaft, der technisch-medizinische Fortschritt sowie die Abhängigkeit der Löhne vom Konjunkturverlauf würden nicht berücksichtigt. Der Bundesrat lehnt die Initiative deshalb ab.

Als Gegenvorschlag hat er am 10. November 2021 die Botschaft für die Vorgabe von Kostenzielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verabschiedet. Diese Massnahme ist Teil des laufenden Kostendämpfungsprogramms. Die Vorgabe von Kostenzielen war ursprünglich bereits Teil des zweiten Massnahmenpakets des vom Bundesrat lancierten Kostendämpfungsprogramms. Sie wurde zwischenzeitlich aber aus diesem Paket, das noch im Jahr 2022 dem Parlament überwiesen werden soll, herausgelöst und dient nun alleine als Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei.

Der Bundesrat nimmt mit dem indirekten Gegenvorschlag das Kernanliegen der Initiative auf, indem auch er vorschlägt, eine Vorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP vorzusehen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, welches Ziel für das maximale Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angestrebt wird. Sie sollen dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure mit einbeziehen. Sollten die Ziele überschritten werden, sind die Tarifpartner, die Kantone und der Bund verpflichtet, in den Bereichen ihrer Verantwortung zu prüfen, ob korrigierende Massnahmen notwendig sind. Solche Massnahmen könnten beispielsweise die Anpassung von Tarifen oder die Zulassung von Leistungserbringern betreffen.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Mit der Vorgabe von Kostenzielen will der Bundesrat diese Diskussion anstossen. Er ist überzeugt, dass dies die Transparenz erhöhe und die Tarifpartnerschaft stärke und dass die verantwortlichen Akteure dadurch in die Verantwortung genommen und medizinisch unnötige Leistungen reduziert würden. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates berücksichtige die Anliegen der Initiative und zeige zusätzlich auf, wie und mit welchen Massnahmen die vorgegebenen Ziele erreicht werden könnten, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert würden.

Die Regulierungsfolgenabschätzung des Bundesrates verspricht, dass mit Einführung der Zielvorgabe von einem deutlich spürbaren Kostendämpfungseffekt auszugehen sei. Die konkreten finanziellen Folgen sind allerdings schwer einzuschätzen. Dies hängt insbesondere davon ab, wie die Massnahmen von den Akteuren umgesetzt werden. Genau diese Akteure stehen dem Entwurf des Bundesrates jedoch sehr skeptisch gegenüber.

Wir sind Erstrat. Wir haben die Initiative und den Gegenvorschlag in der Kommission behandelt. Ihre vorberaternde Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat sich seit Januar dieses Jahres intensiv mit der Kostenbremse-Initiative auseinandergesetzt. Parallel dazu erfolgte auch die Vorberatung der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP. Diese verfolgt mit einem Sozialziel bei der Prämienverbilligung ein ähnliches Ziel wie die Kostenbremse-Initiative, indem die Belastung der Haushalte eingegrenzt werden soll; auch hierzu gibt es einen indirekten Gegenvorschlag.

Die Kosten im Gesundheitswesen und die Prämien der Krankenkassen sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Die stetig steigenden Krankenversicherungsprämien sind auch nach Auffassung Ihrer SGK ein Problem,



gerade für Haushalte mit tieferen und mittleren Einkommen. Das ist ein Problem, das gelöst werden muss. An ihrer Januarsitzung ist die Kommission, nachdem sie zuvor Vertretungen des Initiativkomitees, der Kantone, der Versicherer und der Versicherten sowie der Leistungserbringer angehört hatte, mit 17 zu 8 Stimmen bzw. mit 14 zu 11 Stimmen auf die beiden indirekten Gegenvorschläge eingetreten. Angesichts des engen thematischen Zusammenhangs wollte die Kommission die Gegenvorschläge aber koordiniert beraten und hat zunächst in einer Subkommission eine vertiefte Debatte über alle möglichen Varianten geführt. Schliesslich hat die Kommission im April mit 20 zu 4 Stimmen beschlossen, die Ablehnung der Initiative zu empfehlen. Eine Kostenbremse, die weder den medizinisch-technischen Fortschritt noch die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt, sei gefährlich, hiess es. Um das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung zu bremsen, setzt die Kommission stattdessen auf einen indirekten Gegenvorschlag, den sie in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 10 Stimmen guthiess. Die Kommission wollte dabei nichts von einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum wissen, wie dies der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Auch eine vereinfachte Form eines Kostenziels lehnte die Kommission mit 13 zu 11 Stimmen ab. Die Mehrheit befürchtete, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten darunter leiden könnte. Stattdessen beantragt die Kommission eine Reihe von konkreten Massnahmen, und zwar insbesondere bei den Tarifen und den Laboranalysen. Zu Tarmed: Der Bundesrat soll überhöhte Vergütungen in der veralteten Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen unverzüglich senken. Die Kommission hat das mit 13 zu 12 Stimmen beschlossen. Diese Massnahme soll nach dem Willen der Mehrheit bereits für die Prämienrunde 2024 wirksam werden, was der Minderheit nicht praktikabel scheint. Diese Bestimmung würde hinfällig, sobald Tarmed durch eine neue Tarifstruktur abgelöst wird.

AB 2022 N 818 / BO 2022 N 818

Ein weiterer Punkt: Ist ein Tarifvertrag nicht mehr wirtschaftlich und sachgerecht und können sich die Tarifpartner nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung einigen, kann die Genehmigungsbehörde den Tarif festsetzen. Dabei kann sie für einzelne Positionen der Tarifstruktur oder Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife festsetzen. Das hat die Kommission mit 15 zu 9 Stimmen beschlossen. Die Behörde könnte damit z. B. für bestimmte Spezialisten die Tarife senken oder die Grundversorger in bestimmten Regionen besserstellen.

Zur Vertragsfreiheit bei Laboranalysen: Die Krankenkassen sollen Analysen nur jenen Labors vergüten, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Diese Entscheidung erfolgte mit 16 zu 3 Stimmen bei 5 Enthaltungen. Die Vergütungen sollen dabei tiefer sein als die behördlich festgelegten Tarife. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Praxislabor. Zudem unterstützt die Kommission die neuen subsidiären Kompetenzen des Bundesrates gemäss Artikel 46a Absatz 2 und Artikel 49 Absatz 2bis KVG und will den Grundsatz stärken, wonach Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, auf die Vorlage einzutreten und in der Detailberatung den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

Lohr Christian (M-E, TG): Wir müssen bei den Gesundheitskosten handeln, und zwar jetzt. Es gilt heute, klare Kante zu zeigen, dass wir die Kostenexplosion bei den Prämien nicht weiter akzeptieren wollen; jetzt müssen wir handeln. Es geht nicht an, dass wir in einem Staat, der zwar ein qualitativ gutes Gesundheitswesen hat, immer mehr Leute haben, die ihre Prämien nicht mehr zahlen können.

Es gibt drei Hauptgründe für die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen". Der erste Grund ist die Entwicklung der Gesundheitskosten und der Löhne in den vergangenen Jahren: Hier ist die Schere weit auseinandergegangen – unakzeptabel weit. Wir müssen handeln!

Zweitens gibt es das Sorgenbarometer, das immer wieder neu erscheint und das deutlich aufzeigt, dass die steigenden Prämien für viele Menschen in unserem Land ein grosses, ein eklatantes Problem sind. Die Leute sorgen sich, dass sie die Prämien nicht mehr zahlen können und dass sie als Folge dann auf Gesundheitsleistungen verzichten müssen. Das dürfen wir nicht akzeptieren.

Wir wissen auch – das ist der dritte Grund -: Prämien werden zu Schuldenfallen, und wer dort hineingerät, für den wird es immer schwieriger. Es sind inzwischen bereits rund 6 Prozent der Prämienzahlenden, die ihre Prämien nicht mehr zahlen können und die damit in eine schwierige Lebenssituation kommen.

Gestatten Sie mir, dass ich kurz darauf verweise, was die Initiative genau will. Steigen die Gesundheitskosten jährlich stärker als die Löhne, dann muss der Bund zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern zwingend Kostensenkungsmassnahmen durchsetzen.

Was will die Initiative weiter? Wir wollen einen grösstmöglichen Freiraum für Massnahmen bieten, die die Partner untereinander aushandeln. Es geht hier also ganz klar darum, dass alle gemeinsam am Problem



arbeiten und sich nicht Einzelne aus der Verpflichtung herausstellen.

Bund und Parlament, das ist der dritte Punkt, sind gezwungen zu handeln. Man kann nicht einfach die Hände in den Schoss legen und warten, dass sich das Problem – was es ohnehin nicht tut – von selbst löst.

Was will die Initiative nicht? Sie fordert keine Rationierung der medizinisch notwendigen Leistungen, im Gegenteil: Sie will Anreize dazu schaffen, sich aktiv Gedanken zu diesem Gesundheitssystem zu machen, das im Notfall eben auch Korrekturen braucht. Es geht konkret auch darum, dass man im Gesundheitswesen Eigenverantwortung und Eigenkompetenz fördert. Es ist keine Rede davon, dass man ein Globalbudget einführen will. Wer das behauptet, betreibt bewusst Schwarzmalerei und zeigt, dass er eigentlich gar nicht reagieren will. Ich betone es nochmals: Wir haben in der Schweiz ein sehr gutes Gesundheitssystem. Aber es muss für alle finanzierbar bleiben. Das ist extrem wichtig. Wir wissen, dass es ein Einsparpotenzial im Gesundheitswesen gibt. Experten haben uns klar und deutlich belegt, dass ein Fünftel der Kosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden könnte.

Ich appelliere deshalb an Sie: Empfehlen Sie diese Initiative zur Annahme.

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Frau Weichelt hat ihren Minderheitsantrag auf Nichteintreten auf den indirekten Gegenentwurf zurückgezogen. Frau Amaudruz übernimmt diesen Antrag als den ihren.

Amaudruz Céline (V, GE): Laissez-moi vous exposer brièvement pourquoi le contre-projet indirect à l'initiative populaire ne doit pas être soutenu. Aujourd'hui – on peut s'en féliciter – tout le monde en Suisse a un accès complet aux soins médicaux. Or, la fixation d'objectifs de coûts prévue par l'initiative populaire et par le contre-projet indirect changerait la donne. Il en résulterait une détérioration des soins de santé primaire et le risque que le volume des prestations soit insuffisant ou inapproprié.

Le principal reproche fait à l'initiative est qu'elle instaurerait des règles rigides en matière de dépenses qui conduiraient à un rationnement. Le contre-projet indirect n'est pas une solution, car il est tout aussi rigide que l'initiative. Le mécanisme d'objectifs en matière de coûts prévoit de donner au Conseil fédéral la compétence de fixer les tarifs, au cas où les budgets prévus seraient dépassés. Cette solution n'en est pas une. Dans de nombreux domaines aujourd'hui, les prix, tels que ceux des médicaments ou ceux des laboratoires sont administrés. Cela n'empêche pas les coûts de progresser, et même davantage que dans les domaines où les prix et les tarifs sont fixés avec le partenariat tarifaire.

Cette rigidité inefficace serait accompagnée d'une énorme bureaucratie, avec des objectifs fixés selon une approche "top-down" par secteur et par canton. Cette façon de procéder, étatiste au possible, serait en contradiction totale avec le partenariat tarifaire actuel, et annoncerait l'étatisation irréversible de la politique de santé. Que dire des premiers concernés, soit les patients et les médecins? Pour la Fédération des médecins suisses, les objectifs en matière de coûts visent à diminuer les prestations médicales fournies. Avec un seuil maximum de coûts, il se peut cependant que, dans certaines circonstances, il ne soit plus possible de dispenser toutes les prestations médicales nécessaires aux patientes et aux patients. Les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de polyopathologies seraient les premières à subir les conséquences de cette mesure.

Attendre pourrait par ailleurs devenir habituel pour les personnes qui n'ont que l'assurance obligatoire. Lorsque le budget serait épuisé, les prestations médicales seraient reportées à une date ultérieure. Personne ne nie que les coûts de la santé augmentent de manière constante en raison notamment de l'évolution démographique et des progrès medicotechniques. Néanmoins, des plafonds en termes de coûts limiteraient l'accès au progrès médical et entraveraient l'innovation.

Plutôt que de s'orienter vers des mécanismes drastiques, à l'instar de ce que visent l'initiative et le contre-projet, qui compromettraient la bonne prise en charge médicale de la population, misons sur des solutions consensuelles et observons comment les nouvelles dispositions réglementant notamment la gestion des admissions et l'économicité déploient leurs effets. N'orientons pas notre politique de la santé vers toujours plus de surréglementation et d'étatisation, ce que visent l'initiative et le contre-projet indirect.

Humbel Ruth (M-E, AG): Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen steht im Sorgenbarometer der Bevölkerung weit oben. Seit Jahren belasten die Krankenversicherungsprämien das Budget der Haushalte, der Familien, der Rentnerinnen und Rentner immer stärker, während die Einkommen stagnieren.

AB 2022 N 819 / BO 2022 N 819

Die Prämien sind die Folge der massiv gestiegenen Gesundheitskosten. Von 2020 auf das letzte Jahr, 2021, sind die Kosten pro versicherte Person insgesamt um über 5 Prozent angewachsen. Die ambulanten Arztko-





sten sind um über 6 Prozent, die ambulanten Spalkosten um über 7 Prozent und die Physiotherapiekosten gar um mehr als 17 Prozent pro versicherte Person gestiegen. Auch im laufenden Jahr ist ein überproportionales Kostenwachstum zu verzeichnen, weshalb auf das nächste Jahr mit Prämienerrhöhungen von über 5 Prozent zu rechnen ist.

Wie sind solche Kostensteigerungen zu begründen? Kosten sind Menge mal Preis. Die Preise für Gesundheitsleistungen waren in den letzten Jahren stabil. Folglich ist das Mengenwachstum die Hauptursache für die Kostensteigerung, und dieses kann nur zum geringeren Teil mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt begründet werden.

Eine zentrale Ursache für das starke Mengenwachstum liegt in der Verschwendung. Die Ressourcenverschwendung in unserem Gesundheitssystem ist enorm, wie verschiedene Studien belegen: Eine Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zeigt ein Einsparpotenzial von jährlich bis zu 6 Milliarden Franken auf. Allein durch eine bessere Koordination der Leistungen könnten 3 Milliarden Franken eingespart werden. Die angebotsinduzierte Nachfrage und Moral Hazard kosten uns weitere 3 Milliarden Franken. Über- und Falschmedikationen führen zu vermeidbaren Spitalaufenthalten. Etwa 20 000 Spitalaufenthalte pro Jahr sind in der Schweiz auf medikamentenbedingte Probleme zurückzuführen. Jährlich entsorgen wir 4000 Tonnen Medikamente, welche mit Prämien- und Steuergeldern finanziert worden sind.

Mit einer besseren Koordination der Leistungen, der Verhinderung von unnötigen Leistungen und Übermedikation können massiv Kosten eingespart werden, dies ohne Beeinträchtigung der Qualität – im Gegenteil, zur Stärkung der Patientensicherheit.

Die Kostenbremse-Initiative will dieses Einsparpotenzial nutzen. Sie will die Akteure – Leistungserbringer, Versicherer und Behörden – verpflichten, ihre Verantwortung wahrzunehmen und gemeinsam nötige und bekannte Massnahmen umzusetzen, um die Vergeudung im Gesundheitswesen zu stoppen. Subsidiär müssen Bund und Kantone eingreifen und wirksame Massnahmen zur Kostensenkung verfügen.

Kostenbremse und Kostenziele, wie wir sie umsetzen wollen, haben nichts, aber auch gar nichts mit einem Globalbudget oder Rationierung zu tun, wie das von verschiedenster Seite wider besseres Wissen behauptet wird. Es geht um Kostenwachstumsziele und ein Monitoring, das Korrekturmassnahmen über Tarifstrukturen und Taxpunktwerte vorsieht, wenn Kosten unverhältnismässig steigen.

Für sich selbst hat jedes Spital, jede Arztpraxis seine Kosten- oder Budgetziele. Sie wissen, welchen Umsatz sie erzielen wollen. Nur patientenbezogen über die ganze Behandlungskette werden Kostenziele schlechtgeredet, und jegliche Ansätze für Steuerungsmassnahmen werden verunglimpft. Zielvorgaben binden die Akteure stärker in die Kostenverantwortung ein und verpflichten sie zur Zusammenarbeit.

Die Leistungserbringer, insbesondere Ärzte, wissen genau, wo Rationalisierungspotenzial liegt und was zu tun wäre. Gut informierte Tarifpartner haben die Freiheit, Effizienzverbesserungen dort umzusetzen, wo dies am besten möglich ist. Die Akteure und Tarifpartner drücken sich indes davor, auch für die Kosten Verantwortung zu übernehmen. Leistungserbringer beargwöhnen zudem schlechtere Einkommensaussichten, geben aber budgetbedingte Leistungseinschränkungen und Qualitätsverluste zulasten der Patienten vor. Das ist einfach unredlich.

Dass es um viel, sehr viel Geld geht, zeigt die massive Kampagne gegen die Volksinitiative und den indirekten Gegenvorschlag mit unzähligen Zuschriften, die wir bekommen haben.

Im Gesundheitsmarkt von insgesamt gegen 90 Milliarden Franken wird ein Teil privat bezahlt. Gut 50 Milliarden Franken werden indes mit Krankenkassenprämien und Steuern finanziert – 50 Milliarden Franken öffentlicher Gelder, welche jedes Jahr anwachsen, ungesteuert und unkontrolliert, obwohl regelmässig ein grosses Einsparpotenzial diagnostiziert wird. Das ist eine Verschleuderung von öffentlichen Geldern. Bei der Initiative geht es darum, dieses unbestrittene Einsparpotenzial zu nutzen, die Ressourcenverschwendung zu stoppen und die Kostenentwicklung und damit das Prämienwachstum in den Griff zu bekommen.

Die Mitte-Fraktion setzt sich für eine qualitativ hochwertige, allen zugängliche und finanzierbare Gesundheitsversorgung ein. Gerade deshalb braucht es den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative. Die Mitte-Fraktion unterstützt die Initiative und den indirekten Gegenvorschlag, der die Kosten- und Qualitätsziele betrifft, mit der Minderheit I (Hess Lorenz) bei den Artikeln 54 bis 54e KVG.

Wer wie die SVP-Fraktion nicht auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten will, sieht offenbar keinen Handlungsbedarf oder will nicht darüber diskutieren.

Die Mitte-Fraktion wird auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten, und ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Pourquoi le groupe du Centre soutiendra-t-il évidemment son initiative populaire ainsi que le contre-projet indirect présenté par la Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil?



Vous le savez, notre objectif est de stopper l'explosion incontrôlée du montant des primes d'assurance-maladie et seule, en l'état, notre initiative populaire y parviendra. Lorsqu'on sait que 80 milliards de francs, soit environ 13 pour cent du PIB, sont consacrés chaque année au système de santé – dont 33 milliards de francs à la charge des assureurs-maladie –, que ces coûts ont encore augmenté de plus de 5 pour cent l'an passé et qu'une hausse des primes proche de 8 pour cent est attendue pour cet automne, il faut résoudre ce problème de manière rapide et déterminée. Or, ni le contre-projet indirect du Conseil fédéral, qui fixe des objectifs globaux de maîtrise des coûts, ni les adaptations apportées par la commission, qui visent à ce que la hausse des coûts soit contrôlée par des interventions ciblées sur les tarifs, ne permettent de répondre au caractère urgent de la situation.

Cependant, contrairement aux principaux partenaires de la santé, qui rejettent les deux contre-projets et se contentent de proposer en ordre dispersé des solutions partielles d'économies qui préservent leurs intérêts ou qui concernent surtout les autres partenaires, notre groupe essaie de manière constructive de soutenir toutes les démarches concrètes visant à lutter globalement contre les coûts élevés du système de santé.

Nous nous démarquons aussi de certains partis de droite qui jusqu'ici ont noyé le problème dans les méandres des négociations parlementaires ou de ceux qui, à gauche, se sont uniquement concentrés sur le problème social que posent les primes d'assurance-maladie sans en traiter les véritables causes.

Or ce n'est pas en occupant la scène médiatique en critiquant l'OFSP, par exemple à propos de sa mauvaise gestion des vaccins périmés, ni en puisant dans nos impôts que l'on s'attaque efficacement aux surcoûts de la santé. Dans ce sens, il s'agit de saluer, même si ce ne sont que de petits pas, les mesures visant à baisser de manière appropriée les rémunérations, notamment dans le domaine des analyses de laboratoires et de la structure tarifaire Tarmed devenue obsolète. Nous soutiendrons ainsi toutes les propositions de la majorité dans le contre-projet, à l'exception de la minorité I (Hess Lorenz) à l'article 54, où l'on peut déplorer que la commission, à une très faible majorité, souhaite renoncer aux objectifs en matière de coûts et de qualité ainsi qu'aux mesures correctives lors de dépassement. C'est justement en agissant de cette manière, moins rigide que celle proposée par le Conseil fédéral, que nous parviendrons à mettre en place de manière efficace ce frein aux coûts de la santé. Or en brandissant l'épouvantail d'un rationnement des prestations, déjà évoqué de manière spé cieuse – je dirai même malhonnête – à l'encontre de notre initiative, les milieux concernés vident le contre-projet de sa substance. Ce n'est plus qu'une coquille vide, à l'image de toutes les autres réformes proposées à ce jour.

AB 2022 N 820 / BO 2022 N 820

En conclusion, bien que conscients des lacunes du contre-projet indirect, nous vous demandons d'entrer en matière sur ce dernier, ainsi que de recommander d'accepter notre initiative, seule voie réaliste pour s'attaquer à la racine du problème, pour éviter une médecine à deux vitesses et surtout pour être à la hauteur des attentes de la population.

Weichelt Manuela (G, ZG): Zuerst zur Initiative der Mitte-Partei mit dem irreführenden Titel "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen": Liebe Mitte-Partei, Sie setzen Prämien mit Kosten im Gesundheitswesen gleich. Das ist eine Augenwischerei. Gerade wenn es um die Kostenentwicklung geht, ist die Unterscheidung zwischen Prämien und Kosten entscheidend. Während die OKP-Prämien bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes noch 29,9 Prozent der Gesundheitskosten finanzierten, sind es heute 37,9 Prozent. Die Prämien steigen folglich auch, weil wir immer mehr über Prämien finanzieren. Würden wir immer noch wie im Jahr 1996 lediglich 29,9 Prozent des Gesundheitswesens über die Prämien finanzieren, wären die Prämien heute um 21 Prozent niedriger – 21 Prozent!

Eine Gleichsetzung von Prämien und Kosten blendet Fragen nach der Finanzierung aus und schadet damit ganz besonders einkommenschwachen Haushalten, denn diese leiden besonders unter einer weiter zunehmenden Finanzierung über Kopfprämien. Wer den Weg im Sinne der Prämienzahlenden gestalten möchte, muss Finanzierungsfragen angehen, statt sie auszuklammern.

Die Entlastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler darf nicht über Leistungskürzungen erfolgen, wie dies die Initiative und teilweise auch der indirekte Gegenvorschlag vorgeben. Weil nicht bezahlte Leistungen logischerweise auch nicht mehr erbracht würden, lehnen die Grünen Kostenobergrenzen in der Gesundheitsversorgung ab. Unter Obergrenzen würden vor allem diejenigen leiden, die auf eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung angewiesen wären. Ein solcher Automatismus berücksichtigt weder medizinisch-technische Fortschritte noch gesellschaftliche Entwicklungen oder Entwicklungen der öffentlichen Gesundheit, wie wir sie mit der Pandemie eben erst erlebt haben.

Ein reiches Land wie die Schweiz kann sich Gesundheitskosten in der Höhe von 11 Prozent des Bruttoin-



landproduktes als Solidargemeinschaft leisten, sofern diese Kosten – und das ist wichtig – wirklich für die Gesundheit unserer Bevölkerung eingesetzt werden. Die Mittel müssen sinnvoll eingesetzt und die Lasten fair über die Bevölkerung verteilt werden. Darum braucht es rasch eine stärkere Finanzierung über die öffentliche Hand und die allgemeinen Steuern, eine Trendumkehr bei den Prämienverbilligungen und eine Abschaffung der Kopfprämien. Dann kann sich die Gesundheitspolitik auch wieder vermehrt auf den individuellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen der Gesundheitsversorgung sowie auf eine kluge Steuerung des Systems konzentrieren. Es geht nämlich zu oft vergessen, dass ein ausgezeichnetes Gesundheitswesen zu den wichtigsten Ressourcen unseres Landes zählt.

Wie wollen Sie, liebe Mitte-Fraktion, mit Ihrer Kostenbremse-Initiative die vom Volk mit grossem Mehr angenommene Pflege-Initiative umsetzen? Sowohl die Kostenbremse-Initiative als auch der indirekte Gegenvorschlag würden eine Umsetzung der Pflege-Initiative weiter erschweren.

Ich komme zum indirekten Gegenvorschlag: Im KVG-Bereich haben wir eine "Reformitis". Zwei Gesetzesrevisionen zur Kostendämpfung sind erst kürzlich in Kraft getreten, und zwar die Zulassung für Leistungserbringende sowie die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zwei weitere grosse Revisionen befinden sich zudem bereits in der parlamentarischen Beratung und sollten zuerst einmal abgeschlossen werden. Die vier kostendämpfenden Gesetzesrevisionen sollten ihre Wirkung entfalten und bezüglich ihrer Auswirkungen wissenschaftlich begleitet werden, bevor neue Massnahmen getroffen werden. Wir sehen ja bereits heute, dass die Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringende in der von uns verabschiedeten Version ein Schnellschuss war.

Die grüne Fraktion ist in Bezug auf das Eintreten gespalten. Die Grünen verschliessen sich einer partiellen Kostensenkung im Gesundheitswesen nicht, sofern sie – und das ist wichtig – nicht zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führt. Die sinnvollen Kosteneinsparungen im Bereich der unnötigen medizinischen Behandlungen können bereits mit der heutigen Gesetzgebung erreicht werden. Sehen Sie sich die Laborkosten an; hier greift der Bundesrat durch. Es braucht dazu weder die Initiative noch den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Je nach Ausgestaltung des indirekten Gegenvorschlags behält sich die grüne Fraktion vor, diesen abzulehnen.

Porchet Léonore (G, VD): Le groupe des Verts partage l'avis du Conseil fédéral et celui du groupe du Centre: il faut limiter l'augmentation des primes payées par les assurés, c'est vrai, parce que c'est une charge énorme pour la population. Mais il faut aussi rappeler que, alors que les primes de l'assurance obligatoire des soins finançaient encore 30 pour cent des coûts de la santé lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, elles en financent aujourd'hui la moitié. Les primes, donc, augmentent aussi parce que nous finançons de plus en plus par le biais des primes; et si nous ne finançons toujours que 30 pour cent des soins de santé par le biais des primes, comme en 1996, alors les primes seraient, aujourd'hui, inférieures de 20 pour cent.

C'est terrible pour les familles. Il faut rappeler que 400 000 personnes sont aux poursuites en raison des primes d'assurance-maladie; 10 à 20 pour cent renoncent à des prestations pour des raisons de financement.

Mais, l'allègement de la charge des payeurs de primes n'est pas la réduction des prestations. Nous rejetons les plafonds de coûts pour les soins de santé, car les personnes qui dépendent d'un système de santé financé par la solidarité en pâtiraient; nous avons peur de la médecine à deux vitesses et ce Parlement devrait aussi en avoir peur.

Un pays riche comme la Suisse peut sans problème se permettre des coûts de la santé à hauteur de 11 pour cent de son PIB en tant que communauté solidaire. En fait, le problème en Suisse ce n'est pas les coûts, mais bien leur répartition.

La politique de santé pourrait alors se concentrer davantage sur l'utilité individuelle, sociale et économique des soins de santé, ainsi que sur une gestion intelligente du système – je pense notamment à la coordination des soins et à la prévention, au lieu de réfléchir uniquement à la réduction des coûts.

N'oublions pas que notre excellent système de santé est constitué de ressources. Une des ressources les plus importantes de notre pays est constituée de dépenses rentables, d'investissements dans la santé, dans la qualité de vie de la population et d'investissements économiques et scientifiques pour des emplois générés qui ne sont pas délocalisables. Cela favorise la prospérité. Néanmoins, il faut le dire, certaines personnes gagnent trop ou même trichent sur le dos de notre santé. Mais l'initiative pour un frein aux coûts et même le contre-projet indirect ne s'attaquent pas au fond du problème, je pense par exemple aux médicaments sous brevet au prix exorbitant, ou au fait que nous ayons soixante départements marketing, soixante salaires de CEO, soixante locaux dans chaque ville, de soixante caisses-maladie, pour favoriser une pseudo-concurrence! Le groupe des Verts salue les quelques avancées dans le contre-projet; il pense par exemple à la lutte contre la répétition inutile d'actes médicaux ou à la question des tarifs différenciés. Mais le groupe des Verts constate



aussi que la majorité de la commission a refusé d'intégrer la notion de qualité dans le contre-projet. C'est bien pour cela que nous risquons, si nous ne prenons pas en compte la qualité, de rendre plus difficile l'accessibilité aux soins et d'aller vers une médecine à deux vitesses.

C'est pour cela que le groupe des Verts vous invite à soutenir la minorité I Hess Lorenz, ainsi que la minorité I Prelicz-Huber, qui demandent que dans le système de tarification Tarmed – et nous espérons un jour Tardoc – nous puissions réajuster aussi s'il le faut les différents tarifs vers le haut.

La proposition qui découle des travaux de la CSSS est éloignée des buts des Verts en matière de santé publique. C'est

AB 2022 N 821 / BO 2022 N 821

en fait une vision pauvre de la santé. Pour les Verts, une vraie vision de la santé, c'est le maintien des gens en santé, il faut donc investir là où c'est indispensable: dans la prévention. C'est ici que des économies peuvent être réalisées, afin d'éviter que les plateaux techniques chers soient occupés par des gens qui ne devraient pas y être, favoriser la médecine communautaire, agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Je pense par exemple aux 14 000 personnes hospitalisées chaque année pour des raisons environnementales, notamment de pollution de l'air.

Ici nous pouvons agir, ici nous avons des possibilités de faire baisser les coûts. Cette vision qui nous est proposée dans le débat d'aujourd'hui est vraiment une vision très pauvre de la santé. Pour cette raison, une partie du groupe des Verts va s'abstenir, une partie va refuser l'entrée en matière sur le contre-projet et une partie entrera en matière, parce qu'il y a quand même des choses positives dans ce contre-projet, je l'ai dit.

Pour finir, je dirai qu'au lieu de continuer à pratiquer une politique "y a qu'à, faut qu'on" contre cette initiative, il faut mettre enfin en place des réformes fondamentales visant à renforcer l'idée de la santé comme un service public, ainsi qu'à étendre la gestion publique et le financement social du secteur de la santé. Nous appelons à une loi sur la santé ou au moins à une loi sur la prévention.

Gysi Barbara (S, SG): In den letzten zwanzig Jahren haben sich die Krankenkassenprämien verdoppelt, wobei in diesem Herbst ein weiterer massiver Anstieg der Prämien droht. Die Löhne sind hingegen marginal gestiegen, das BIP etwas stärker. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist real. Probleme ergeben sich zudem, weil wir eine geringe, ja zu geringe öffentliche Finanzierung und sehr hohe Out-of-Pocket-Kosten haben und die Krankenversicherung über ein Kopfprämien-system finanziert wird. Handlungsbedarf ist gegeben. Es gibt Fehlanreize im System. Studien – es wurde bereits erwähnt – zeigen auf, dass rund 20 Prozent der Eingriffe unnötig sind. Im Zusammenhang mit der Pflege-Initiative wurde auch aufgezeigt, dass eine bessere Investition in die Pflege Kosten senken kann und dass auch die integrierte Versorgung zusätzliche Chancen bietet, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig auch die Kostenentwicklung zu dämpfen oder im Griff zu behalten.

Dass 16 Prozent der Bevölkerung im letzten Jahr aus wirtschaftlichen Gründen einen Arzt oder eine Ärztin nicht aufgesucht haben und dass 11,9 Prozent nach einem ersten Arztbesuch auf eine weitere Behandlung verzichtet haben, muss uns sehr zu denken geben. Das zeigt, dass es so nicht weitergehen kann.

Es braucht also Massnahmen, die einerseits die Kosten anvisieren. Aber genauso dringend braucht es auch Massnahmen, die andererseits die Prämienbelastung und die Verteilung der Kosten auf die einzelnen Personen ins Visier nehmen.

Wir von der SP-Fraktion haben uns den Debatten über die Kostendämpfung nie verschlossen. Wir haben in diesem Rat, wie Sie im Amtlichen Bulletin nachlesen können, bei den Kostendämpfungspaketen 1a und 1b Hand dazu geboten, wirksame Verbesserungen anzubringen. Leider ist das meiste infolge eines starken Lobbyings untergegangen, will doch letztlich niemand auf Gewinn verzichten. Das ist denn auch eines der grossen Probleme: Das Gesundheitswesen wird zum Teil als Gewinnmaschine angesehen.

Die SP hat, wie gesagt, auch die Kostenverteilung anvisiert. Darum haben wir unsere Prämien-Entlastungs-Initiative eingereicht, über die dann in der dritten Sessionswoche diskutiert wird.

Die Kommission hat richtigerweise diese beiden Initiativprojekte und die jeweiligen Gegenvorschläge auch gemeinsam betrachtet, weil es – dazu stehen wir – beide Blicke braucht: den Blick auf die Kostenentwicklung und den Blick auf die Massnahmen, die ganz klar nötig sind, um die Prämienbelastung der Bevölkerung, nämlich der unteren und mittleren Einkommen, zu senken. Das ist dann eben unser Projekt.

Die Volksinitiative, über die wir heute diskutieren, die Kostenbremse-Initiative, ist untauglich. Dass man die Kosten einfach an die Löhne und die Wirtschaftsleistung knüpfen will, ist falsch. Diese Initiative blendet aus, dass es einerseits eine demografische Veränderung und andererseits auch medizinisch-technische und therapeutische Entwicklungen gibt. Das muss auch einbezogen werden.



Der Bundesrat hat in seinem Gegenvorschlag gewisse Punkte aufgenommen und mit den Kostenzielen in einen Gesamtkontext gesetzt. Wir sind für Eintreten auf den indirekten Gegenvorschlag und begrüßen auch, dass die Kommission diesen indirekten Gegenentwurf weiterentwickelt hat, dass sie Kosten- und Qualitätsziele formulieren wird. Das betrifft im Moment noch eine Minderheit, aber ich glaube, dass das ein Ansatzpunkt ist, der durchaus weiterentwickelt werden kann; dies auch mit den bereits bestehenden Instrumenten, die z. B. in der Qualitätsvorlage gemacht worden sind. Es braucht aber wirklich Ansätze, um auch umzuverteilen. Es ist nicht so, dass zu wenig Geld ins Gesundheitswesen fliesst, es fliesst aber zum Teil an die falschen Stellen.

Ein Blick auf die Entwicklung der Kosten und Mengen zeigt: Die Leistungen der Grundversorger sind in den letzten zehn Jahren kostenmässig eigentlich ziemlich gleich geblieben. Es gibt bei der Grundversorgung sogar weniger Konsultationen. Die Spezialisten dagegen haben ihre Leistungen finanziell fast verdoppelt, und es gibt auch mehr Konsultationen. Dort müssen wir ansetzen. Wir müssen das Geld intelligenter einsetzen, wir müssen schauen, dass die Qualität verbessert wird und dass eben nicht unnötig Mittel ausgegeben werden. Genau darum sind Kosten- und Qualitätsziele durchaus sinnvoll.

Wir wollen hier beim Gegenvorschlag Hand bieten. Wir werden dann in der Detailberatung diverse Punkte wieder aufgreifen.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten, die Initiative klar abzulehnen und den indirekten Gegenvorschlag weiterzuentwickeln.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Toutes les personnes qui se sont déjà exprimées à la tribune ont décrit le caractère insupportable du niveau des primes, et le danger – très réel – qu'il y a de les voir encore augmenter cet automne, ce qui est évidemment lié à l'évolution des coûts qui, l'an passé, en tout cas pendant le deuxième semestre, ont à nouveau connu une croissance disproportionnée.

Cette situation, qui va être décrite toute la matinée, cache un effet paradoxal et un cercle vicieux, à savoir que dans l'abondance de dépenses pour le système de santé pour ce qui concerne les soins de premiers recours, les soins aux malades chroniques, les soins d'urgence, le service public de santé, eh bien cette partie-là est sous pression. Et elle l'est doublement, d'abord parce qu'elle ne reçoit pas sa part juste dans la répartition de l'ensemble des moyens; ensuite parce qu'elle est soumise à la concurrence des secteurs de la médecine diagnostique, de la médecine hyperspécialisée, de la médecine qui se fait à des horaires éligibles et avec des patients éligibles. Cette médecine-là, elle, représente une part toujours plus importante des coûts de la santé, ce qui exerce une pression sur la médecine dite de premiers recours en créant une concurrence sur les conditions de travail et sur les revenus qui fait que ce secteur est constamment sous pression.

Nous sommes donc confrontés à un paradoxe: le système coûte toujours plus cher, mais les soins de premier recours, eux, sont toujours davantage sous pression et toujours davantage confrontés à la concurrence de la médecine spécialisée. Un tableau que nous avons reçu en commission illustre cela de manière absolument effrayante. Il montre que la médecine dite de premier recours a coûté en 2020 à peu près autant qu'en 2010, c'est à dire environ 3,6 ou 3,7 milliards de francs. Pendant cette période durant laquelle on n'a pas cessé de dire qu'on voulait faire quelque chose pour la médecine de premier recours, les coûts liés à la médecine dite spécialisée ont presque doublé, puisqu'ils sont passés d'environ 3,6 à près de 7 milliards de francs.

AB 2022 N 822 / BO 2022 N 822

Voilà la situation dans laquelle on est. Ce n'est donc pas simplement une explosion des coûts mais un transfert des ressources de la médecine la plus exposée au vieillissement de la population à la médecine qui, évidemment, accomplit des choses utiles – il ne s'agit pas de le contester – mais qui est, évidemment, moins exposée aux difficultés sociodémographiques. Voilà le cercle vicieux dans lequel on est. Confrontés au problème que pose ce cercle vicieux, les partenaires tarifaires, malheureusement, n'arrivent pas à apporter des solutions.

C'est la raison pour laquelle votre commission a pris à bras le corps ces problèmes, a décidé vraiment d'apporter des solutions concrètes. Nous avons travaillé en sous-commission et abordé les deux sujets importants: la question des coûts et celle des primes, que nous traiterons durant la troisième semaine de la session en traitant l'initiative socialiste qui vise à plafonner les primes à 10 pour cent du revenu disponible. Une sous-commission de six membres a travaillé sur ces deux objets pour préparer deux contre-projets.

Le groupe socialiste vous invite à entrer en matière sur le contre-projet à l'initiative populaire soutenue par le Parti du Centre, parce qu'il estime qu'il faut agir sur les primes – nous en parlerons durant la troisième semaine de session. Sur ce sujet, la commission a fait des propositions de haut niveau. Pour une fois, nous avons un vrai projet de réduction des primes d'assurance-maladie pour la classe moyenne et les milieux à revenu modeste. Mais il faut aussi évidemment agir au niveau des coûts. En effet, si nous n'arrivons pas à faire évoluer la répartition des ressources vers la médecine de premier recours, nous aurons des problèmes



insolubles, notamment en cas de pandémie.

Ce sont les raisons pour lesquelles des mesures ciblées ont été proposées dans le contre-projet.

Le groupe socialiste vous invite à recommander de rejeter l'initiative populaire qui, comme cela a été dit, est trop sommaire, n'apporte pas, en fait, d'instruments précis de maîtrise des coûts et se concentre sur les salaires comme indicateur de croissance, ce qui est insuffisant. En revanche, nous vous invitons à entrer en matière sur le contre-projet. Nous vous invitons à rétablir notamment les valeurs cibles proposées par le Conseil fédéral. Là, j'invite toutes celles et tous ceux qui craignent le rationnement des prestations à réfléchir à ceci: dans le domaine de l'éducation et de la sécurité – Dieu sait si ce sont des services absolument indispensables à la population –, personne ne s'offusque du fait qu'il y ait un budget de l'éducation, un budget de la sécurité, un budget pour toute une série de tâches d'intérêt public qui sont absolument indispensables à la population. Pourquoi le système de santé serait-il le seul à ne jamais devoir s'aligner sur une sorte de budget qui, évidemment, ne peut pas être fermé, qui ne peut pas être bloqué et qui doit évidemment évoluer en fonction des besoins? Mais laisser simplement chacun déterminer par lui-même quel est le volume de consommation et quel est le chiffre d'affaire qu'il entend faire, cela n'est évidemment pas une solution durable, surtout si, encore une fois, cette répartition des ressources se fait de manière aussi inégale.

Voilà les raisons pour lesquelles nous vous invitons à entrer en matière sur le contre-projet, à adopter les propositions qui sont faites, visant notamment à renforcer la médecine de premier recours, puisque nous vous invitons, notamment dans les propositions concrètes à enfin laisser émerger l'idée d'un tarif différencié par groupe de prestataires, ce qui permettrait notamment de faire évoluer ces ressources dans l'intérêt de cette médecine qui est sous pression en raison des facteurs sociodémographiques.

Mäder Jörg (GL, ZH): Das Thema "Kosten im Gesundheitsbereich" kommt heute in diesem Rat nicht zum ersten und auch nicht zum letzten Mal zur Sprache. Im Gegenteil, die Wahrheit könnte nicht weiter davon entfernt sein: Das Thema Gesundheitskosten ist seit Jahren ein Dauerbrenner in der Politik, in den betroffenen Branchen und Verbänden, in den Medien, in der Öffentlichkeit, überall. Das liegt daran, dass wir alle unsere eigene Gesundheit immer wieder und zu Recht als einen der zentralen Aspekte eines glücklichen oder zumindest zufriedenen Lebens betrachten. Eine gute Gesundheit ist nicht alles, aber ohne sie ist alles andere nichts, heisst es bekanntlich.

Die Gesundheitsbranche ist mit ihren zahlreichen Mitspielern – Patienten, Ärzteschaft, Therapeuten, Pflege, Krankenkassen, Kantone, Bund usw. – aber auch sehr komplex. Selbst innerhalb eines einzigen Bereichs, sei es nun bei den Krankenkassen oder in der Ärzteschaft, herrscht alles andere als Einigkeit. Zudem steigen die Kosten, weil es immer mehr Therapien und neuartige Medikamente gibt. Sie steigen zum Teil auch, weil die Effizienz nicht immer gegeben ist, weil manches doppelt gemacht wird oder weil auch ganz Unnötiges gemacht wird. Aber auch die Demografie macht die Situation nicht einfacher, wir haben es heute schon mehrmals gehört. Insgesamt haben wir nämlich die Situation, dass viele Diagnosen und Prognosen, die vor einer Generation noch düstere Aussichten dargestellt hätten, heute die Chance auf noch mehrere Jahre in guter Lebensqualität eröffnen.

Ja, die Prämien sind in den letzten zwei Jahren nur schwach gestiegen im Vergleich zu vorher. Aber so, wie es aussieht, werden sie dafür dieses Jahr wieder stark steigen, und auch die Inflation hat an die Tür geklopft. Corona hat Spuren hinterlassen, gesundheitlich bei den Betroffenen, aber auch systemisch, beispielsweise in der Pflege. Wir haben zu wenig Leute, die in diesem Bereich arbeiten. Diese müssen entsprechend viel zu viel machen und steigen immer öfters aus ihrem geliebten Beruf aus. Die Umsetzung der Pflege-Initiative steht noch an. Und ja, digitalisieren sollten wir das ganze Gesundheitssystem auch noch, und zwar richtig und nicht nur irgendwie halb freiwillig wie bisher. Aber irgendwie ist diese Nachricht noch nicht bei allen angekommen, vielleicht sollten wir sie nochmals verschicken, per Fax. Vielleicht hilft es.

Es ist daher verständlich, dass für die Volksinitiative der Mitte-Partei genügend Unterschriften gesammelt werden konnten. Die Kosten bei der OKP sollen sich entsprechend der Gesamtwirtschaft und den Löhnen entwickeln. Der Anteil der Gesundheitskosten am eigenen Budget soll also nicht weiter steigen, zumindest im Schnitt nicht. Das klingt gut, aber ein frommer Wunsch ist noch kein guter Plan. Genau hier schwächelt die Initiative. Es wird von Zusammenarbeit und einer Kostenbremse gesprochen, aber konkreter wird es nicht.

Wir Grünliberalen sind klar der Meinung, dass dies zu wenig für einen Verfassungsartikel ist. Zudem: Ist eine solche fixe Anbindung an Wirtschaft und Lohn überhaupt sinnvoll? Es wird einseitig auf den Preis fokussiert. Das Preis-Leistungs-Verhältnis wird nicht berücksichtigt. Wollen wir das? Vielleicht sind künftige Therapien so überzeugend, dass wir gerne bereit sind, mehr zu bezahlen. Die Initiative könnte hier zu störenden Effekten und eventuell einer Behinderung des Fortschritts führen. Oder wird man in diesem Fall den Verfassungsartikel einfach ignorieren und die Volksinitiative zu toten Buchstaben degradieren? Beides sind keine guten Optionen,



weshalb die Grünliberalen die Ablehnung der Volksinitiative empfehlen.

Kommen wir zum Gegenvorschlag. Bei jeder Volksinitiative, die man ablehnt, sollte man sich überlegen, ob ein Gegenvorschlag angebracht ist. In diesem Fall ist die Situation aber etwas komplexer. Wie eingangs erwähnt, ist das Thema nicht neu. Zahlreiche Vorstösse dazu wurden und werden behandelt. Vonseiten des Bundesrates kommen immer wieder neue Ideen und Ansätze, und eigentlich sind wir mittendrin. Das Kostendämpfungspaket 1 haben wir weitgehend beraten, zumindest Teil A, Teil B beinahe. Das zweite Paket kommt noch.

Das heisst, dass die Volksinitiative offene Türen einrennt. Ja, das Volk hat uns den Auftrag gegeben, uns mit der Materie zu beschäftigen – aber das machen wir bereits. Man könnte also ganz ruhig auf einen Gegenvorschlag verzichten, da wir schon dran sind. Das ist aber politisch eher schlecht, so geht man mit der Bevölkerung nicht um. Also hat bereits der Bundesrat einen Gegenvorschlag entworfen; genau gesagt: Er hat Teile aus seinem Kostendämpfungspaket 2 herausgelöst, vorgezogen und zum Gegenvorschlag erkoren. Inhaltlich ist das also nichts anderes, sondern einfach anders portioniert.

Der Teil, den er herausgelöst hat, ist aber ein Teil, der schon im Voraus zu heftigen Wellen geführt hat: die Kostenziele. Der Bundesrat möchte angeben, vorgeben, berechnen,

AB 2022 N 823 / BO 2022 N 823

bestimmen, welche Teile des Gesundheitssystems wie viel kosten dürfen und wann zu viel zu viel ist. Damit hätten wir aber eine Art Kostendeckung, die zu einer Rationierung führen könnte. Doch so ehrlich muss man sein: Im ersten Entwurf war das recht hart formuliert. In der aktuellen Version ist es aber wirklich nur als Ziel formuliert, ohne Automatismus; mehr dazu bei Block 1 der Detailberatung. Die Kommission des Nationalrates konnte dieser Idee nicht nur Gutes abgewinnen und ist skeptisch bis ablehnend. Entsprechend hat sie via Subkommission weitere Elemente geprüft und weitere Massnahmen beschlossen, um einen stimmigen Gegenvorschlag zu erhalten; mehr dazu in der Detailberatung.

Insgesamt ist der Gegenvorschlag – insbesondere, wenn man die Kostenziele herausnimmt, was sowohl die Kommission als auch die grünliberale Fraktion empfehlen – ein Leichtgewicht; das aber nicht, weil wir das Thema nicht ernst nehmen, sondern weil wir es in verschiedenen anderen Vorlagen bereits diskutieren und einiges auch schon beschlossen haben. Nichtsdestotrotz empfiehlt die grünliberale Fraktion nach heftig geführter Diskussion, auf diesen Gegenvorschlag einzutreten und ihn am Schluss auch zu bejahen, damit er auf die Reise in den Ständerat gehen kann. Welche Elemente genau wir am Schluss in welcher Form unterstützen, werden die weiteren Beratungen zeigen.

Wir bitten Sie entsprechend, beide Minderheitsanträge abzulehnen.

Sauter Regine (RL, ZH): Bezüglich der Ausgangslage für dieses Geschäft besteht Einigkeit. Alle meine Vorrednerinnen und Vorredner haben es bereits erwähnt, und auch der Kommissionssprecher hat die Zahlen sehr deutlich dargelegt: Die jährlichen Steigerungen der Kosten und der Prämien, die im Gesundheitswesen festzustellen sind, müssen beunruhigen; der permanente Anstieg der Gesundheitskosten bereitet Sorge. Hier muss ich Kollegin Weichelt aber korrigieren: Steigende Kosten haben eben tatsächlich sehr viel mit steigenden Prämien zu tun, denn diese sind eins zu eins ein Abbild der Kosten. Die Prämien werden zu einer immer grösseren Last, insbesondere für die Familienbudgets des Mittelstandes. Was liegt da näher, hat man sich in der Mitte-Fraktion gesagt, als eine Volksinitiative zu lancieren, die rasch Abhilfe schaffen soll oder dies zumindest verspricht?

Der Titel dieser Initiative ist ja auch marketingmässig gut gewählt: Es geht um eine Kostenbremse. Mit Schuldenbremsen haben wir in diesem Land gute Erfahrungen gemacht. Warum also nicht eine Kostenbremse im Gesundheitswesen? Das Thema beschäftigt uns aber schon länger. Auch der Bundesrat hat ein Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgelegt. Wir sind daran, dieses zu bearbeiten.

Ausser bei der Mitte-Fraktion stelle ich nirgends Begeisterung für diese Initiative fest, was auch nicht weiter erstaunt. Noch schlimmer – um es tatsächlich mit diesen Worten zu sagen – ist indessen der Gegenvorschlag des Bundesrates. Dieser zeigt bereits auf, in welche Richtung eine Umsetzung dieser Initiative gehen würde: in eine Richtung, die wir sicher so nicht unterstützen können. Es geht um die Skizze eines staatlich gelenkten und geplanten Gesundheitswesens, etwas, was für die Schweiz nicht wünschbar ist.

Sowohl die Volksinitiative der Mitte-Partei als auch der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates sind deshalb aus mindestens drei Gründen abzulehnen: zum Ersten aus staatspolitischen Gründen, zum Zweiten aus gesundheitspolitischen Gründen und zum Dritten auch aus ordnungspolitischen Gründen.

Lassen Sie mich zu den staatspolitischen Gründen kommen. Das Gesundheitswesen ist Sache der Kantone, dies zu Recht, muss ich sagen, wenngleich ich in diesem Bereich nicht eine vehemente Befürworterin des



Föderalismus bin. Die Initiative und vor allem aber der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates würden nun massiv in diese Kompetenzverteilung und insbesondere auch in die Kompetenzen der Kantone eingreifen. Hier eine zentrale Steuerung durch den Bund einzuführen, ist sicher keine gute Idee. Der Gegenvorschlag des Bundesrates zeigt auf, wie dies erfolgen würde: Man würde Kostenziele für jeden Kanton einzeln definieren. Fraglich ist, wie dies geschehen würde. Würde man beispielsweise dem Kanton Zürich für das nächste Jahr ein Kostenziel von 2 Prozent geben und dem Kanton Uri eines von 5 Prozent? Das Ganze erscheint recht willkürlich, insbesondere aber schwierig umzusetzen. Es sind Kostenziele, die letztlich in den Kantonen umgesetzt werden müssen; die Steuerung bleibt dann auch dort. Die Folge wären ein riesiges Bürokratiemonster und ein riesiger administrativer Aufwand für alle Beteiligten im Gesundheitswesen, für die kantonalen Verwaltungen, die Ärzteschaft, die Spitäler, für all jene, die dann mit diesen Zielen operieren müssten.

Die Initiative und auch der Gegenvorschlag sind zudem aus gesundheitspolitischen Gründen abzulehnen. Heute haben wir in der Schweiz ein hervorragendes Gesundheitswesen, das muss man an dieser Stelle auch einmal betonen. Wir haben einen ungehinderten Zugang zu medizinischen Leistungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner dieses Landes, höchste Qualität der Versorgung, wir haben kurze Wartezeiten. Die Initiative und der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates operieren nun mit Zielvorgaben. Es wurde wiederholt betont, insbesondere von den Initiantinnen und Initianten, dass man Zielvorgaben nicht mit Globalbudgets verwechseln dürfe, schon gar nicht mit einer Rationierung. Aber auf Englisch würde man sagen: "Let's call a spade a spade."

Zielvorgaben sind nichts anderes als Globalbudgets. Wenn Sie in einem Jahr ein tieferes Kostenziel als im Vorjahr erreichen müssen, heisst das automatisch, dass Sie die Leistungen deckeln müssen. Das hiesse, gewisse Leistungen für gewisse Gruppen oder gewisse Leistungserbringer könnten nicht mehr erbracht werden. Die Initiative und der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates sind somit ein Eingriff in eine sachgerechte Gesundheitsversorgung. Nicht mehr medizinische Kriterien sollen ausschlaggebend sein, sondern rein planerische. Es käme zur Vorenthaltung von Leistungen, je nachdem, wie die Ziele definiert sind. Hierzu gibt es Beispiele aus Deutschland oder Grossbritannien, die verdeutlichen, warum so etwas schlecht funktioniert und was die Folgen solcher Plafonierungen wären. Das wollen wir in der Schweiz nicht!

Eine Folge der Initiative und des indirekten Gegenvorschlages des Bundesrates wäre vor allem auch eine Erosion der Tarifautonomie. Es würde laufend – was heute bereits verschiedentlich vorkommt und als Ausnahmefall deklariert wird – in die Tarifpartnerschaft der Tarifpartner eingegriffen, was sicher nicht wünschbar ist. Eine ungenügende Tarifierung, das ist bekannt, führt letztlich zur Vorenthaltung von Leistungen; auch dies ist ein Grund, aus dem es zu Rationierungen kommen würde.

Schliesslich komme ich zum ordnungspolitischen Grund, aus dem sowohl die Initiative wie auch der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates abzulehnen sind. Es ist ganz klar: Heute braucht es mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, nicht mehr Planung. Es braucht mehr Effizienz und Zweckmässigkeit, nicht noch mehr Staat. Richtigerweise wurde von den Initiantinnen und Initianten wie auch von verschiedenen Rednerinnen und Rednern hier im Saal angeführt, dass im Gesundheitswesen Sparpotenzial besteht. Das ist ganz offensichtlich! Um dieses Sparpotenzial auszuschöpfen, braucht es aber andere Massnahmen, sicher nicht Zielvorgaben, die das Angebot plafonieren.

Ein Beispiel dafür ist Efas, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Hier liegt Sparpotenzial brach. Unser Rat hat eine Lösung für Efas verabschiedet. Seit nunmehr beinahe mehreren Jahren, muss ich sagen, liegt das Projekt im Ständerat. Es geht nicht vorwärts. Je länger wir damit zuwarten, desto unwahrscheinlicher sieht es aus, dass wir hier endlich eine zweckmässige Lösung haben, um die Fehlanreize in diesem Bereich zu beseitigen.

Es braucht bessere Koordination zwischen den Leistungserbringern: Das Stichwort ist hier "Managed Care". Mit solchen Modellen könnten Effizienzpotenziale ausgeschöpft werden, Patientinnen und Patienten besser betreut werden. Auch das führt zu Kosteneinsparungen.

Schliesslich müssten die sogenannten WZW-Kriterien konsequenter beachtet werden. Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, damit sie von der obligatorischen Grundversicherung übernommen werden. Das

AB 2022 N 824 / BO 2022 N 824

heisst, es sind keine unnötigen Leistungen zu erbringen. Wir müssen es schon sagen: Der Entscheid, auch alternativmedizinische Leistungen in die Grundversicherung aufzunehmen, war vollkommen falsch. Solche Dinge führen eben genau zu Kostenausweitungen in der Grundversicherung.

Nötig ist aber letztlich auch ein Umdenken beim Einzelnen, bei uns allen. Wir haben nämlich nicht primär ein Kostenproblem im Gesundheitswesen, sondern wir haben ein Mengenproblem. Die Kosten sind das Ergebnis



von Menge mal Preis, und wenn wir im Gesundheitswesen laufend die Mengen ausweiten, indem wir mehr Gesundheitsleistungen konsumieren, tragen wir selber dazu bei, dass die Kosten steigen. Die Lösung kann sicher nicht sein – und das geht an die Adresse der linken Seite –, diese Kosten nun einfach gleichmässig auf alle zu verteilen oder ein Kopfprämiensystem einzuführen. Vielmehr braucht es hier, wie gesagt, Massnahmen im liberalen Sinn.

Unsere Fraktion wird aus diesem Grund ganz klar die Initiative der Mitte-Partei ablehnen. Wir werden auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten, allerdings nicht auf den Gegenvorschlag, wie ihn der Bundesrat präsentiert hat; dort lehnen wir alle vorgeschlagenen Massnahmen ab. Die Mehrheit der Kommission hat eigene Vorschläge erarbeitet. Wir werden mit diesen arbeiten. Wenn diese am Schluss durchkommen, werden wir dem Gegenvorschlag zustimmen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, die Initiative abzulehnen und auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten. Details dazu werde ich in der Detailberatung bekannt geben.

Schläpfer Therese (V, ZH): Das Anliegen des Initiativkomitees, das Kostenwachstum in der OKP zu verlangsamen und die Belastung der Prämienzahlenden zu begrenzen, ist auch aus der Perspektive unserer Fraktion sowie der Kantone nachvollziehbar und wünschenswert. Mit der geforderten Koppelung an das Wirtschafts- und Lohnwachstum würde aber die Entwicklung der OKP-Kosten einem starren Mechanismus unterworfen, der sich mit der Funktionsweise eines dezentral organisierten und von vielen Akteuren geprägten Gesundheitssystems kaum vereinbaren lässt. Auch der Bundesrat empfiehlt die Initiative zur Ablehnung, weil die verlangte ausschliessliche Koppelung der Massnahmen an die Wirtschafts- und Lohnentwicklung zu kurz greift.

Die SGK-N empfiehlt mit 20 zu 4 Stimmen ebenfalls die Ablehnung. Das Kostenwachstum muss mit anderen Massnahmen, z. B. bei den Tarifen und den Laboranalysen, gebremst, darf aber nicht über Zielvorgaben gesteuert werden.

Der grösste Treiber der Gesundheitskosten und somit der Krankenkassenprämien ist die Mengenausweitung. Das Parlament befeuert diese Entwicklung noch. Laufend stimmt es neuen Forderungen zu – beispielsweise die direkte Verrechnung der Leistungen der psychiatrischen Therapeuten oder die Pflege-Initiative –, welche die Mengenausweitung fördern und somit die Prämien belasten.

Unsere Fraktion lehnt auch den indirekten Gegenvorschlag ab. Sowohl die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" als auch der vom Bundesrat ausgearbeitete Gegenvorschlag zur Einführung eines Kostenziels führen zu starken negativen Auswirkungen, im Besonderen in folgenden Punkten: Der Bundesrat und die Kantone sollen ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für den maximalen Anstieg der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen, das ist das sogenannte Kostenziel. Werden die Kostenziele nicht eingehalten, prüfen die Kantone und der Bundesrat, ob Massnahmen zur Korrektur von Fehlentwicklungen notwendig sind. Zudem sollen der Bundesrat und die Kantone zusätzliche Kompetenzen erhalten. Der Bundesrat soll neu auch bei Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen subsidiär Anpassungen vornehmen können. Falls Tarifverträge, welche die Höhe der Vergütung regeln, die Anforderungen des Gesetzes an ihre Genehmigung nicht mehr erfüllen und die Tarifpartner diese Verträge nicht von sich aus anpassen oder kündigen, soll ebenfalls die zuständige Behörde neu die Möglichkeit haben, den Tarif festzusetzen.

Solche Zielvorgaben gelten für ein Kollektiv einer Leistungserbringergruppe. Der einzelne Leistungserbringer hat jedoch keinen Anreiz, sich kostengünstiger zu verhalten, im Gegenteil: Er könnte sogar einen finanziellen Anreiz haben, möglichst viele Leistungen in Rechnung zu stellen, um seinen Marktanteil innerhalb der festgelegten Zielvorgabe zu erhöhen.

Sollte ein pauschales Kostenziel tatsächlich eine Wirkung entfalten, so käme es zu unerwünschten Effekten wie zum Beispiel zur Rationierung: Das hiesse, medizinisch notwendige Eingriffe würden nicht erbracht oder aufgeschoben, um eine Überschreitung des Budgets zu vermeiden. Um die Fehl- und Überversorgung wirkungsvoll anzugehen, muss die Ursache an der Wurzel gepackt werden, nämlich bei der Indikations- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer. Ein Kostenziel geht in die gegenteilige Richtung.

Mit der Festlegung von Budgetobergrenzen gäbe es zu wenig Anreize zur Steigerung von Qualität und Effizienz, sodass Innovationen gebremst würden und vorhandene, möglicherweise ineffiziente Strukturen bestehen blieben. Eine allgemeine Obergrenze und Korrekturmassnahmen, die vom Bund beschlossen würden, würden die Autonomie der Tarifpartner bei der Aushandlung von Verträgen einschränken. Somit fände kein Konkurrenzdenken mehr statt.

Darüber hinaus wird der Vorschlag des Bundesrates folgende Effekte haben: Die Rolle der Tarifpartner ist praktisch inexistent. Sie werden nicht einmal in die Erarbeitung der Korrekturmassnahmen einbezogen. Ihre einzige Funktion besteht darin, an der Festlegung der Ziele teilzunehmen, insbesondere durch ihre Vertre-



zung in einer eidgenössischen Kommission. Die Zusammensetzung dieser Kommission ist jedoch noch nicht bekannt.

Mit diesem Entwurf würde die Rolle des Bundes und der Kantone bei der Festlegung der Tarifstrukturen und der Tarife weiter gestärkt, und es ginge in Richtung staatliche Gesundheitsvorsorge. Bund und Kantone bekämen subsidiäre Kompetenzen in zusätzlichen Bereichen. Die Zielvorgaben nach Kostenblöcken zementieren das Silodenken der einzelnen Leistungserbringerbereiche und Kantone, anstatt die integrierte und überregionale Versorgung zu fördern.

Massnahmen gegen die Über- und Fehlversorgung sind jedoch überaus angezeigt, gehen doch Schätzungen von einem Einsparpotenzial von 20 bis 30 Prozent aus. Wie oben geschildert, muss man dafür jedoch die Fehlanreize an der Wurzel angehen. Sinnvoll wären Massnahmen zur Förderung der Indikations- und Ergebnisqualität, welche an die Vergütung gekoppelt sind: zum Beispiel die Verpflichtung zur Einhaltung der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, die Einführung von Garantieleistungen für medizinische Eingriffe, etwa mittels Ratenzahlungen oder Rückzahlungen bei Nichterreichen des Therapieziels, und die Transparenz betreffend Qualität bis auf Leistungserbringerstufe. Anstatt mit von oben verordneten Kostenzielen das System noch komplizierter zu machen, sollten zunächst die Fehlanreize im bestehenden Gesundheitssystem beseitigt werden.

Kollektive Zielvorgaben werden wenig Wirkung entfalten und das Silodenken der einzelnen Leistungserbringergruppen und Kantone noch verstärken, anstatt die integrierte Versorgung zu fördern. Einsparungen wären höchstens über eine Rationierung zu erreichen. Das Patientenwohl würde nicht im Zentrum stehen. Koppelt man hingegen die Vergütung an klare und strengere Qualitätsvorgaben, so werden damit nicht nur Kosten gesenkt, sondern es wird auch die Qualität im Sinne der Patienten gesteigert – eine Win-win-Situation für alle. Unsere Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb, die Volksinitiative abzulehnen und nicht auf den Gegenvorschlag des Bundesrates einzutreten.

Pfister Gerhard (M-E, ZG): Das angeblich beste Gesundheitswesen der Welt ist krank, aber über die Diagnose des Patienten herrscht seit Jahren keine Einigkeit, denn es geht ihm von aussen gesehen noch recht gut. Diejenigen, die an ihm herumdoktern, verdienen alle hervorragend. Der Patient hat subjektiv das Gefühl, man sorge sich um ihn, bis er sieht, wie viel mehr er Jahr für Jahr bezahlen muss.

AB 2022 N 825 / BO 2022 N 825

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist ein einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies der Numismatik. Wer dieses Paradies betritt, beispielsweise als Arzt, dem eröffnet sich der einzig real existierende Markt, auf dem ihm Absatz- und Preisgarantie von Gesetzes wegen zustehen und auf dem der Wettbewerb sich darauf fokussiert, wer die höchsten Preise fordern darf, nicht darauf, wer das beste Kosten-Leistungs-Verhältnis auf den Markt bringt. Es herrscht auf diesem Milliardenmarkt ein Gewimmel von Experten, Beratern, Komitees und Interessengruppen, die alle ebenfalls gut daran verdienen, dass sie die Komplexität nicht reduzieren, sondern so erhöhen, dass sich an ihrem einträglichen Businessmodell nichts ändern wird. Man ist sogar derart kartellisiert, dass sich die Versicherer den Luxus zweier Verbände leisten können. Diese sind sich offen so spinnefeind, dass es sogar den Bürgerlichen in der nationalrätlichen Kommission jetzt genügt und sie nach dem Staat rufen, weil sich die Verbände und die Ärzte nicht darauf einigen können, wie viel sie verdienen sollen.

Einen solchen Luxus der Streiterei können sich nur Organisationen leisten, die fest im Kartellsattel auf dem hohen Ross der politischen Unantastbarkeit sitzen. Auch das gibt es nur noch im Gesundheitsmarkt, denn bei allen Differenzen sind unter allen Akteuren in diesem Kartell drei grosse Einigkeiten vorhanden. Erstens sind sie sich alle einig, dass die unaufhörlich steigende Prämienlast für den Mittelstand existenzbedrohend wird, wenn die Kosten nicht endlich mit den Löhnen einigermaßen Schritt halten. Zweitens sind sie sich alle einig, dass nicht sie, nicht ihre Organisation, nicht ihre Lobby einen Beitrag zur Kostensenkung leisten müssen, sondern immer und ausschliesslich nur die jeweilig anderen. Drittens sind sie sich alle einig, dass die Volksinitiative, um die es heute geht, abgelehnt werden muss. Denn genau mit dieser Initiative käme das Schlimmste zustande, was sie zu befürchten haben: Es würde sich etwas zugunsten der Prämien- und Steuerzahlenden ändern, die das überbezahlte System bezahlen müssen.

Alle Lobbyisten haben auf die Beratung dieser Initiative hin ihre immerhin schon überdurchschnittlich grosse Mail- und Papierflut nochmals erhöht. Sie haben mit den schwärzesten Farben die Menetekel "Zweiklassenmedizin" und "Rationierung" an die Wand geschrieben. Sie haben alle nochmals bestätigt, dass sie weder fähig noch willens sind, etwas zu tun, was in der realen Welt, ausserhalb dieses Kartells, völlig üblich und normal ist: Budgets zu erstellen, Ziele zu vereinbaren und sich nur schon die Frage gefallen lassen zu müssen, warum



bestimmte Budgetziele nicht erreicht wurden und was sie vielleicht einmal dagegen zu tun gedenken. Was jeder Prämienzahlende für sich jährlich tun muss, weil die Prämie sein Budget erneut stärker belastet, ist für die Lobbys im Gesundheitskartell eine Zumutung, die sie nur beim Geldzählen stören würde.

Wenn alle Profiteure eines Kartells gegen etwas sind, dann muss es sich um etwas handeln, das das Kartell vielleicht aufbrechen könnte – und das ist diese Initiative. Das Kartell hat es noch einmal geschafft, via seine Lobbyisten einen Gegenvorschlag zwar nicht zu vermeiden, aber doch zu verharmlosen. Bleibt es dabei, freue ich mich auf den Abstimmungskampf über diese Initiative. Er wird Gelegenheit geben, dem Volk transparent zu machen, wer hier eigentlich das Problem ist: all jene Akteure, die ein Interesse daran haben, dieses Perpetuum mobile der falschen Anreize zu erhalten, das für die Profiteure eben nicht falsch, sondern rentabel ist. Gibt es hier keinen brauchbaren Gegenvorschlag, wird man im Abstimmungskampf dem Volk sagen müssen, dass es diesem Treiben nur ein Ende setzen kann, wenn es Ja sagt zur Initiative.

Da ich noch dreissig Sekunden Redezeit habe, gebe ich als erster Redner des heutigen Morgens noch meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Verwaltungsrat einer Reha-Klinik einer gemeinnützigen Gesellschaft. Sie, verehrtes Publikum, sollten wissen, dass es hier Usus ist, dass man seine Interessenbindung angibt, aber meine Vorredner haben so viele Interessen in diesem Bereich, dass sie die Hälfte ihrer Redezeit dafür aufbringen müssten, sie hier zu erwähnen. Deshalb haben sie es nicht gemacht.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Eigentlich ist es despektierlich, dass wir, wie wir das heute Morgen jetzt immer wieder tun, über das Gesundheitswesen als reinen Kostenfaktor diskutieren, der endlich eingedämmt werden muss. Denn wir in der Schweiz können uns glücklich schätzen, ein gutes Gesundheitswesen zu haben, das alle benützen können, und tolles, engagiertes Personal zu haben, das alles tut, um eine gute Versorgung für uns als Bevölkerung zu gewährleisten – das hat gerade die Pandemie gezeigt. Und das darf etwas kosten. Ja, wir haben eine Kostenentwicklung, und wir haben vor allem eine Kostenentwicklung seitens der Bevölkerung oder, wie es immer so schön gesagt wird, der Versicherten. Wir haben nämlich Krankenkassenprämien, die viel zu hoch sind. Wir sind hier EU-weit betrachtet Spitzenreiter, aber leider im schlechten Sinn, nämlich mit dem höchsten Kostenanteil für die Bevölkerung.

Ja, es gibt auch Fehlanreize. So wird beispielsweise sehr gut mit der Zusatzversicherung verdient, indem möglichst viele Leistungen erbracht und auch unnötige Operationen gemacht werden, weil das dann rentiert. Wir haben den Fehler auch bei DRG, weil Operationen rentieren und die Pflege leider nicht. Wir haben in gewissen Bereichen zu hohe Spitzenlöhne für Fachspezialisten, meistens Männer, und zu hohe Chefarztlöhne, auch meistens für Männer. Es ist nicht in allen Bereichen so, ausser, wenn es "Bschiss" ist. Bei der Hausarztmedizin, bei der Kindermedizin oder bei der Psychiatrie sprechen wir sogar von Unterversorgung, weil es teilweise nicht rentiert. Wir sprechen auch von der Unterfinanzierung der Pflege oder von der Unterfinanzierung des ambulanten Bereichs im Spital. Es wird also lieber operiert, weil das rentiert, und nicht ambulant behandelt, weil das nicht rentiert.

Wir haben viel zu hohe Medikamentenpreise. Während der Pandemie gab es sogar Milliarden Gewinne mit Impfungen. Die Pharmalobby ist immer noch unersättlich. Wo ist da das Ehrgefühl?

Das Hauptproblem ist aber die Prämienbelastung für die Bevölkerung. Es ist deshalb, das kann man sagen, verdienstvoll, dass die Initiative tiefere Prämien will. Denn die Prämienbelastung steht für die meisten Arbeitnehmenden tatsächlich in einem krassen Missverhältnis zur Lohnentwicklung. Bei den Prämien gibt es eine extreme Steigerung. Das durchschnittliche Haushaltsbudget wird mit 14 Prozent belastet, was für viele Familien ein Riesenproblem ist, das trotz Krankenkassenprämien-Verbilligung nicht wirklich gelöst ist.

Die Antwort der Initiative auf dieses Problem ist aber untauglich. Die Kostenentwicklung soll entlang der Löhne erfolgen. Von welchen Löhnen sprechen wir dann? Wenn wir auch hier die Entwicklung der letzten zwanzig Jahre anschauen, dann sehen wir, dass die unteren und mittleren Löhne stagniert haben bzw. im Verhältnis zu den Lebenshaltungskosten wie Krankenkassenprämien sogar gesunken sind. Die obersten 10 Prozent der Löhne sind aber um 20 Prozent gewachsen, das oberste Prozent gar um 40 Prozent. Entlang welcher Löhne also soll die Kostenentwicklung erfolgen? Unten und in der Mitte gäbe es keine "Spatzung", ganz oben aber enorm viel Luft.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich im Vergleich zum BIP ist auch kein Problem. Die Gesundheitsbranche ist letztendlich in ihrer ganzen Breite ein wichtiger Arbeitgeber. Aber in den letzten Jahren haben Bund und Kantone immer weniger beigetragen, dafür immer mehr auf den Buckel der Prämienzahlerinnen überwältigt. Das Hauptproblem sind die Kopfprämien. Sie betragen für alle gleich viel. Das heisst, das ist klar, unten und in der Mitte wird überbelastet und zuoberst zu wenig. Die Lösung wäre also klar: keine Fehlanreize, keine Kopfprämien. Für dieses Problem haben wir die Antwort mit der SP-Initiative. Da soll aber, wir werden es sehen, keine verbindliche Lösung gefunden werden – das ist keine ehrliche Politik.



Nein zu diesem untauglichen Vorschlag der Initiative! Leider ist auch der Gegenvorschlag kein Wurf.

Kutter Philipp (M-E, ZH): "Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt", sagen alle. Doch es ist auch ein sehr teures, und das System strotzt von Fehlanreizen. Das

AB 2022 N 826 / BO 2022 N 826

Hauptproblem ist, dass die Akteure im Gesundheitswesen nicht dazu angehalten werden, sich kostenbewusst zu verhalten. Ein zweites Problem ist, dass viele von Ihnen zwar hier am Mikrofon sagen: "Ja, man muss etwas tun", dann aber nichts tun. Die Rechnung dafür zahlt die Bevölkerung mit immer höheren Prämien. Sie bedrohen mittlerweile den Mittelstand. Über 2,2 Millionen Menschen in der Schweiz können ihre Krankenkassenprämien nicht mehr selbst bezahlen. Wenn wir daran nichts ändern, ist unser ach so gutes Gesundheitssystem langfristig in Gefahr.

Die notwendigen Korrekturmassnahmen sind bekannt. Eine gute Übersicht lieferte eine Expertenkommission unter dem Vorsitz von alt Ständerätin und alt Regierungsrätin Verena Diener, die nicht der Mitte-Partei angehört. Die Kommission besteht aus 14 Mitgliedern, die ausserordentlich viel medizinischen und gesundheitsökonomischen Sachverstand vereinen. 2016 beauftragte der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern diese Expertengruppe, rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorzuschlagen.

In ihrem Bericht, welche die Kommission 2017 vorlegte, hielt sie wörtlich fest: "Es ist offensichtlich, dass bis dato zu wenig und zu spät auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen reagiert wurde. [...] In diesem Zusammenhang muss von einem systematischen Versagen gesprochen werden. Vor diesem Hintergrund ist nun Eile und Entschlossenheit gefordert." Die Expertinnen und Experten schlagen mehr als dreissig Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor. Die Massnahmen sind zum grössten Teil bereits seit Jahren bekannt, wurden aber nicht umgesetzt, weil der entsprechende Druck fehlt.

Der Bericht hält insbesondere fest, dass die Gesamtsteuerung verbessert werden müsse. Hierfür schlägt die Kommission als zentrales und neues Steuerungsinstrument die Festlegung von verbindlichen Zielvorgaben für das Kostenwachstum in der OKP vor. Gemäss Expertengruppe erhöht dies die Kostenverantwortung für alle beteiligten Akteure. Zudem zeigen Erfahrungen in den umliegenden Ländern, dass dies eine zielführende Kostendämpfungsmassnahme ist.

Ich halte fest, dass es sich um eine Expertengruppe des Bundesrates handelt und nicht um eine Experten-Gruppe der Mitte-Partei. Ihre Forderung ist trotzdem sehr nahe bei dem, was unsere Volksinitiative fordert. Die Forderung der Experten ist sogar strikter als unsere, fordern wir doch eine Koppelung der Kostenentwicklung an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und der Löhne. Wir fordern zudem ein übergeordnetes Kostenziel, das die Akteure im Gesundheitswesen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Wir wollen erreichen, dass die Akteure endlich gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Der Gegenvorschlag des Bundesrates ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber zu starr und geht zu stark ins Detail. Er definiert nämlich den maximalen Anstieg der Kosten nicht nur für die gesamten Leistungen, sondern auch für einzelne Leistungsarten. Das führt unserer Ansicht nach zu einem Silodenken und zu Planwirtschaft. Beides erachten wir als nicht zielführend. Aus diesem Grund empfehle ich Ihnen jetzt schon, bei Artikel 54 des Gegenvorschlags den Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz) zu unterstützen.

Noch mehr empfehle ich Ihnen Zustimmung zur Volksinitiative. Sie senden damit eine wichtige Botschaft ins Land hinaus: Mit einem Ja zur Volksinitiative anerkennen Sie ein Problem, das die Bevölkerung sehr beschäftigt und unter dem sie sehr leidet, und Sie geben zu erkennen, dass das Parlament mit besseren Anreizen das Prämienwachstum endlich in den Griff bekommen will.

Wettstein Felix (G, SO): Vorweg meine Interessenbindung: Ich bin ehrenamtlich Präsident von Pro Salute, der gemeinsamen Stimme von Konsumentinnen, Patienten und Steuerzahlenden.

Es ist keine falsche Idee, in der Gesundheitsversorgung mit Kostenzielen zu arbeiten, im Gegenteil. Die gesundheitliche Versorgung oder die Versorgung im Krankheitsfall, wie es eigentlich heissen müsste, ist ein regulierter Markt. Zu Recht hat die Schweiz mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen stark regulierten Markt geschaffen. Wir wollen, dass eine breite Grundabdeckung an Behandlungen für alle zugänglich ist, und wir wollen, dass dies zu einem grossen Teil über ein – verbesserungswürdiges – Versicherungssystem sowie über Steuern finanziert wird. Bei diesen Voraussetzungen sind Kostenziele berechtigt. Ich weiss, es gibt viele mächtige Kreise, die bei diesem Thema sofort laut aufheulen und "Staatsmedizin" rufen. "Staatsmedizin", das eignet sich ganz offensichtlich als Schimpfwort. Wir werden es heute bestimmt noch ein paarmal hören. Warum eigentlich? Warum sollen die Leistungen der Grundversorgung nicht so etwas sein wie



die Leistungen der öffentlichen Schule, der Volksschule, der Mittelschule oder der Hochschule? Oder wie die Leistungen der Justiz, der Polizei, der Zoll- und Grenzschutzbehörde?

Ein anderes Reizwort heisst "Kostenexplosion". Sie werden dieses Wort in meinen Begründungen nicht hören, weil es schlicht unzutreffend ist. Wir haben keine Explosion. Die Kosten im Behandlungswesen steigen seit Jahrzehnten stärker als das Bruttoinlandprodukt oder das Lohn- und Rentenniveau, das stimmt. Darum ist es auch richtig, festzustellen: Wir haben Handlungsbedarf.

Die Frage ist bloss, warum die Kosten stärker steigen. Ist es die Masslosigkeit der Menschen, die wegen jedem "Bobo" zum Arzt rennen, wie oft behauptet wird? Nein, das ist es nicht. In zwei Dritteln aller Krankheitssituationen setzen wir Menschen in der Schweiz auf Selbstheilung, auf Hausmittelchen und Pflege durch Angehörige. Patientinnen und Patienten sowie ihr privates Umfeld sind die wichtigsten Leistungserbringer!

Was ist es also? Wird das System immer teurer, weil wir älter werden? Auch das wird oft behauptet und ist widerlegt. Die Zeit des Lebens, in der wir krank, das heisst in professioneller Behandlung sind, hat sich sogar verringert. Was allerdings stimmt: Der einzelne Behandlungstag wurde laufend teurer. Bekommen wir dafür mehr Qualität? Wir alle wissen, dass das nur zum Teil zutrifft. Der andere Teil heisst: Es gibt immer noch Anreize, zu viel zu diagnostizieren, eine zu teure Behandlung anzusetzen, ein zu teures Medikament zu verschreiben, weil es sich für jene auszahlt, die behandeln und verschreiben. Und es gibt Überkapazitäten, die danach rufen, ausgeschöpft zu werden. Das sind die Kostentreiber, die wir endlich beseitigen müssen, denn sie bringen keine bessere Heilung und keine bessere Gesundheit. Und damit ich richtig verstanden werde: Ich unterstelle nicht, dass alle oder ein grosser Teil der Behandelnden zu viele Leistungen anordnen und verrechnen würden.

Wie also müssen wir steuern? Die Volksinitiative der Mitte-Partei schlägt meiner Meinung nach einen untauglichen Weg vor. Die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und die Entwicklung der durchschnittlichen Löhne taugen schlecht als Indikatoren für Kostenziele. Der Titel der Initiative ist, wie es unsere Fraktionssprecherin aufzeigte, irreführend, denn wir reden heute von den Kosten und nicht von den Prämien. Was also ist die Alternative? Schauen wir doch den Expertinnen- und Expertenbericht Diener vom 24. August 2017 an; mein Vorredner hat ihn angesprochen. Massnahme 1 von insgesamt 38 Massnahmen lautet: "Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum". Die anschliessenden Erläuterungen liefern sehr detaillierte und sehr gut begründete Angaben über die sinnvolle Art, einen Kostenindex zu bilden. Sie geben auch Antworten darauf, was zu geschehen hat, wenn das Ziel verfehlt wird, und sie werfen einen Blick auf andere Länder, die schon erfolgreich Zielvorgaben anwenden.

Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates ist gar nicht weit weg davon. Darum halte ich es für richtig, auf ihn einzutreten. Dann brauchen wir allerdings zwei entscheidende Ergänzungen, damit das Endergebnis im Lot ist. Erstens brauchen wir die Ergänzung um Qualitätsziele. Zweitens: Nicht nur Kantone, Leistungserbringer und Versicherer sind anzuhören, sondern auch die Versicherten – ganz im Sinne der Minderheit II (Wasserfallen Flavia). Denn, wie gesagt, die Versicherten sind die wichtigsten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

AB 2022 N 827 / BO 2022 N 827

Ritter Markus (M-E, SG): Man kann es nicht wegre-den: Die Gesundheitskosten liegen beim Sorgenbarometer der Schweizer Bevölkerung seit Jahrzehnten auf einer Spitzenposition. Heute belasten die Kosten für die Krankenkassenprämien und die weiteren Gesundheitskosten praktisch die gesamte Schweizer Bevölkerung in einem enormen Mass und sprengen viele Familienbudgets. Um die Prämienverbilligungen bei den Krankenkassenprämien, die gesprochen werden und gesprochen werden müssen, zu gewährleisten, trägt die öffentliche Hand Milliardenbeträge im Bereich dieser Sozialkosten für das Gesundheitswesen bei. Ohne diese Prämienverbilligungen könnten sich viele Menschen in der Schweiz diese Kosten schon lange nicht mehr leisten. 2,2 Millionen Menschen beziehen in der Schweiz Prämienverbilligungen. 170 000 können sich die Krankenkassenprämien gar nicht mehr leisten.

Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist weiter ungebremst. Zwischen 2010 und 2020 sind die Kosten pro Jahr und pro Kopf durchschnittlich um 2,5 Prozent in die Höhe geschneilt, während die Nominallohne im gleichen Zeitraum nur um 0,7 Prozent angestiegen sind. Wohin soll dies führen? Beim heutigen System im Gesundheitswesen wäre jede andere Entwicklung allerdings eine grosse Überraschung. Die Anreize sind so gesetzt, dass kostenbewusstes Verhalten kaum oder unzureichend gefördert wird. Die privaten Leistungserbringer wollen am Schluss des Tages ihre Kosten decken, gute Löhne ausbezahlen und wenn möglich als Unternehmer Gewinne erzielen. Das ist doch ganz normal. Die staatlichen Leistungserbringer wollen auch ihre Kosten decken, auch konkurrenzfähige Löhne bezahlen und möglichst wenig Geld



aus den Kantonskassen nehmen. Dies ist nur mit gut ausgelasteten Kapazitäten möglich. Das ist auch ganz normal.

Und die Versicherten? Wenn man schon über Jahre so hohe Beiträge bezahlt hat und dann für einmal etwas beziehen kann, will man doch eine Topleistung. Wenn die Franchise einmal verrechnet und der Selbstbehalt bezahlt ist, spart man doch nicht noch zulasten der eigenen Gesundheit – nein danke. Ausnahmen bestätigen die Regel. Die Krankenkassen verrechnen den Versicherten jährlich mit ernster Miene die höheren Kosten, die dann auch von den Bundesstellen genehmigt werden – ein Verwaltungsakt. Wenn jemand nicht einverstanden ist, kann er ja die obligatorische Krankenkasse wechseln.

Und was tut die Politik? Die zuständigen Kommissionen in unserem Parlament sind reich bestückt mit Fachwissen und gefüllt mit Interessenvertretern aus den verschiedenen Gremien der Akteure des Gesundheitswesens. Ich war letztes Jahr an einer Veranstaltung der Branche zur Thematik, hier in Bern. Alle waren sich einig, dass mit unserer Initiative nicht die richtigen Akzente gesetzt werden. Auf die Frage, wo denn gespart werden könne, kamen durchaus Vorschläge, die aber jeweils die anderen betrafen. Diese wehrten sich natürlich mit aller Deutlichkeit und holten sofort zum Gegenschlag aus.

Man fasst es kaum – man dreht sich weiterhin im Kreis. Man reicht die heisse Kartoffel weiter wie bisher. Der Tardoc ist ein einziges Trauerspiel und zeigt, dass die Politik gefordert ist zu handeln, weil es die Branche selber nicht mehr kann.

Nichts tun ist bei den Gesundheitskosten einfach keine Option mehr. Wer die Entwicklung der letzten zwanzig Jahre ausblendet und die absehbare Prämienentwicklung für die kommenden Jahre nicht wahrhaben will, vergisst die Sorgen der Menschen in unserem Land. Wir haben ein gutes Gesundheitswesen in der Schweiz, das aber für die Kostenentwicklung klare Leitplanken braucht, damit wir es uns auch künftig noch leisten können.

Deshalb: Ja zur Initiative und Ja zum indirekten Gegenvorschlag.

Quadri Lorenzo (V, TI): In questa sessione la nostra Camera affronterà due iniziative popolari che riguardano i costi della salute: quella promossa dal PPD, ora Alleanza del Centro, di cui discutiamo oggi, e quella del PS che vuole plafonare i costi dei premi della cassa malati al 10 per cento del reddito e sarà in agenda nella terza settimana della sessione in corso.

Intanto, per il 2023 è stato annunciato l'ennesimo massiccio aumento dei premi di cassa malati, che va ad inserirsi in un contesto di impoverimento dei cittadini causato dall'aumento del costo della vita; e di recente abbiamo anche sentito che il Consiglio federale non intende intervenire in altri ambiti, ad esempio con tagli alle accise sul carburante, diversamente da quanto fanno paesi a noi vicini, per ridare un po' di potere d'acquisto ai cittadini.

L'annunciato aumento dei premi di cassa malati per il 2023 non appare giustificato. Dopo la crisi pandemica le operazioni elettive che erano state sospese sono sì riprese ma non in misura tale da portare ad aumenti dei premi che per tanti assicurati, già lo si sa, saranno di una percentuale a due cifre. Quindi anche questa volta si assisterà ad una discrepanza tra la crescita dei costi e la crescita dei premi, con i secondi che aumenteranno molto di più dei primi.

Si sono poi anche sentite le fantasiose teorie da parte dei responsabili del portale Comparis a proposito della riduzione delle riserve che farebbe aumentare i premi. Queste sono semplicemente "fake news". Lo scorso anno le riserve degli assicuratori malattia sono state ridotte di circa 360 milioni di franchi, e sostenere che una riduzione di questa entità, quando le riserve in esubero ammontano a 5,7 miliardi di franchi, metterebbe in pericolo la sicurezza finanziaria del sistema e priverebbe gli assicuratori del margine di liquidità necessario per far fronte alle oscillazioni dei costi sanitari, è semplicemente assurdo.

Sono all'ordine del giorno del Consiglio degli Stati, sempre in questa sessione, atti parlamentari che chiedono di rendere obbligatoria la restituzione – oggi facoltativa – delle riserve in esubero. C'è da sperare che questi atti parlamentari verranno approvati. Poi anche sul calcolo delle riserve minime ci sarebbe qualcosa da dire. È comunque chiaro che, per quanto attiene ai premi di cassa malati, c'è necessità di agire – sussiste un'urgenza palese.

L'iniziativa popolare oggi in discussione prevede di mettere un freno ai costi nel rettore sanitario. Il rischio di un tale meccanismo è evidente, cioè il razionamento delle cure, quando il tetto massimo viene raggiunto e, a maggior ragione, quando non si tiene conto di fattori come il progresso medico e tecnologico nonché l'invecchiamento della popolazione.

Per questo motivo, all'iniziativa viene contrapposto un controprogetto indiretto che propone una serie di misure puntuali, alcune delle quali sono certamente interessanti. Quindi non si può dire che sia tutto da buttare. Però, queste misure sono in generale abbastanza rigide e burocratiche. Comportano anch'esse il rischio di razio-



namento a danno dei pazienti, in particolare dei pazienti anziani e dei malati cronici. D'altronde, respingere tutte le proposte porterebbe a un immobilismo difficile da difendere nel contesto attuale, soprattutto se queste vengono respinte perché magari si scontrano con interessi di parte, che sono anche rappresentati in questo Parlamento.

Tuttavia, alla luce del continuo peggioramento della situazione c'è da chiedersi se non sia giunto il momento di proporre qualcosa di diverso, come può esserlo un contributo per abbassare i premi di tutti. Si tratterebbe quindi di un cambio di paradigma.

Concludo invitando a respingere l'iniziativa, pensando però a provvedimenti che sono di un altro tipo, perché la necessità di agire è data, e più ci si perde nel dettaglio, più l'efficacia si diluisce. Quindi occorre muoversi, probabilmente senza troppe ambizioni sul piano della perfezione formale e tecnica – altrimenti non si va da nessuna parte –, ma puntando su misure che comportino semplicità, comprensibilità e soprattutto efficacia.

Roth Pasquier Marie-France (M-E, FR): Aujourd'hui, une famille de quatre personnes paye 15 000 francs par an uniquement pour les primes d'assurance-maladie. Le monitoring 2017 réalisé par Ecoplan montre que les primes d'assurance-maladie représentent une charge financière toujours plus lourde pour les familles à revenu faible ou moyen. Au cours des dix dernières années, la charge est passée en moyenne de 10 à 14 pour cent du revenu. La classe moyenne et les ménages doivent être soulagés. Ceux qui utilisent le

AB 2022 N 828 / BO 2022 N 828

système de manière responsable payent aujourd'hui pour l'inefficacité des autres.

Nous devons stopper la tendance à l'explosion des coûts sans toucher à la qualité des prestations fournies. L'initiative populaire incite à se demander quelles sont les prestations vraiment nécessaires. L'Office fédéral de la santé publique parle d'un potentiel d'augmentation de l'efficacité, et sans perte de qualité, de 20 pour cent. C'est précisément pour cela que l'initiative pour un frein aux coûts est nécessaire. Le mécanisme est le même que pour le frein à l'endettement: dès que les primes d'assurance-maladie augmentent plus fortement que les salaires, la Confédération, les cantons, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations doivent s'asseoir autour d'une table pour décider de mesures de maîtrise des coûts. L'objectif est une meilleure coopération entre tous les acteurs de la santé. Seule une responsabilisation de ceux-ci et une collaboration auront des effets sur les coûts. Ils doivent cesser de se renvoyer la balle. Il est d'ailleurs déjà prouvé que la qualité des traitements est meilleure, que les traitements sont plus efficaces et moins chers dans les réseaux de soins intégrés.

C'est pour cela que je vous encourage à soutenir l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé".

Riniker Maja (RL, AG): Wir sprechen zwar über Gesundheitspolitik, wir sprechen über eine Initiative und einen indirekten Gegenvorschlag. In Tat und Wahrheit geht es heute und morgen aber vor allem um Parteipolitik. Die Initiative hätte der CVP bzw. der Mitte-Partei vor den letzten Wahlen im Jahr 2019 Rückenwind geben sollen. Die Grosswetterlage hat sich geändert, der Wind hat sich gedreht, und wir stehen vor den nächsten Wahlen. Nun will die Mitte-Fraktion die Initiative aus dem Verkehr ziehen, denn die Partei verspürt Gegenwind. Damit die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei nicht zu einer Wahlerfolgsbremse wird, sollen wir, das Parlament, einen Gegenvorschlag ausarbeiten, und wir sollen uns dafür ein Jahr mehr Zeit geben.

Ja, es ist nicht per se schlecht, der Mitte-Fraktion aus der Patsche zu helfen. Aber es ist in erster Linie unsere Aufgabe, zu prüfen, ob es gut für unser Gesundheitswesen ist, noch weitere Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes in Angriff zu nehmen. Gesetzgeberisch ist unter dem Titel "Kostendämpfung" in letzter Zeit viel getan worden. Die Zulassungssteuerung für Leistungserbringer ist neu. Neu ist auch die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, und neu ist auch das Kostendämpfungspaket 1a. Diese Revisionen sind erst in Kraft gesetzt worden. Praxiserfahrungen haben wir noch kaum.

Dafür aber rudern wir gesetzgeberisch schon wieder zurück, dies beispielsweise im Bereich der Zulassungssteuerung. Hier hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz soeben Alarm geschlagen und beantragt, Ausnahmen zu beschliessen. Sie befürchtet eine Unterversorgung. Wir werden auch hier wieder gesetzgeberisch tätig werden müssen. Wir müssen die Schraube lockern, kurz nachdem die Zulassungssteuerung in Kraft getreten ist. Wir sind weiter mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie mit dem Kostendämpfungspaket 1b beschäftigt.

Es ist unsere Verantwortung, Sorge zu unserem guten Gesundheitswesen zu tragen und Gesetzgebung mit Augenmass zu betreiben. Das ist im Interesse der Patienten, der Ärzteschaft und der Spitäler. Es ist eben halt leider nicht immer im besten Interesse von Patienten, Ärzteschaft und Spitälern, die Gesetzgebung auf eine



Parteiraison auszurichten.

Wir beraten auch den Gegenvorschlag des Bundesrates, und dieser trägt ebenfalls die Handschrift der Befürworter zusätzlicher staatlicher Eingriffe. Der Bundesrat wollte weitere behördliche Eingriffe in die ambulanten Tarife und Interventionen in die stationäre Tarifstruktur, staatliche Eingriffe zur Differenzierung der Tarife und Eingriffe in den Tarmed.

Lassen Sie uns doch bitte heute und morgen vernünftig sein. Die Kommission hat verschiedene prüfenswerte Anträge eingereicht. Wenn wir diese Kommissionsanträge unterstützen, die betreffenden Vorschläge des Bundesrates hingegen ablehnen, dann kann man Sympathien für den Gegenvorschlag entwickeln.

Zusammenfassend halte ich fest: Lassen Sie uns doch bitte die Initiative ablehnen und am Schluss, je nach Ausgang der Beratung über den indirekten Gegenvorschlag, diesen unterstützen.

Bregy Philipp Matthias (M-E, VS): Die Kosten steigen und damit auch die Prämien. Die Gewinner sind die Akteure im Gesundheitswesen. Die Verlierer sind die Prämienzahler. Das muss klar und deutlich gesagt werden: Es ist nicht erst seit gestern so, sondern seit Jahren. Grund dafür ist eine Tatenlosigkeit. Es ist eben nicht so, dass dieses Parlament in der letzten Zeit griffige Massnahmen ergriffen hätte, wie Frau Riniker gesagt hat. Das Gegenteil ist der Fall! Dieses Parlament scheut sich vor griffigen Massnahmen. Ich kann Ihnen versichern, spätestens im Herbst dieses Jahres werden die Menschen da draussen, für die wir verantwortlich sind, Sie fragen: Warum muss ich 5 bis 10 Prozent mehr Prämien zahlen? Alle da draussen werden betroffen sein. Belastet wird aber der Mittelstand, jene Leute mit einem durchschnittlichen Einkommen, jene Leute, die keine Prämienverbilligungen erhalten.

Man kann jetzt die Mitte-Fraktion hier schon kritisieren und sagen, das sei Wahlkampf. Das ist es aber nicht. Es ist der Kampf für den Mittelstand, für die Leute, die unter diesen Prämien massiv leiden. Ich gebe Ihnen ein einfaches Beispiel. Meine Familie, wir sind nicht speziell versichert, würden 5 Prozent Prämienanstieg 600 Franken im Jahr kosten; 10 Prozent Anstieg würden 1200 Franken kosten. Stellen Sie sich vor: 600 Franken Mehrbelastung für meine Familie bei einem minimalen Anstieg und 1200 Franken bei einem maximalen Anstieg – das ist brutal viel Geld!

Die Mitte-Fraktion ist offen, auch über Prämienverbilligungen zu reden. Die SP hat durchaus recht. Kurzfristig ist es der Ansatz, den es braucht. Mittel- und langfristig haben wir aber nur eine Chance, wenn wir den Anstieg der Kosten bremsen, und zwar nachhaltig. Frau Sauter hat es heute richtig gesagt: Die Kosten sind der Treiber der Prämien. Die Mitte-Fraktion ist nicht mehr bereit zuzuschauen. Die Mitte ist nicht bereit zuzuschauen, wie der Mittelstand in seiner Existenz bedroht wird. Und ich kann Ihnen versichern: Die Mitte-Fraktion wird kämpfen – hier im Saal für eine gute Lösung und nötigenfalls draussen vor dem Volk. Denn spätestens im Herbst werden die Leute spüren, was das für ihre Brieftasche bedeutet.

Hören Sie auf zu sagen, es komme zu einer Zweiklassenmedizin, zu Rationierungen und dass die Leute gefährdet seien. Nein, gefährdet sind sie einzig durch die hohen Prämien, die sie nicht mehr stemmen können. Die Zeit, um Däumchen zu drehen, ist vorbei. Es braucht hier Lösungen, Lösungen für die Menschen da draussen, Lösungen für den Mittelstand. Und zwar braucht es Lösungen, die mittel- und langfristig nachhaltig sind. Dann haben wir etwas Gutes getan, und dann können wir uns rühmen, dass wir endlich die Kostenproblematik in Angriff genommen haben. Ansonsten betreiben wir nichts anderes als "Pflästerlipolitik".

Ich schliesse gerne, wie mein Parteipräsident, mit meiner Interessenbindung. Meine ist noch viel einfacher: Ich bin Prämienzahler.

Hurni Baptiste (S, NE): "Faites vos jeux, rien ne va plus", cette assertion nous évoque le casino, l'appât du gain, le hasard ou même l'addiction, mais pas vraiment le financement du système de santé. Et pourtant, "Faites vos jeux, rien ne va plus", dit le croupier à son aréopage de suiveurs incapables de détacher leur regard de la boule folle, braqués qu'ils sont sur le hasard qui leur sourira ou non.

Eh bien, cette scène, Monsieur le vice-président, Monsieur le conseiller fédéral, chères et chers collègues, n'est pas sans nous rappeler le financement du système de santé.

Oui, à la table de cette monstrueuse mécanique que rien n'arrête, il y a d'abord celles et ceux qui n'ont d'autre choix que d'y siéger. Celles et ceux qui sont dépendants, soit les patients. Ils doivent payer leurs primes qui ne cessent d'augmenter – 5 pour cent, 10 pour cent par année, parfois plus, parfois un peu moins. Aucun choix en la matière. Et puis, il

AB 2022 N 829 / BO 2022 N 829

y a les fournisseurs de prestations, eux aussi dépendants de la roulette du Tarmed ou des Swiss DRG, mais qu'ils ne négocient pas, cet exercice étant laissé à de hautes sphères. Et, enfin, le croupier, le Conseil fédéral,





anime ce jeu malsain mais ne le pilote qu'insuffisamment, attendant simplement de voir qui gagne et qui perd. Le financement du système de santé en Suisse a bel et bien quelque chose du casino. Et comme au casino, à la fin, ce sont les joueurs qui paient la note, qui trinquent. A la grande différence néanmoins que les joueurs, ici, c'est nous toutes et tous. Ce n'est pas un choix ou encore moins une addiction, c'est une obligation légale. L'initiative du Parti du Centre a le grand mérite de tenter de mettre en place un mécanisme de régulation. Les coûts devraient évoluer conformément à l'économie nationale et aux salaires. En bref, si les salaires augmentent de 1 pour cent, les coûts et les primes ne devraient pas dépasser cela. Mais, car il y a toujours un mais, c'est là où le bât blesse pour deux raisons qui nous semblent rédhibitoires.

D'abord, l'initiative ne pipe pas mot du cœur du problème, car nous sommes tous d'accord de limiter les coûts. Mais c'est sur la question de savoir comment les limiter que nous nous écharpons. C'est donc une initiative du type "il faut qu'on fasse ci", "il n'y a qu'à faire cela" mais qui ne dit jamais ce qui fâche, soit la manière de poursuivre l'objectif. Et quand je vois comment cette assemblée a balayé des mesures simples et efficaces avec un gros potentiel d'économie, du type du prix de référence des médicaments, je ne peux pas m'empêcher de sourire et pensant que même si l'initiative venait à passer, son effet serait plus que limité.

Autre problème conceptuel grave de l'initiative: elle ne tient pas compte de la réalité démographique. Ainsi, en simplifiant, si on réduit l'application de l'initiative à un groupe de 100 personnes, dont 80 travaillent et 20 sont à la retraite, et que, après dix ans, la proportion des retraités, dont les besoins de santé sont statistiquement plus importants, passe à 40 pour 60 personnes qui travaillent, alors inévitablement les coûts de la santé progresseraient davantage que les salaires. Dans ce cas, que ferait-on? Rationnerait-on les soins? Diminuerait-on le tarif? Mais ce serait une injustice que de pénaliser les praticiens ou les patients qui, dans mon exemple, n'auraient pas fait de la surfacturation, n'auraient pas "surbénéficié" de prestations et n'auraient pas été poussés à la consommation médicale. Les praticiens se retrouveraient uniquement avec une population qui a plus besoin de soins.

Faites vos jeux, rien ne va plus! La machine à hasard des coûts de la santé ne s'arrêtera pas de s'emballer grâce à cette initiative mal conçue, ni même avec le contre-projet, mais celui-ci, qui dit davantage quoi faire, ralentirait un peu cette mécanique infernale dont les pires accélérateurs, il faut bien le dire, sont définitivement l'autorégulation, un libéralisme de mauvais aloi et une concurrence d'opérette.

Je vous enjoins donc de suivre la majorité de la commission, de rejeter l'initiative, d'entrer en matière sur le contre-projet et, surtout, de voter les mesures en faveur de la médecine de premier recours qui elle seule peut contribuer à limiter quelque peu les coûts dans le domaine de la santé.

Stadler Simon (M-E, UR): Wir wurden aufgefordert, unsere Interessenbindungen transparent zu machen. Das kann ich sehr gut machen. Ich habe zwei Bindungen, sie sind eigentlich ganz einfach: Ich bin Prämienzahler und potenzieller Patient. Damit verfolge ich ganz klar zwei Interessen: Erstens will ich weiterhin ein sehr gutes Gesundheitswesen, und zweitens muss dieses für mich bezahlbar sein. Es kann ja nicht sein, dass bestimmte notwendige medizinische Leistungen nur noch für gewisse Leute zugänglich sind. Ab und zu habe ich den Eindruck, dass meine ureigenen Interessen als Prämienzahler und eben als potenzieller Patient hier im Parlament keine Lobby haben.

Wir alle wissen, dass es zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen gibt. Es gibt die Pharmaindustrie, die Leistungserbringer, die Krankenversicherer, den Bund und die Kantone. Alle sind sie in diesem Haus sehr stark vertreten. Ja, es gibt auch ein gewisses System einer gegenseitigen Blockade. Die Medizin, die so in diesem Haus zusammengebraut wird, dient lediglich einer Symptombekämpfung und nicht einer Wurzelbehandlung gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

Machen wir uns nichts vor: Es wären uns x Massnahmen bekannt, aber wir nutzen sie nicht. Einige Stichworte: Fehlanreize, Doppelspurigkeiten, Medikamentenverschwendung oder wirtschaftliche Interessen an nicht notwendigen Behandlungen. Genau hier setzt unsere Initiative an mit der Forderung einer Kostenbremse. Das Volk gibt mit einer Verfassungsbestimmung die Marschrichtung vor; der Bund, die Kantone, die Krankenversicherer und die Leistungserbringer werden in die Pflicht genommen. Sie können sich nicht mehr vor griffigen Massnahmen gegen die Kostenexplosion drücken, und somit ist keine Arbeitsverweigerung mehr möglich.

Es wird auf Verfassungsstufe nicht einfach irgendeine Massnahme vordefiniert. Alle Akteure haben hier den notwendigen Freiraum, zusammen wirksame Massnahmen zu treffen.

Ich frage mich wirklich: Wie kann man überhaupt gegen eine solche Verfassungsbestimmung sein? Für mich ist die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein so zentrales gesellschaftliches Thema – dieses ist wirklich würdig, in die Verfassung aufgenommen zu werden. Man darf sich hier an dieser Stelle schon fragen: Wer hat da eigentlich Angst vor dem Volk?

Damit komme ich nochmals zurück zu meinen Interessen. Bereits heute könnten im Gesundheitswesen ohne



Qualitätsverlust rund 20 Prozent oder jährlich 6 Milliarden Franken eingespart werden. Mein erstes Interesse, das von einem weiterhin sehr guten Gesundheitswesen, wird damit erfüllt. Damit, das ist das zweite Interesse, bleibt unser Gesundheitswesen schlussendlich auch für mich bezahlbar. Seit ich vor 34 Jahren auf die Welt gekommen bin, sind die Kosten für die Krankenkassenprämien um über 140 Prozent gestiegen. Diese enorme Zunahme belastet den Mittelstand und die Geringverdiener in unserem Land sehr stark. Heute bezahlt z. B. eine vierköpfige Familie rund 15 000 Franken Prämien pro Jahr.

Genug ist genug, die Schmerzgrenze für den Mittelstand und die Geringverdiener in unserem Land ist erreicht. Wir als Politikerinnen und Politiker sind es den Prämienzahlerinnen und -zahlern schuldig, dass ihr Geld richtig und effizient eingesetzt wird. Genau dort setzt unsere Initiative an. Wir möchten eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, sodass jeder Franken der Bürgerinnen und Bürger optimal eingesetzt wird. In diesem Sinn bitte ich Sie, unsere Initiative zur Annahme zu empfehlen.

Fischer Roland (GL, LU): Auch ich möchte zuerst meine Interessenbindung bekannt geben: Abgesehen davon, dass ich auch potenzieller Patient oder Prämienzahler bin, bin ich Verwaltungsratspräsident einer Pflegeinstitution in meiner Wohngemeinde Udligenswil.

Die stetig steigenden Kosten unseres Gesundheitswesens sind eine grosse Herausforderung. In diesem Punkt sind wir uns einig. Wir haben es heute Morgen schon vielfach gehört. Wir haben auch gehört, dass es kaum einen Mangel an Lösungsideen gibt. Es gibt Lösungen, es gibt Vorschläge. Sie werden nur zu wenig genutzt. In den Kantonen und auf Bundesebene beschäftigen wir uns seit vielen Jahren mit unzähligen Vorstössen zum Thema. Trotzdem kommen wir kaum voran.

Unser Gesundheitssystem ist derart verheddert in einem dornigen Gestrüpp aus Kompetenzen, Regulierungen, Fehlanreizen und Partikularinteressen, dass es bisher noch keiner noch so edlen Ritterin oder noch keinem noch so edlen Ritter gelungen ist, sich durch diese Dornenhecke zu kämpfen und die tief und fest schlafende Kostenkontrolle aus ihrem Dornröschenschlaf zu wecken. Auch heute steht wieder eine Ritterin vor uns. Sie behauptet, das richtige Buschmesser für die Dornenhecke des Gesundheitswesens zu haben. Diese Ritterin ist die Mitte-Partei, und sie verlangt mit ihrer Volksinitiative, man möge die Kosten der Gesundheitsversorgung so begrenzen, dass sie sich nur entsprechend dem Schweizer Bruttoinlandprodukt und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln.

AB 2022 N 830 / BO 2022 N 830

Das tönt auf den ersten Blick vielversprechend. Ich möchte aber gerne mithilfe von drei Punkten zeigen, dass die Initiative leider nicht das Zeug zum Schwert hat. Die Initiative erinnert eher an ein altes, rostiges Sackmesser, mit dem wir der Kostenkontrolle in unserem Gesundheitswesen keinen Schritt näher kommen.

1. Die Initiative verliert kein Wort darüber, wie genau das Ziel der Kostenbremse erreicht werden soll. Keine konkrete griffige Massnahme, keine konkrete Lösung wird vorgeschlagen. Nach Annahme der Initiative wären wir also keinen einzigen Schritt weiter als heute. Wir wären weiterhin im dornenvollen Dickicht unserer Gesundheitspolitik gefangen.

2. Die Initiative verlangt etwas, das in Anbetracht der demografischen Entwicklung in der Schweiz völlig unrealistisch ist. Unsere Gesellschaft altert, das ist allseits bekannt. So wird sich beispielsweise die Zahl der Über-80-Jährigen bis 2050 mehr als verdoppeln. Entsprechend werden auch die Kosten der Gesundheitsversorgung weiter steigen, denn der grösste Teil der Kosten entsteht in den letzten Lebensjahren. Bereits 2020 hat die Gesundheit der Über-61-Jährigen unsere Gesellschaft ebenso viel gekostet wie die Gesundheit der Unter-61-Jährigen. Nur machten die Über-61-Jährigen dabei weniger als ein Viertel der Gesamtbevölkerung aus. Wenn also das Wachstum der Gesundheitskosten das BIP-Wachstum nicht übersteigen soll, dann werden wir uns alle nach der Annahme der Initiative mächtig ins Zeug legen müssen, um eine entsprechend hohe Wirtschaftsleistung zu erarbeiten, damit wir diese Bedingung erfüllen können.

3. Die Mitte-Partei stellt sich mit der vorliegenden Initiative zwar als edle Ritterin dar. Für meinen Geschmack sitzt sie dabei – nicht allein, aber eben auch – auf einem hohen Ross. Diesen Eindruck habe ich deshalb, weil es gerade auch die Mitte-Partei ist, die beispielsweise im Kanton Luzern viel dazu beiträgt, dass Partikularinteressen noch immer höher gewichtet werden als Effizienzsteigerungen in unserem Gesundheitssystem. Wenn aus regionalpolitischen Gründen ein neues Regionalspital gebaut werden soll und dabei Kosten-, Effizienz- und Qualitätsüberlegungen in den Hintergrund treten, dann trägt dies nicht gerade zur Kostendämpfung bei. Mit anderen Worten: In den Kantonen könnte bereits heute viel getan werden, um die Kostenentwicklung zu begrenzen, aber eben, Partikularinteressen verhindern es. Dieses Problem löst die Initiative nicht.

Ich bitte Sie deshalb, die Initiative abzulehnen, aber auf den Gegenvorschlag einzutreten.



Roduit Benjamin (M-E, VS): "Seuls contre tous!" Voilà la situation du Parti du Centre au moment de débattre sur notre initiative visant à freiner les coûts de la santé. C'est peut-être bon signe! Je m'explique.

Lors de son dépôt, il y a quatre ans, notre projet obligeant le Conseil fédéral, l'Assemblée fédérale et les cantons à intervenir si le coût des soins augmente trop fortement par rapport à l'évolution des salaires semblait susciter la sympathie. Pour preuve, la récolte de 119 000 signatures a montré que l'initiative répond de manière concrète à la plus grande préoccupation de la population suisse, à savoir l'augmentation des coûts de la santé. Au début, le Parti socialiste et Travail Suisse ont même reconnu son bien-fondé; je cite: "Le mécanisme proposé par le PDC est considéré comme ayant les meilleures chances de succès parmi toutes les propositions existantes et nouvelles en matière de politique de santé. C'est parce qu'elle s'attaque au coeur du problème: les coûts." Ce communiqué a été publié en décembre 2018, au moment où le Parti socialiste lançait sa propre initiative, à but social, sur l'allègement des primes, initiative complémentaire à celle du Parti du Centre.

Que s'est-il passé dès lors pour qu'il y ait un rejet généralisé de la part des autres partis, du Conseil fédéral et des principaux partenaires de la santé? La main sur le coeur, on nous oppose des généralités. Par exemple le fait de lier la question à l'évolution des salaires irait trop loin. Les facteurs comme le vieillissement de la population, les progrès techniques et médicaux et la conjoncture économique ne seraient pas pris en considération. Enfin tout cela conduirait à un rationnement des prestations.

Pire, certains milieux n'hésitent pas à dire qu'il n'y a pas de lien entre les coûts de la santé et l'augmentation des primes. On s'appuie aussi sur les réformes en cours et celles à venir pour dire que ces correctifs suffisent. Eh bien non, "es ist nicht so"! Voici quatre constats:

1. Les primes sont trop élevées. Rien n'a changé depuis le dépôt de l'initiative. Depuis plus de vingt ans, les primes d'assurance-maladie ont augmenté en moyenne de 4,5 pour cent par an, tandis que les salaires ont stagné. Une famille avec deux enfants paie en moyenne 1500 francs de primes d'assurance par mois, soit le 20 pour cent de son budget. Cette charge financière n'est plus supportable pour la classe moyenne.

2. Le système est paralysé. Je suis membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Je constate que chaque partenaire parle un dialecte différent. Personne ne veut faire des économies: ni médecins, ni hôpitaux, ni cantons, ni offices fédéraux, ni fabricants, ni pharmaciens, ni patients, personne!

En fait, l'habitude de travailler en silos et la défense de leurs prestations empêchent les partenaires tarifaires de coopérer davantage et de mettre en oeuvre des mesures d'économie efficaces là où c'est nécessaire. Pire, on sent de véritables champs de tension: cantons contre Confédération, fournisseurs de prestations contre assureurs, technologie médicale et surconsommation, liberté thérapeutique et rationalisation, et cela au détriment des patients et assurés que nous sommes tous. Ce qu'il manque, c'est peut-être un pilote dans l'avion.

3. Des solutions existent. On peut économiser des coûts inutiles sans réduire les prestations. Selon les experts mandatés par la Confédération, plus de 6 milliards de francs, soit 20 pour cent des coûts des soins de santé, sont gaspillés chaque année pour des traitements inutiles – je dis bien: inutiles – dans le seul domaine de l'assurance-maladie obligatoire. Des exemples? Vous savez tous qu'une opération en soins ambulatoires coûte en moyenne deux fois moins cher qu'en stationnaire. Et cela peut se faire dans de nombreuses situations inimaginables il y a quelques années encore. Je parle en connaissance de cause, puisque j'ai subi lundi passé une opération cardiaque avant de rentrer chez moi le soir. D'autres exemples? Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (EFAS) avec l'intégration des soins de longue durée ou l'article 47c de la LAMal, la transparence sur la qualité des prestations, la maîtrise des nouvelles technologies, la baisse des prix des médicaments, l'élimination des incitations négatives, etc.

4. Enfin, un blocage des réformes, voilà ce que l'on vit. Les deux dernières révisions de la LAMal votées par le Parlement présentent déjà de grosses lacunes: celle concernant les mesures d'économie avec des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité accorde une très faible place à la transparence des données et celle concernant la gestion des admissions accentue la pénurie de personnel médical. Quant aux paquets de mesures de la Confédération, débattus au Parlement, vous devez en convenir: on les a vidés de leur substance. Ne restent que des mesurette, telles que les projets pilotes ou l'envoi d'une copie de la facture aux patients. On ne s'est même pas entendu sur un système de régulation des prix des médicaments ou sur une structure tarifaire uniforme efficiente. On balance entre Tardoc et les soins ambulatoires. Quant au contre-projet indirect du Conseil fédéral, édulcoré par la Commission de la santé publique et de la sécurité sociale, il n'offre que des rapiécages, certes acceptables, mais bien insuffisants.

En conclusion, nous ne resterons pas seuls très longtemps, car la population comprendra facilement qu'en l'état, seule notre initiative permet de maintenir un système de santé de qualité et qui soit supportable pour tous.



Wasserfallen Flavia (S, BE): Seit 2009 wachsen die Prämien pro Kopf stärker als die Löhne und das Bruttoinlandprodukt. Das Kostenwachstum ist mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technologischen Fortschritt zu erklären, aber eben nur zum Teil. Und weil die Kostensteigerung eins zu eins auf die Prämien durchschlägt, werden

AB 2022 N 831 / BO 2022 N 831

die Haushalte Jahr für Jahr von einer immer grösseren Prämienlast erdrückt. Im Kanton Bern ist die mittlere Prämie in den Jahren 2000 bis 2020 von 1800 auf 3800 Franken gestiegen. Das bedeutet einen Anstieg von 110 Prozent und entspricht dem schweizweiten Anstieg. Auch im internationalen Vergleich schwingen wir obenaus. So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen an den Haushaltsausgaben, in der Schweiz am höchsten und liegt 2,3 Prozent über dem OECD-Schnitt. Auch wenn wir die Out-of-Pocket-Ausgaben anschauen, d. h. die direkt vom Patienten, von der Patientin getragenen Kosten wie Franchise, Kostenbeteiligung oder Kauf von Medikamenten, sehen wir, dass die Patientinnen und Patienten in unserem Land überdurchschnittlich belastet sind. Die Prämienentwicklung ist also ein Problem, die bereits sehr hohe Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Gesundheitskosten ebenso.

Die Einsparpotenziale im Gesundheitswesen, welche die Behandlungsqualität nicht gefährden, sind bekannt. Trotzdem passiert seit Jahren wenig bis nichts. Die Handlungsfelder befinden sich bei den hohen Medikamentenpreisen, beim zu tiefen Generika-Anteil, bei der fehlenden Koordination, bei Fehlbehandlungen, Überbehandlungen und der ungenügenden Digitalisierung. Spätestens seit dem Expertenbericht von 2016 ist klar, dass "ohne ein effektives Instrument zur Kostendämpfung ein weiterer Anstieg der Gesundheitsausgaben wie bisher zu massiven Zusatzlasten für die Bevölkerung führen kann. [...] Eine effektive Globalzielsteuerung kann die Zusatzbelastung infolge steigender Gesundheitsausgaben bei der OKP und der öffentlichen Hand langfristig in zumutbaren Grenzen halten."

Die darauf folgenden Kostendämpfungspakete und vor allem das Resultat unserer Entscheide sind bis heute, gelinde gesagt, ernüchternd. Mit wechselnden Allianzen zwischen den Gesundheitsakteuren wurden praktisch alle wirksamen Massnahmen versenkt oder auf die lange Bank geschoben.

Anstatt die Rechnungskontrolle effektiv zu stärken, haben wir lediglich beschlossen, dass die Versicherten eine Rechnungskopie erhalten sollen. Das steht ihnen eigentlich schon heute zu. Die Einführung eines Referenzpreissystems zur Senkung der Medikamentenpreise wurde ebenso versenkt. Eine wirksame Alternative, wie sie auch versprochen wurde, fehlt bis heute. Das Schicksal von Artikel 47c KVG, der die Tarifpartnerschaft stärken würde, bleibt offen. Mit diesem Artikel soll nicht nur der Preis der Leistungen verhandelt werden, sondern es sollen auch Massnahmen zur Entwicklung ihres Volumens einbezogen werden.

So stehen wir heute im Rahmen der Beratung des Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative vor der nächsten Gelegenheit, Massnahmen zur Kostensteuerung zu beschliessen. Ich möchte Sie einladen, diese Verantwortung wahrzunehmen und im Sinne des Gemeinwohls aus den Schützengräben hervorzukriechen. Das sind wir den Prämienzahlenden schuldig. Die Einführung von Kostenzielen, welche die demografische sowie die medizinisch-technische Entwicklung mitberücksichtigen, würde Transparenz bringen, sie würde ein Monitoring erlauben und dabei helfen, ungerechtfertigte Kostenanstiege frühzeitig zu identifizieren.

Ich möchte eine weitere Massnahme im Gegenvorschlag erwähnen, es ist der neue Artikel 46a Absatz 3. Wussten Sie, dass die Bruttoleistungen der Spezialisten in den vergangenen zehn Jahren von etwas über 3 Milliarden auf 7 Milliarden Franken angestiegen sind, während die Bruttoleistungen der Grundversorger im gleichen Zeitraum unverändert bei etwas über 3 Milliarden Franken geblieben sind? Urologen oder Gastroenterologen erreichen bereits vor dem Mittag den gleichen Umsatz wie der Grundversorger im gleichen Haus abends um 19 Uhr. Wenn wir hier die Möglichkeit einer Differenzierung der Taxpunktwerte einführen, dann könnten wir bei einer Unterversorgung, bei einem Fachkräftemangel eingreifen.

Ich bitte Sie, auch diese Massnahme einzuführen, auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten und die verschiedenen Massnahmen, die die Kommission beantragt, anzunehmen.

Bulliard-Marbach Christine (M-E, FR): Die Schweiz hat eines der modernsten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Darauf können wir mit Fug und Recht stolz sein. Aber dafür zahlen wir auch einen Preis, einen extrem hohen Preis. Und die Kosten steigen von Jahr zu Jahr weiter, viel schneller als die Löhne. Es sind die Familien in unserem Land, die diesen Preis zahlen, und für viele von ihnen ist die Grenze der Tragbarkeit überschritten. 15 000 Franken pro Jahr kostet die Krankenkasse für eine vierköpfige Familie. Das ist für viele schlicht nicht mehr tragbar. Als Folge droht ein Kollaps unseres bewährten Systems. Das würde heissen, dass die Grundversicherung nicht mehr alle heutigen Leistungen übernehmen kann. Die Konsequenz wäre eine Zwei-, Drei- oder Vierklassenmedizin, in der sich gewisse Bürgerinnen und Bürger Gesundheit nicht



mehr leisten können. Dies wollen wir um jeden Preis verhindern.

Auch künftig sollen sich alle Bürgerinnen und Bürger mit der Grundversicherung eine gute gesundheitliche Versorgung leisten können. Aber dafür müssen wir jetzt handeln und die enormen Kosten in den Griff bekommen. Wir alle wissen, dass es möglich ist, Massnahmen zur Senkung der Kosten zu treffen. Denn ein Fünftel der Kosten bringt keinen wirklichen Mehrwert. Diese Milliarden können wir einsparen, ohne Einbussen bei der Qualität. Sparpotenzial gibt es bei den Medikamenten, bei überflüssigen Therapien und auch bei ineffizientem Vorgehen im System.

Damit dies gelingt, müssen alle Verantwortlichen des Gesundheitssystems Verantwortung übernehmen. Es braucht eine Gesamtsicht. Nur wenn alle Akteure an einem Strick ziehen und gemeinsam Lösungen suchen, werden wir die Kosten in den Griff bekommen. Und genau diesen Auftrag kann das Volk mit der Kostenbremse-Initiative erteilen.

Es ist ein Auftrag an die Politik, gemeinsam mit den Akteuren Leitplanken zu setzen, wenn die Kosten weiter übermässig wachsen. Mit einem Ja zur Initiative werden die Akteure dazu verpflichtet, das Kostenwachstum zu bremsen und in eine Bahn zu lenken, die auch für die Familien und den Mittelstand erträglich ist.

Dandrès Christian (S, GE): Le précipice n'est pas loin pour des centaines de milliers de ménages des classes populaires, qui vont être frappés de plein fouet par la hausse des primes d'assurance-maladie pour l'année prochaine, car ces montants vont encore s'ajouter à l'inflation et à la flambée des prix de l'énergie. On peut imaginer que 10 à 15 pour cent du pouvoir d'achat sera perdu pour cette catégorie de la population. Il faut donc trouver des solutions politiques, mais pas n'importe lesquelles et surtout pas celles qui vont encore aggraver la crise sociale que traversent ces personnes. Le Centre propose ici une vieille tambouille néolibérale, celle du frein à l'endettement, et veut instaurer une sorte de moratoire sur la réponse aux besoins en soins.

C'est une proposition technocratique à souhait, puisque l'on veut arrimer les dépenses au PIB et aux salaires plutôt qu'aux besoins des assurés qui doivent être le mètre-étalon dans ce domaine. Et les besoins n'évoluent pas en parallèle des salaires.

La santé de la population dépend de plusieurs facteurs: le vieillissement de la population, évidemment, la question des conditions de travail – dont on parle assez peu –, la qualité de vie, qui dépend aussi de la situation sociale des ménages. Ces facteurs risquent de se détériorer beaucoup plus vite que l'augmentation du PIB et surtout que celle des salaires. Que propose le groupe du Centre? Rogner sur les prestations. En quelque sorte, soit les assurés vont devoir payer les soins de leur poche – directement ou avec des assurances complémentaires – soit ils seront tout simplement privés de soins s'ils n'ont pas les moyens de les payer.

En réalité, cette initiative prévoit une politique de rationnement pour les personnes qui n'ont que l'assurance de base. J'insiste sur cette question sociale, puisque nous ne sommes évidemment pas toutes et tous égaux dans le domaine des soins. Il y a des personnes qui n'ont pas les moyens de se soigner, qui doivent renoncer à des soins parce qu'elles ont dû prendre des franchises trop élevées, pour pouvoir payer les primes d'assurance ou à cause de la quote-part de dix pour cent sur les soins. Rationner les soins, c'est creuser encore plus cet écart entre les riches et les pauvres dont les

AB 2022 N 832 / BO 2022 N 832

conséquences se mesurent en années d'espérance de vie et surtout d'espérance de vie en bonne santé.

En fonction de la catégorie socioprofessionnelle à laquelle on appartient, la différence peut aller jusqu'à un cinquième. Le Centre passe totalement sous silence d'autres facteurs qui sont tout aussi décisifs sur le montant des primes d'assurance-maladie.

Tout d'abord, il y a le fait que les primes sont payées par tête, sans aucun lien avec la capacité financière des assurés. On doit relever que les dépenses de santé en Suisse correspondent à la moyenne de celles des autres pays européens: on est à 11,3 pour cent du PIB, ce qui est même moins que l'Allemagne.

Par contre, les primes sont insupportables pour les salariés à faibles et moyens revenus, parce qu'elles sont payées sans aucune distinction de revenu et de fortune. Il y aurait évidemment une solution très simple à cela, à savoir reprendre le modèle de l'AVS – qui est la seule véritable assurance sociale en Suisse – en fixant des primes en fonction d'un pourcentage de revenu. Cela permettrait aussi de faire payer aux employeurs une partie du financement des soins en rappelant que les mauvaises conditions de travail induisent des pathologies qui pèsent sur le bilan de l'assurance obligatoire des soins, sans que pour l'instant les employeurs aient à verser un seul centime à cette assurance. Le SECO avait fait des études, notamment en 2016, qui ont révélé que le seul stress au travail, qui n'est pas couvert par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, entraînerait des frais médicaux – donc des frais uniquement à charge de l'assurance obligatoire des soins – pour un montant de 1,4 milliard de francs par année.



J'aimerais également relever le fait que la droite veut imposer la frugalité, mais pas à tout le monde. Il y a des gagnants avec ce système: il y a bien sûr les pharmas, on en a parlé, mais il y a aussi des cliniques privées, dont on a moins parlé, qui peuvent pratiquer aux frais de l'assurance de base depuis une dizaine d'années. Il existe deux grands groupes de cliniques privées. La semaine dernière, le premier grand groupe de cliniques privées, Hirslanden, a publié sa marge bénéficiaire, qui a augmenté de 15 pour cent entre 2020 et 2021. Il y aura évidemment des dividendes qui seront versés. Ce n'est pas une situation que connaissent les hôpitaux publics, qui ont été asphyxiés alors que les conditions de travail du personnel se sont fortement dégradées, pour ouvrir un champ aux capitaux privés, surtout dans certains domaines rentables comme l'orthopédie, la néphrologie, ou autre. Evidemment, les conditions de travail ne sont pas les mêmes dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics. Auparavant – et je crois qu'on doit le rappeler –, les cliniques privées étaient financées par les seules assurances privées. Aujourd'hui, elles sont largement soutenues par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons. Les patients n'ont évidemment rien gagné avec tout cela, et notamment pas ceux qui souffrent de maladies chroniques ou de polymorbidité qui, lorsqu'ils vont voir des cliniques privées et que l'on constate que leur cas est trop complexe, sont renvoyés vers les hôpitaux publics.

Donc, pour soulager les ménages des primes trop importantes, il n'y a pas que des mesures à prendre concernant les rémunérations exagérées des spécialistes et des laboratoires. Il faut revoir complètement le système de financement de l'assurance de base, et la manière dont les frais de soins sont répartis.

Il faut surtout recommander le rejet de cette initiative, qui ajouterait aux problèmes actuels une couche de ségrégation sociale supplémentaire, ce dont la population n'a évidemment pas besoin, surtout dans cette période de crise.

Romano Marco (M-E, TI): Da vent'anni i premi di cassa malati hanno una sola tendenza e cioè quella di salire incessantemente. Un cittadino su quattro, quindi oltre 2,2 milioni di persone, nel nostro paese oggi non riesce più a fare fronte da solo a questa spesa. Il ceto medio è schiacciato, i salari stagnano e ora l'inflazione fa aumentare questa sofferenza. Oggi, costi per i premi di cassa malati che si aggirano intorno ai 15 000 franchi all'anno sono la realtà per tante famiglie composte da quattro persone.

La risposta della sinistra consiste a voler statalizzare il sistema, con un'economia pianificata e un aumento delle imposte. La destra ha da tempo rinunciato a sostenere ogni proposta di risparmio e fomenta solo il malcontento. L'Alleanza del Centro assume coraggio e responsabilità e, con questa iniziativa popolare, propone di introdurre un freno ai costi nella Costituzione. Non è nulla di nuovo, un meccanismo già noto nel nostro Stato, che ferma la crescita dei costi quando questi aumentano più del livello salariale medio. Con il freno all'indebitamento, ad esempio, abbiamo gestito in maniera ottimale i conti pubblici negli ultimi decenni, e ci siamo trovati pronti per affrontare la crisi legata alla pandemia.

Ma cosa sta succedendo in generale? I costi della salute aumentano di anno in anno, consumiamo su vari fronti, abbiamo uno dei migliori e più moderni sistemi sanitari del mondo, la popolazione invecchia, le possibilità mediche si moltiplicano. Tutti vogliamo il massimo e subito, quando ne abbiamo bisogno, il più vicino a casa possibile. Nessuno ha però interesse a risparmiare, né i medici, né l'industria farmaceutica, né gli ospedali, né il cittadino individualmente.

Tutti esigono di più, tutti vogliono trarre di più da questo sistema, tanto è la collettività che paga. In realtà sono i singoli cittadini che pagano le tasse e i premi di cassa malati. A pagarne le conseguenze è l'intero sistema che costa sempre di più.

Ecco quindi la nostra iniziativa, il cui obiettivo finale è andare al cuore del problema. Serve un meccanismo chiaro e rigido che scatta appena i costi sanitari aumentano di più del livello salariale. In questo caso la Confederazione, coi cantoni e con tutti gli attori del sistema, deve intervenire in maniera imperativa, sancendo delle misure che riducono i costi sanitari, obbligano a risparmiare ed eliminano sacche di inefficienza. Non si tratta di razionamento, non si tratta di medicina a due velocità – queste asserzioni sono totalmente fuori luogo –, ma si tratta invece di concretizzare misure di efficienza, ridurre qua e là i guadagni che crescono su tutti i fronti e rinunciare al superfluo, magari avere qualche studio medico o qualche macchinario in meno. Una minore capillarità è possibile, anche perché oggi ci si muove sempre di più.

La situazione odierna è veramente raccapricciante. Tutti aspettano che sia l'altro a fare il primo passo e nessuno vuole realmente risparmiare: trattamenti in eccesso, doppioni, falsi incentivi, strutture inefficienti – le distorsioni sono veramente troppe. Ci sono esperti che hanno calcolato tra il 10 e il 40 per cento il potenziale di risparmio dei costi a corto termine, senza dover scendere a compromessi sulla qualità delle prestazioni. Il medesimo Ufficio federale della sanità ha valutato un potenziale di aumento dell'efficienza, senza perdita di qualità, pari al 20 per cento; quindi sarebbero 6 miliardi di franchi all'anno che potremmo risparmiare.



Il fatto che il Consiglio federale proponga un controprogetto indiretto dimostra come la richiesta della nostra iniziativa popolare sia corretta e urgente. Disgraziatamente, il controprogetto è troppo debole, perché si basa su un approccio volontario. E abbiamo visto che puntando sulla volontarietà non succede niente. Nessuno ha un reale interesse a risparmiare, a non generare costi inutili e ad eliminare inefficienze, tanto il cittadino-paziente paga comunque sempre, direttamente e indirettamente.

Oggi tutti i fornitori, tutti gli operatori del sistema hanno troppa libertà e poco interesse a ridurre i costi. Il fatto che tutti siano contro la nostra iniziativa è la dimostrazione di come questa centri appieno la problematica. Serve un'azione collettiva, gestita da Berna, con i cantoni e gli attori del sistema. Tutti insieme devono fare un passo indietro, perché solo facendo un passo indietro si risparmia e solo risparmiando possono ridursi i premi e i costi per la collettività.

Suter Gabriela (S, AG): Unser Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt, und es ist krank; denn es ist eben auch eines der teuersten der Welt. Seit 1990 haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf mehr als verdoppelt. Das spüren wir auch im Portemonnaie. Wir zahlen heute doppelt so hohe Krankenkassenprämien wie noch vor dreissig Jahren, obwohl man heute längst nicht doppelt so viel wie in den

AB 2022 N 833 / BO 2022 N 833

Neunzigerjahren verdient. Vielmehr stagnieren die Löhne seit einiger Zeit. Diese hohen fixen monatlichen Ausgaben sind enorm belastend für einen grossen Teil der Bevölkerung. Es ist unsere Aufgabe im Parlament, hier Abhilfe zu schaffen.

Es fragt sich nun: Welches ist denn die richtige Medizin für unser krankhaft teures Gesundheitswesen? Wie bekommen wir die Kosten in den Griff, ohne Abstriche bei der Qualität machen zu müssen? Wie entlasten wir die Bevölkerung kurzfristig von den hohen Krankenkassenprämien? Das Rezept der Mitte-Partei ist leider das falsche. Die Initiative verlangt, dass die Gesundheitskosten und damit die Krankenkassenprämien nicht stärker wachsen dürfen als die Gesamtwirtschaft und die Löhne. So sollen die Ausgaben gebremst und damit die Krankenkassenprämien gesenkt werden.

Eine solche Koppelung der Gesundheitskosten an die Lohnentwicklung ist falsch. Die Lohnentwicklung und das Wirtschaftswachstum haben wenig mit den Gesundheitskosten zu tun, denn in einer Rezession sinkt zwar die Lohnsumme, nicht aber die Zahl der kranken Menschen. Die Initiative blendet die demografische Veränderung der Gesellschaft aus – die Menschen werden immer älter –, und sie blendet auch aus, dass es medizinisch-technische und therapeutische Fortschritte gibt.

Nein, ein solch starres Kostendach, wie es uns die Mitte-Fraktion vorschlägt, führt nicht zum gewünschten Ergebnis. Stattdessen müssten Leistungen rationiert werden, sodass Patientinnen und Patienten länger auf ihre Behandlungen warten müssten, mit fatalen Folgen für deren Gesundheit. Auch der Bundesrat warnt davor, dass eine solche Koppelung eine Rationierung der Leistungen zur Folge haben könnte.

Die richtige Medizin gegen die hohe Belastung der Menschen durch die Krankenkassenprämien, bei der keine Leistungen abgebaut werden müssen, ist, wie so oft bei wirksamen Therapien, eine ausgewogene Mischung. Wir müssen bei den Gesundheitskosten und der Finanzierung ansetzen. Konkret heisst das:

1. Wir müssen die Mittel sinnvoll einsetzen. Medizinisch unnötige Operationen, die heute bis zu 20 Prozent aller Eingriffe ausmachen, dürfen einfach nicht mehr sein; sie müssen gestrichen werden. Fehlanreize bei den Behandlungen müssen ausgemerzt werden. Das Prinzip "ambulant vor stationär" muss endlich eingeführt werden. Bei der Digitalisierung sind wir gegenüber anderen Ländern massiv im Rückstand. Die Medikamentenpreise in der Schweiz sind exorbitant hoch. In all diesen Bereichen müssen wir ansetzen, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

2. Wir müssen die Kosten fair und solidarisch verteilen. Es braucht eine Abschaffung der unsozialen Kopfprämien. Es braucht rasch eine stärkere Finanzierung der Gesundheitskosten durch die öffentliche Hand, und es braucht mehr Prämienverbilligungen.

Ich lade Sie deshalb bereits heute ein, die Prämien-Entlastungs-Initiative zu unterstützen, die wir in der dritten Sessionswoche beraten. Niemand soll mehr als 10 Prozent des Einkommens für Krankenkassenprämien ausgeben müssen. Die SP-Initiative ist eine Lösung für die steigenden Krankenkassenprämien, die die Menschen immer stärker belasten. Denn, wie gesagt, es braucht beides: gezielte Kostendämpfungsmassnahmen und eine kurzfristige Entlastung bei den hohen Prämien für Menschen mit tiefen und mittleren Einkommen.

Kamerzin Sidney (M-E, VS): Cela fait des années que la même recette miracle est servie aux habitants de ce pays après chaque annonce de hausses des primes: la prise de mesures ciblées, ponctuelles, pour corriger un système financièrement défaillant au bilan financier accablant. Les coûts de la santé à charge de l'assurance



obligatoire des soins ont triplé en l'espace de vingt ans, passant de 12 à 32 milliards de francs. Des coûts totaux qui correspondent à 12 pour cent du PIB, alors qu'il s'agit de 9 pour cent pour la moyenne des pays de l'OCDE qui nous entourent. Surtout, pour une famille avec deux enfants, il s'agit aujourd'hui de 15 000 francs de primes par année. Ce montant va, bien évidemment, encore augmenter de manière linéaire si nous n'agissons pas.

Un bilan financier accablant, auquel le Centre répond par le seul outil adéquat: un frein. Comme en matière de finances publiques, il y a lieu de fixer un système de frein aux dépenses constitutionnel, que les autorités et acteurs de la santé devront ensuite respecter et appliquer. Sans un tel mécanisme contraignant, les coûts, on le voit, sont incontrôlables. Cette solution est la seule à même de permettre au peuple de se sortir de cette spirale infernale continue, permanente, de l'augmentation des primes, pour financer un système de santé, certes à la pointe, mais incapable de s'autoréguler financièrement. Que répondent les opposants à cette initiative? Premièrement, que c'est en cours; ce qu'on dit chaque année après l'annonce de hausses des primes. Manifestement, cet argument ne porte plus. En tout état de cause, nous pouvons soutenir des mesures ponctuelles, des mesures ciblées, mais il faut les mettre en lien avec un objectif chiffré, un objectif contraignant. Deuxième argument avancé: il faut rationner, il faudra rationner; une réponse destinée à susciter la peur. Or, on le sait, selon l'expertise de 2019 citée dans le message commandé par l'OFSP, des économies de l'ordre de 6 milliards de francs par an, de 15 à 20 pour cent des coûts, sont possibles. Avant d'en arriver à un rationnement des prestations de santé, il y a énormément à faire. Enfin, on nous répond qu'il ne faut pas lier la question des salaires et la hausse des coûts. Et pourtant c'est bien ce qui est en jeu: les salaires moyens, les salaires de la classe moyenne financent les primes. C'est, au contraire, un excellent indicateur, peut-être le meilleur.

Ces arguments doivent être rejetés, ils n'apporteraient pas de solution à long terme. Les citoyennes et citoyens savent aujourd'hui que le système est financièrement défaillant, qu'ils devront en payer le prix à moins de dire stop et de trouver une solution efficace, celle qui est aujourd'hui sur votre pupitre.

Un point éloquent: nous avons toutes et tous été contactés, ces derniers jours, par les milieux de la santé, de tous bords: assureurs-maladie, prestataires, experts, médecins, pharmaciens, etc., et les lobbys s'activent autour de ce marché lucratif. Alors qu'ils ne s'entendent jamais lorsqu'il s'agit de limiter les coûts, les voilà tous regroupés, qui donnent de la voix à l'unisson lorsqu'il s'agit de combattre une initiative qui pourrait, pour une fois, être véritablement efficace.

Nous avons le choix aujourd'hui: céder aux lobbys, céder aux groupes économiques et financiers actifs dans le domaine de la santé, qui craignent manifestement pour leurs intérêts, ou, au contraire, agir enfin en faveur de la classe moyenne, en faveur des familles de notre pays, en faveur de la majorité de la population qui subit les dérives d'un système certes performant, mais qui n'a jamais réussi à s'autoréguler financièrement.

Si l'initiative populaire est acceptée, il sera mis fin à l'incapacité des acteurs du domaine de la santé à s'entendre, et l'intérêt de la classe moyenne et du peuple, qui est le premier et en définitive le seul à être vraiment impacté par l'augmentation des coûts de la santé et donc des primes, sera favorisé.

Paganini Nicolo (M-E, SG): Gerne gebe ich Ihnen zuerst meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Mitglied des Stiftungsrates einer Stiftung, die in der Ostschweiz Rehabilitationskliniken betreibt.

Die Ausgangslage der heutigen Debatte ist eigentlich klar. Wir haben eines der besten Gesundheitswesen der Welt, vielleicht das beste. Die Kosten bringen aber insbesondere den Mittelstand an seine Grenzen. Eine vierköpfige Familie zahlt heute pro Jahr rund 15 000 Franken für Krankenkassenprämien. Wir wissen es alle: Im Herbst droht erneut eine happige Prämiensteigerung, zusätzlich zum Anstieg der Lebenshaltungskosten infolge des schrecklichen Krieges in der Ukraine.

Der Handlungsbedarf kann also nicht in guten Treuen bestritten werden. Was aber ist zu tun? In meinem Umfeld bewegen sich zahlreiche Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und andere Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Sie alle machen einen tollen Job, und sie alle haben mich als Vertreter der Mitte-Partei kontaktiert, welche die vorliegende Initiative lanciert hat. Wir haben über diese Initiative gesprochen. Eigentlich war der Tenor immer der gleiche. Zuerst hiess es:

AB 2022 N 834 / BO 2022 N 834

Ja, die Gesundheitskosten sind ein Problem. Dann kam das grosse Aber: Immer war es eine andere Berufsgruppe, bei der man endlich handeln müsste.

Weil sich dieses Schwarzpeterspiel zudem bis ins Parlament fortsetzt, ist es auch mehr als ein Vierteljahrhundert nach Einführung des KVG nicht gelungen, wenigstens die Kostensteigerungen auf ein vernünftiges Mass zu senken. Viele Ideen liegen längst auf dem Tisch, allein, wir scheitern immer wieder an Partikularinteressen und zerstrittenen Verbänden. So gelingt es uns nicht, etwa das Effizienzsteigerungspotenzial von 6 Milliarden





Franken jährlich zu erschliessen, was ohne Abstriche bei der Qualität möglich wäre. Die Einführung des neuen Tarifsystems Tardoc steht exemplarisch für dieses Trauerspiel.

In einer solchen Situation hilft nur ein systemischer Ansatz, wie ihn die vorliegende Initiative durchaus in Anlehnung an die erfolgreiche Schuldenbremse des Bundes verfolgt. Die Initiative lässt zwar weitere Kostensteigerungen zu, koppelt diese aber an die Entwicklung der Nominallohne. Das ist sachgerecht, denn mit diesen Nominallohnen muss Familie Schweizer ja auch die Krankenkassenprämien bezahlen.

Zum Schluss hilft vielleicht noch ein bildlicher Vergleich: Sie können zwar bei einem auf der heissen Herdplatte stehenden Dampfkochtopf mit dem Ventil vorübergehend Druck reduzieren, aber wirklich weg geht der Druck nur, wenn Sie das Feuer unter dem Topf reduzieren. Es ist höchste Zeit, dass wir bei den Gesundheitskosten mit dem Da-und-dort-ein-wenig-Dampf-Ablassen aufhören, dass wir vielmehr das Feuer unter dem Kochtopf reduzieren und uns damit endlich um die Ursachen der Prämienanstiege kümmern. Ansonsten passiert mit unserem Gesundheitswesen irgendwann das, was auch mit dem stärksten Dampfkochtopf passiert: Er wird explodieren!

Matter Michel (GL, GE): Quand on s'intéresse à une initiative, on va voir ce que les initiants disent. Alors je suis allé ce matin sur le site Internet du Centre, dans la rubrique "Nos priorités", puis dans la sous-rubrique "Initiative pour un frein aux coûts". Et que lis-je? Il est écrit: "Depuis des années, les primes d'assurance maladie augmentent d'environ 5 pour cent par an". Eh bien non! elles n'augmentent pas de 5 pour cent par an, malgré ce que disent les initiants, puisqu'entre 2017 et 2020, nous sommes plutôt à moins de 2 pour cent, ce qui est en deçà de ce qu'avaient prédit, il y a quelques années, les experts, qui misaient sur une augmentation de 3 pour cent à l'horizon 2025. Donc, dire qu'elles augmentent depuis des années de 5 pour cent, cela ne va pas, et même si l'on prend la période 2012–2016, on observe une augmentation de 4 pour cent et pas de 5 pour cent.

Quand dans le titre d'une initiative on parle à la fois de "primes plus basses" et de "frein aux coûts", on fait un lien entre les primes et les coûts. Or si, dans notre pays, l'évolution des primes suivait celle des coûts, alors les primes ne seraient jamais aussi hautes, puisque souvent elles augmentent deux fois plus vite. Je rappelle que les primes sont fixées sur la base d'estimations qui ne reflètent aucunement la réalité; ce ne sont que des estimations.

Et puis, en Suisse, on charge de plus en plus l'assurance obligatoire des soins. On veut l'ambulatoire avant le stationnaire, on veut un ambulatoire hospitalier de plus en plus grand; il y a une explosion de l'ambulatoire hospitalier depuis 2012 en lien avec les DRG, puisque les séjours doivent être de plus en plus courts. Donc il y a de l'ambulatoire avant et après les hospitalisations.

Quand on dit que, oui, cette année il y aura une augmentation des primes, quand on pointe du doigt les physiothérapeutes, avec plus 17 pour cent d'augmentation, eh bien peut-être qu'on peut se poser la question de savoir si la population va bien ou mal ou si elle en a peut-être plein le dos.

Je rappelle que 62 pour cent du système de santé n'est pas couvert par les primes. Nous devons protéger notre système de santé car il est l'un des meilleurs du monde en matière d'accès et de qualité. Je rappelle ici qu'un tiers des coûts est payé par les primes, un tiers par l'impôt et bientôt un tiers par le "out of the pocket", c'est-à-dire directement par les gens; nous sommes, en comparaison mondiale, un des exemples les plus terribles pour cela.

Vous le savez, je suis médecin, président de l'Association des médecins du canton de Genève. Vous m'entendez souvent parler de rationnement quand on parle de budget global, eh bien, je vais citer le Conseil fédéral qui a osé utiliser le mot "rationnement". Lorsqu'il définit l'initiative pour un frein aux coûts, il dit: "Des règles rigides en matière de dépenses conduisent à un rationnement."

Cette initiative ne tient compte ni du vieillissement de la population, ni des progrès techniques et médicaux, cela a été souligné ce matin, ni de la conjoncture, c'est-à-dire par exemple d'une pandémie ou d'une guerre, et même pas de l'inflation qui entraînera très probablement une hausse des salaires. On parle de la santé des citoyennes et des citoyens; on ne joue pas avec la santé des citoyennes et des citoyens, on ne rationne pas.

Et puis, si l'on parle de milliards, on pourrait évoquer les réserves qui ont explosé ou même la Bourse, puisque depuis vingt – eh oui, depuis vingt ans – dans ce pays, quand la Bourse va mal, les primes explosent. Je vous laisse voir le graphique présentant la hausse ou la baisse des primes et faire la comparaison avec l'évolution de la Bourse.

Vous l'aurez compris, il faut recommander le rejet de cette initiative populaire.

Et puis, le Parlement peut agir. Il peut agir par rapport au financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières, le projet EFAS, qui date déjà de plus de dix ans et qui semble bloqué au Conseil des Etats.

Je dirai encore un ou deux mots sur la clause du besoin qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2021 et que les



cantons doivent mettre en oeuvre jusqu'au 1er juillet 2023, qui représente une angoisse gigantesque pour les jeunes médecins, pour la relève et pour la formation.

Un dernier mot sur le Tarmed: certains veulent agir sur un tarif qui est désuet, obsolète, dépassé, qui a plus de dix-huit ans. Le Tardoc est prêt, il serait temps de s'en saisir.

Binder-Keller Marianne (M-E, AG): Gerne möchte ich hier einmal grundsätzlich festhalten, dass ich dankbar für den hohen Standard unseres Gesundheitssystems bin. Ich bin dankbar, dass ich davon profitieren kann, dankbar auch für die Selbstverständlichkeit, mit welcher ich es beanspruchen kann, mit welcher wir alle diese Leistungen beanspruchen können. Wir können darauf vertrauen, dass uns bei unseren gesundheitlichen Problemen geholfen wird. Die obligatorische Krankenversicherung hat dafür den Grundstein gelegt. Sie ist aber gleichzeitig wohl eine der Ursachen der steigenden Kosten. Denn in einem System, in welchem Leistungen grundsätzlich bezahlt werden, fühlt sich ja niemand ernsthaft verantwortlich dafür, als Patientin oder als Patient diese Leistungen nicht zu beanspruchen oder als Akteur in diesem Bereich die Kosten dafür zu senken. Deshalb richtet sich unsere Initiative eben nicht an einzelne Akteure, sondern an alle zusammen, inklusive der Patienten. Wir wollen bei einem bestimmten Anstieg der Gesundheitskosten eine Kostenbremse, analog zur Schuldenbremse. Wir wollen das Einsparpotenzial gesamthaft beurteilen, also so, dass alle Akteure in die Verantwortung gezwungen werden.

Ich habe mich deshalb immer für die Bedürfnisse der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen interessiert. Ich wollte im Speziellen auch wissen, wo Möglichkeiten zu Einsparungen bestünden – wer kann das besser wissen als die Akteure selber? Ich habe mich mit Pflegerinnen und Pflegern unterhalten, mit Hausärztinnen und Hausärzten, mit Ärzten und Ärztinnen in Spitaleinrichtungen, mit den Leitungsorganen in diesen Institutionen, mit Akteuren in der Forschung. Alle machten Vorschläge zu Optimierungen bei den Kosten, ohne dass die Leistungen abnehmen würden – im eigenen Bereich, aber eben auch in anderen Bereichen.

Dass die Kosten im Gesundheitswesen explodieren, kann niemand negieren. Das hat mit der Demografie zu tun, mit der Anspruchshaltung des Einzelnen und vor allem auch damit, dass das Einsparpotenzial nie ganzheitlich betrachtet wird. Darauf zielt unsere Initiative ab. Wir kennen die Massnahmen, aber wir definieren sie nicht. Wir wollen, dass diese Massnahmen in einer Gesamtsicht aller Akteure getroffen werden; dies deshalb, weil wir den Handlungsspielraum von

AB 2022 N 835 / BO 2022 N 835

Bund, Kantonen, Krankenversicherungen und Leistungserbringern in keiner Weise einschränken wollen. Aber wir können uns der Tatsache nicht verschliessen, dass die Akteure im Gesundheitsbereich schon dazu neigen, den eigenen Garten zu bewirtschaften. Das gilt auch für uns als Patientinnen und Patienten.

Bei meinen von mir erwähnten Gesprächen hatten alle Akteure konstruktive Vorschläge, wie in ihrem Bereich zu handeln und wie bei Leistungen zu sparen sei. Alle wussten, wo zu sparen ist. Ein kleines Beispiel sind die Medikamentenabfälle pro Jahr. Es geht um den Überschuss an Medikamenten, um Medikamente, die weggeworfen werden müssen. Gemäss der Sondermüllstatistik des Bundes sind das 4000 Tonnen pro Jahr.

Zusammengefasst: Wir wollen kein Globalbudget, wir wollen lediglich eine Optimierung des Sparpotenzials. Die medizinische Leistung bleibt gleich; die Verantwortung liegt bei allen zusammen. Unsere Volksinitiative fordert keine Rationierung der medizinisch notwendigen Leistungen, im Gegenteil: Sie soll dazu anregen, dass wir uns alle miteinander aktiv über medizinisch notwendige Leistungen Gedanken machen. Sie alle, wir alle sind Akteure im Gesundheitswesen, zumindest als Patientinnen oder Patienten. Wir sind eigentlich die Spezialisten, wenn es darum geht, Leistungen abzurufen oder nicht. Niemand kann von sich behaupten, dass es nicht auch bei ihm, bei ihr ein Einsparpotenzial gibt.

Unsere Initiative will das Herumschieben der Verantwortung bremsen. Dieses Herumschieben führt zu einer Stagnation bei der Lösungssuche und zu einer Explosion der Kosten. Unsere Initiative für eine Kostenbremse löst den gordischen Knoten.

Ich bitte Sie also, die Annahme der Initiative zu empfehlen.

Moret Isabelle (RL, VD): Plus de transparence et plus de qualité; ce sont les deux piliers qui permettront une meilleure maîtrise des coûts. Actuellement, notre système de santé est très compliqué et extrêmement opaque. Après seize ans passés au Parlement et plusieurs années au sein de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, franchement, je me demande qui maîtrise vraiment tous les aspects de ce dossier. Or, plus de transparence permettrait un meilleur pilotage et la prise de meilleures décisions.

J'aimerais vous expliquer ce système opaque à l'aide de quelques exemples. Premièrement, nous avons un mélange de compétences entre la Confédération et les cantons. Chaque année, le ministre de la santé vient



expliquer à la population l'augmentation des primes et tout le monde pense qu'il en est le seul responsable. Or, je rappelle que les cantons ont la compétence de l'approvisionnement en soins. Ils sont donc responsables, pour une bonne partie, des coûts de la santé et, en particulier, de leur augmentation. Si les coûts de la santé augmentent, les primes augmentent.

Un autre point obscur tient aux nombreux acteurs qui sont impliqués, avec des intérêts différents et qui sont souvent représentés au Parlement, ainsi que dans les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique. Vous le savez: à chaque fois que je prends la parole, je rappelle que je préside H plus, l'association des hôpitaux de Suisse. Pourtant, je suis souvent étonnée que d'autres acteurs de la santé, eux, ne rappellent pas quels sont leurs intérêts, en particulier en commission. Mes collègues les écoutent sans se rendre compte qu'ils sont en train de porter un intérêt particulier.

Autre exemple d'opacité, commençons par le Tarmed. Comment le Tarmed a-t-il été construit? Le Tarmed permet un remboursement sur la base de l'assurance obligatoire des soins. C'est une assurance qui est obligatoire, c'est une assurance qui est sociale, qui est payée par tous. Mais, à la fin, connaît-on vraiment en Suisse le revenu moyen d'un généraliste, basé sur les remboursements de l'assurance obligatoire des soins? Connaît-on vraiment le revenu moyen d'un spécialiste en fonction des différentes spécialités, basé sur l'assurance obligatoire des soins? On ne le sait pas. Pourtant, nous avons vraiment voulu au sein du Parlement favoriser la médecine de premier recours et les généralistes.

Parlons encore d'autre chose; parlons du Tardoc. Le Tardoc a fait l'objet d'un rapport d'examen qui ne peut pas être publié, cela à la demande des personnes qui ont déposé le Tardoc. Pourtant, ce rapport d'examen extrêmement intéressant démontre le travail effectué par l'Office fédéral de la santé publique pour examiner ce tarif. C'est un très gros document, vraiment complet, incluant beaucoup de remarques. Là aussi, plus de transparence permettrait une publication de ce rapport, qui a d'ailleurs été demandée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, afin que tout le monde puisse juger et comprendre le travail qui a été effectué.

Un des points soulevés dans le rapport montre que le Tardoc n'est pas basé sur des données transparentes. Par exemple, il n'y a pas de comptabilité analytique uniforme dans l'ambulatoire, une comptabilité analytique que l'on pourrait exiger de la médecine en cabinet et de l'ambulatoire hospitalier. Seule une comptabilité analytique permettrait vraiment de construire un tarif qui soit basé sur les coûts. Mais quel acteur de la santé voudrait vraiment faire un effort? Quand on regarde les associations d'assureurs-maladie, je me demande vraiment si elles défendent les assurés, si elles souhaitent véritablement une diminution des coûts. Nous avons essayé aussi d'agir sur le prix des médicaments. Qui défend vraiment une diminution du prix des médicaments? Qui défend vraiment une importation directe des génériques?

L'initiative populaire part d'un autre principe. Elle propose une solution globale. Cela été dit à plusieurs reprises, son application risquerait d'aboutir à une médecine à deux vitesses. J'aimerais relever que cette initiative a le mérite de mettre le Parlement au pied du mur afin qu'il trouve des solutions, parce que ce n'est pas une solution globale qui sera la bonne, mais plusieurs solutions qui feront mal un peu à tout le monde.

Et, pour cela, une transparence est nécessaire.

En tant que présidente de H plus, j'ai souhaité apporter ma pierre à l'édifice en matière de transparence par la création de forfaits dans le domaine ambulatoire, qui doivent permettre une plus grande transparence pour les patients mais aussi dans la surveillance des coûts.

Wyss Sarah (S, BS): Das Teuerste im Gesundheitswesen ist die Krankheit, und es ist für mich völlig unverständlich, dass wir immer noch so wenig in die Gesundheit investieren – in die Prävention, in die Nachsorge, in die Vorsorge. Es würde uns viel weniger kosten und wäre auch besser für die Menschen. Ich erwähne das nur als Vorbemerkung.

Ich möchte gerne etwas zur Kostenbremse-Initiative der CVP bzw. jetzt Mitte-Partei sagen. Die Mitte-Partei hat sich verrannt, und zwar sehr gewaltig. Ihr Wahlkampfmittel von 2019 ist nicht nur untauglich. Es ist brandgefährlich und kontraproduktiv. Frau Binder sagte vorhin gerade, es sei eine Anregung für Optimierungen. Ein Verfassungsartikel ist keine Anregung für eine Optimierung, sondern ziemlich klar in der Verfassung verankert. Die Initiative will sich am Wirtschaftswachstum und an den Löhnen orientieren. Bis heute habe ich niemanden gehört, der mir erklären kann, was die Gesundheit mit dem Wirtschaftswachstum konkret zu tun hat. Vielmehr wurde hier unterstrichen, dass das Kostenwachstum eine Problematik sei. Ja, das Kostenwachstum ist eine Problematik, und wir müssen etwas tun, beispielsweise die Haushalte entlasten, denn letztlich sind gerade auch die Prämien Kopfsteuern, wenn man so will. Sie machen nicht die gesamten Gesundheitskosten aus. Sie sind aber unsolidarisch und widersprechen in einem gewissen Masse auch der Verfassung, die klar sagt, dass jeder Mensch nach seiner Wirtschaftlichkeit besteuert werden soll.



Wir müssen also bei der Finanzierung bzw. beim Finanzierungsmechanismus ansetzen. Ich glaube, wir werden am Donnerstag dazu kommen. Gleichzeitig müssen wir natürlich auch beim Kostenwachstum ansetzen. Da gebe ich der Mitte-Fraktion recht. Wir sollten aber nicht blindlings, wie hier vorgeschlagen, irgendeinen Faktor für einen Wachstumspfad nehmen. Wir müssen gezielt Massnahmen ergreifen, welche die Qualität der Behandlung nicht einschränken, aber unnötige und mit finanziellen Fehlanreizen gespickte Behandlungen verhindern.

AB 2022 N 836 / BO 2022 N 836

Faktoren, bei denen man nicht ansetzen sollte, die aber die Versorgungsqualität auch verschlechtern, sind beispielsweise der soziodemografische Wandel und der technologische Fortschritt. Für diese müssen wir etwas in Kauf nehmen.

Trotzdem eine gute Nachricht: Wir können etwas gegen das Kostenwachstum tun, es wurde heute schon oft gesagt. Es gibt bei der Versorgung tatsächlich Sparpotenzial ohne Einbussen, beispielsweise bei finanziell lukrativen, aber medizinisch unnötigen Eingriffen wie gewissen Kniearthroskopien; hier müssen wir regulieren. Nicht nur bei den Leistungen der hochspezialisierten, sondern auch bei solchen der spezialisierten Medizin müssen wir zentralisieren. Wir müssen die Grundversorgung stärken. So ginge die Liste weiter. Für all diese Massnahmen braucht es konkrete Regulierungen und nicht einen Mechanismus, der die Unter- und Überversorgung fördert und nichts zu einem besseren und bezahlbaren Gesundheitswesen beiträgt.

Ein qualitativ hochstehendes und bezahlbares Gesundheitswesen ist möglich. Aber wir müssen schon an den richtigen Schraubchen drehen. Diese Initiative tut es definitiv nicht. Der Gegenvorschlag – damit schliesse ich – ist schon etwas besser und beinhaltet konkrete Massnahmen, einige weniger sinnvolle, einige sinnvollere. Deshalb lehne ich die Initiative aus Überzeugung ab und kann dem Gegenvorschlag zustimmen.

Siegenthaler Heinz (M-E, BE): Es wurden hier mehrmals Interessenbindungen bekannt gegeben. Um auch noch etwas Originelles dazu beizutragen, möchte ich mich als einen in der Realität Angekommenen bezeichnen. Als kleiner Junge, als junger Mensch habe ich immer geglaubt, die Hauptaufgabe und die einzige Aufgabe des Gesundheitswesens sei es, kranke Menschen gesund zu machen. Nun musste ich, auch durch eigene Erfahrung, erkennen, dass das Gesundheitswesen auch eine Geldmaschine ist, bei der es nur ein Gaspedal zu geben scheint und bei dem eine Bremse komplett fehlt. Daher braucht es eben die Kostenbremse-Initiative.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, konkrete Massnahmen in den Verfassungstext zu schreiben, um den Beteiligten grösstmöglichen Freiraum zu geben. Das ist genau das Gute an dieser Initiative. Es ist eben nicht so, wie jetzt hier oft gesagt und behauptet wurde, dass die Initiative eine Rationierung von Leistungen oder ein Globalbudget fordert. Sie regt an, sich durchweg Gedanken zu machen, welche Leistungen wirklich notwendig sind. Sie finden im Initiativtext auch keinerlei Forderungen nach einem Globalbudget.

Wir schaffen eine Zielvorgabe. Diese soll alle Beteiligten zu einer stärkeren Kooperation verpflichten. Wir lassen den Tarifpartnern jedoch die Freiheit, Sparmassnahmen, Effizienzverbesserungen und weitere Massnahmen dort umzusetzen, wo sie es am besten für möglich halten. Der Bund soll erst dann eingreifen, wenn die Tarifpartner nicht in der Lage sind, diese Möglichkeiten zu nutzen und Kostendämpfungsmassnahmen durchzusetzen. Das ist eigentlich der Kern dieser Initiative. Es handelt sich eben, analog zur Schuldenbremse, um eine Kostenbremse. Die Schuldenbremse ist, das wissen Sie, beim Volk sehr gut angekommen und hat über Jahre sehr gute Wirkungen erzielt.

Ich habe es gesagt: Ich bin in der Realität angekommen. Da ich hier drin eine grosse Zahl von Bedenkenträgern und Bedenkenträgerinnen gehört habe, die versucht haben, unsere Initiative schlechtzureden, befürchte ich, dass wir auch dieses Mal nicht weiter vorankommen und die Kostendämpfung im Gesundheitswesen und damit auch die Prämienstabilisierung nicht erreichen können.

Dazu erinnere ich noch an unseren gestrigen Beschluss: Gestern hat die Mehrheit hier im Parlament beschlossen, ganz viele Medikamente auf Halbe zu kaufen, am gleichen Tag oder in der gleichen Zeit, in der ganz viele derselben Medikamente bzw. Impfstoffe im Datum abgelaufen waren und entsorgt werden mussten.

Bekanntlich sind wir alle voller guter Wünsche und Ideen. Doch wenn wir krank sind, haben wir nur einen Wunsch: gesund zu werden. Das macht uns blind. Sicherheitshalber sagen wir deshalb bei vielen Massnahmen: Es ist gescheiter und vorsichtiger, wenn wir das so machen.

Ich bitte Sie daher, immer auch die Sicht der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler im Auge zu behalten und daher unsere Initiative zu unterstützen.

Bendahan Samuel (S, VD): Je vous propose de réfléchir à une question assez simple. Quel est le point commun entre les initiatives populaires hypothétiques suivantes: une initiative qui propose simplement d'inscrire dans la Constitution qu'on arrête le réchauffement climatique maintenant; une initiative qui propose de sup-



primer le Covid-19; une initiative qui propose qu'il pleuve trois jours par mois et puis qu'il fasse beau le reste du temps et une initiative qui demande que l'on stoppe l'augmentation des coûts de la santé? Quels sont les points communs de ces demandes?

Globalement, ce sont des choses que l'on peut vouloir faire. Qui peut être contre la suppression du Covid-19? qui peut être opposé à ce qu'il fasse le temps qu'il faut? qui peut être contre l'arrêt de la hausse des coûts de la santé? Personne. Cette initiative ne permet rien de plus que de déclarer une chose avec laquelle on est d'accord et elle nous confronte à une question simple: comment?

L'absurdité du texte de l'initiative populaire est la suivante. Il est écrit que si les coûts augmentent plus que dans une certaine mesure fondée sur les salaires, alors là il faut freiner les coûts de la santé, là il faut prendre des mesures! Mais pourquoi devrait-on attendre que les coûts explosent pour le faire? N'est-ce pas un objectif noble que de vouloir stopper l'augmentation des coûts de la santé à tout moment, quel que soit leur niveau?

Ne doit-on pas éviter les coûts lorsqu'ils sont excessifs, dans tous les cas? C'est cela la réelle question. Notre mission en tant que Parlement, notre mission en tant que personne engagée en politique est de s'assurer que chaque franc dépensé dans le secteur de la santé apporte quelque chose de suffisant à la société. Si ce n'est pas le cas, cet argent ne doit évidemment pas être dépensé. Le problème du texte de l'initiative est qu'il prévoit de baisser les coûts, mais sans apporter de proposition. Or le secret pour réussir ce que nous voulons faire n'est pas de dire ce que nous voulons faire, mais de trouver des mesures concrètes. Dans ce sens, on peut saluer le contre-projet. Il ne parviendra bien sûr pas à lui seul à freiner les coûts de la santé; à lui seul, il ne règlera pas le problème dont on discute aujourd'hui. Mais le contre-projet, au moins, énumère un certain nombre de mesures qui ont pour objectif de réduire les coûts de la santé et qui sont relativement concrètes. Toutefois, le manque d'ambition de ce contre-projet montre à quel point il est difficile de le faire.

Réduire les coûts de la santé, ce n'est pas seulement proposer des baisses de coûts. C'est le faire en trouvant les poches dans lesquelles il y a effectivement des facturations excessives, des gens qui peut-être profitent d'une situation, sans accabler toute une profession, sans accabler toute une série de comportements humains. En effet, il faut le rappeler: dans le secteur de la santé, l'essentiel des personnes et des acteurs sont des gens de bonne foi, qui se battent par conviction, qui font un métier parfois par vocation – et parfois dans des conditions très difficiles. Les mesures globales prises par exemple pour réduire les coûts de la santé peuvent avoir un impact sur ces gens qui ont fait de la santé leur vie, et du bien-être des autres leur vocation.

Il est donc nécessaire de trouver des mesures qui touchent les personnes dans le domaine de la santé qui effectivement encaissent ou coûtent trop, sans affecter la qualité du système de soins et sans affecter les personnes qui font leur travail de bonne foi et dont la rémunération est justifiée. Les propositions qui sont donc faites dans le contre-projet vont un peu dans ce sens, ne serait-ce que par rapport aux mesures liées à la transparence ou aux conventions tarifaires, tout comme la proposition de la minorité de créer une commission fédérale des coûts et de la qualité qui évaluerait l'évolution du système de santé.

Bien que l'initiative ne doive à mon avis pas être acceptée, je salue le fait qu'elle ait permis au Parlement d'élaborer un contre-projet qui apporte des propositions concrètes.

Le groupe socialiste soutiendra évidemment ce contre-projet, mais en rappelant un élément qui reste essentiel: lutter

AB 2022 N 837 / BO 2022 N 837

contre la hausse des coûts de la santé, c'est lutter contre une série de privilèges problématiques qui existent dans ce milieu, où certains coûts sont extrêmement élevés, ce qui est aussi lié au fait que, malheureusement, le système de santé n'est pas exempt de recherche de profit. C'est lorsque des profits excessifs sont faits que l'on peut trouver où améliorer la situation en matière de coûts de la santé. Malheureusement, cette initiative ne va pas dans cette direction. Toutefois, nous saluons le fait de pouvoir peut-être, grâce à ce contre-projet, limiter un peu les coûts de la santé et exercer un peu de pression sur certains acteurs qui ont tendance à pousser ces coûts à la hausse.

Globalement, rappelons-le, la santé, avant d'être un coût est un actif, un avoir, un bien commun. Ce bien commun a beaucoup plus de valeur que toutes les considérations financières que nous avons pu faire jusqu'à maintenant. Car de la santé de la population dépend réellement son bien-être global.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Die Initiative der Mitte-Partei fordert, dass der Bund die Gesundheitskosten entsprechend der Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen regelt. Dazu soll eine Kostenbremse eingeführt werden. Die Initiative vermittelt damit das Gefühl, dass es eine optimale Entwicklung der Gesundheitskosten gibt. Diese entspräche der Entwicklung der Löhne, nicht mehr und nicht weniger. In der Konsequenz würde das bedeuten: Wenn sich die Kosten unter jenen der Gesamtwirtschaft entwickeln, muss



der Bund Massnahmen ergreifen, damit sich die Kosten wieder entsprechend der Wirtschaft entwickeln. Wenn sich die Kosten aber überdimensioniert entwickeln, hätte das wiederum zur Folge, dass der Bund eingreifen müsste. Wo er dies aber tun muss, verschweigen die Initiantinnen und Initianten.

Natürlich hat das Volk ein Interesse an tiefen Kosten. Aber ich glaube, das Volk hat ein grösseres Interesse daran, dass das Gesundheitssystem effizient und effektiv ist und dass wir als Regulator im Gesetz keine Fehlanreize setzen.

Wenn wir jetzt einfach ein Kostendach festlegen, hätte das eine Rationierung der Leistungen zur Folge. Man müsste dann bestimmen, welche Behandlungen nicht mehr bezahlt und welche noch bezahlt würden, um ein fiktives Kostendach zu erreichen. Das wäre nicht im Sinne der Volksgesundheit.

Ich bin der Überzeugung, dass es andere Massnahmen braucht, um das System wirklich effizienter, effektiver und ohne Fehlanreize auszugestalten. Ich sehe vor allem Potenzial in der Digitalisierung. Wenn ich von Digitalisierung spreche, meine ich nicht, dass wir einfach alles in einem PDF-Ordner ablegen, sondern dass wir wirklich das Potenzial der Daten erkennen. Mit Daten ermöglichen wir mehr Innovation, denn gerade die Pharma besitzt sehr wenige Daten im Verhältnis zur Tatsache, dass sie eigentlich sehr viele Innovationen produziert. Ich denke, dass wir über enormes Potenzial in der Innovation verfügen, wenn wir es hier schaffen, beispielsweise die Daten der Pharma zugänglicher zu machen, ohne dass der Datenschutz verletzt wird. Dies würde mit anonymisierten Daten gelingen.

Ich glaube aber auch, dass es sich im gesamten Bereich der sogenannten Customer Journey – also anlässlich eines Anliegens von mir als Patient – fragt, wieso ich nicht einen Online-Arztbesuch beanspruchen kann. Ich bekomme eine E-Medikation; die Bestellung geht direkt in die Versandapotheke, und die Rechnung geht direkt online an die Krankenkasse und wird mir auf dem Bankkonto belastet. Das sind für mich Themen, bei welchen wir in der Schweiz zu wenig weit sind und der Fortschritt leider ausgeblieben ist. Da erhoffe ich mir, dass wir in Zukunft einen Innovationsschub erreichen.

Die Digitalisierung und vermehrte Nutzung von Daten hilft uns auch, die Silos aufzubrechen. Das Gesundheitssystem funktioniert heute noch zu stark in einzelnen Silos.

Auch wenn es darum geht, die Finanzierung der ambulanten Behandlung und der stationären Behandlung gleich zu handhaben, sind wir in der Politik leider immer noch nicht vorwärtsgekommen. Um Fehlanreize zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass es weniger Übernachtungen in den Spitälern braucht und somit die Kosten gesenkt werden, wäre es richtig, immer öfter auch ambulant zu behandeln.

Wir brauchen auch Massnahmen im Tarifbereich. Die Ärzte arbeiten mit Tarifen, die über zwanzig Jahre alt sind. Das Kostenwachstum ist enorm. Da hoffe ich sehr, dass die Player im Gesundheitswesen, die alle ihre Interessen haben – ich habe im Übrigen keine Interessenbindung im Gesundheitsbereich –, sich endlich an einen Tisch setzen und sich darauf einigen können, die Tarife zu erneuern. Neben neuen Tarifen braucht es auch Pauschalen. Wir sollten dort, wo es möglich ist, mit Pauschalbeiträgen arbeiten, sodass es auch einen Anreiz gibt, effizienter zu arbeiten.

Last, but not least bin ich auch der Überzeugung, dass wir im Gesundheitssystem die Eigenverantwortung stärken müssen, beispielsweise indem man auch eine höhere Franchise abschliessen kann. So müssen die Menschen, die selber für ihre Gesundheitskosten, für die Prävention aufkommen, nicht diesen sehr starken Anstieg der Prämien mitfinanzieren. Ich glaube auch, dass wir die Silos aufbrechen müssen. Die Apotheken sollen mehr Kompetenzen erhalten, um niederschwellige Behandlungen dort machen zu können, wo es am effizientesten und effektivsten ist.

Sie hören, es gäbe viele Ideen, das Gesundheitssystem besser und auch kosteneffizienter zu machen. Also lassen Sie uns über diese Ideen diskutieren, streiten, sie vorwärtsbringen. Doch ein Globalbudget, das einfach nur eine optimale Kostenzahl vorgibt, aber nicht mehr, hilft in dieser Debatte nicht weiter.

Maitre Vincent (M-E, GE): Lorsqu'on veut abattre son chien, on dit qu'il a la rage. Alors, c'est avec une certaine tendresse que j'observe depuis ce matin que, tous en chœur, vous nous dites qu'il est urgent de ne surtout rien faire. Et pourtant, les constats sont accablants: notre système de santé et de soins est de toute évidence malade, puisque l'augmentation des primes d'assurance-maladie est, dans la plupart des cas, décorrélée de l'augmentation des coûts de la santé. Dans le canton d'où je viens, il n'est pas inhabituel que les primes augmentent chaque année de quatre, cinq, voire six pour cent, quand, parallèlement, les coûts de la santé augmentent officiellement, quant à eux, de 2,5 pour cent seulement.

Aujourd'hui, dans notre pays, une famille de quatre personnes aura à s'acquitter de près de 15 000 francs de primes d'assurance-maladie obligatoire par année. Ces primes sont la deuxième source d'endettement dans notre pays. Cela représente 2,2 millions de personnes qui vivent en Suisse et qui ne peuvent plus s'acquitter de leurs primes d'assurance-maladie. C'est un quart de la population.



En 2017 pourtant, une commission d'experts a identifié 38 mesures concrètes pour maîtriser les coûts. Il est aujourd'hui de notoriété publique que près de 6 milliards de francs d'économies peuvent être réalisées chaque année, sans aucune perte de qualité, dans notre système de soins.

Alors notre initiative, celle dont nous débattons depuis plusieurs heures, est finalement, nous le pensons sincèrement, une initiative pleine de bon sens, puisqu'elle actionne un mécanisme parfaitement connu de ce Parlement en matière de finances publiques. C'est un réel mécanisme de frein à l'endettement, si on peut parler ainsi des coûts de la santé. C'est un mécanisme qui impose surtout, et enfin, à tous les acteurs du monde de la santé, les pharmas, les assureurs, les médecins et finalement aussi les institutions politiques, notre Parlement, l'OFSP, le Conseil fédéral, de trouver des solutions, de se mettre autour d'une table lorsque les coûts augmentent significativement plus que les salaires.

C'est une initiative pleine de bon sens, je le disais, puisque, jusqu'à présent, force est de constater que tout le monde dans le milieu de la santé est unanime pour dire qu'il faut faire quelque chose mais surtout jamais en commençant par soi-même. Les efforts doivent toujours être faits par les autres prestataires, par les autres acteurs de la santé.

C'est ici et par cette initiative que nous entendons faire en sorte que chacun puisse enfin prendre ses responsabilités, assumer sa part dans les défaillances de notre système de santé, et que nous puissions enfin trouver des solutions concrètes pour endiguer les coûts.

Alors oui, cela a été relevé par certains d'entre vous, cette initiative n'a précisément pas pour but de proposer des

AB 2022 N 838 / BO 2022 N 838

solutions toutes faites parce que l'expérience nous a définitivement montré que, chaque fois qu'une proposition concrète était présentée, elle n'était jamais la bonne aux yeux du Parlement et qu'il fallait toujours procéder différemment. Alors aujourd'hui la balle est dans le camp du Parlement et dans le camp des acteurs de la santé pour qu'ils nous disent eux-mêmes enfin quelles sont les bonnes solutions, celles qui sont réellement applicables, et qu'ils s'efforcent d'accentuer la transparence dans le milieu de la santé qui, comme chacun le sait, n'est pas la première de ses vertus.

Enfin, pour ce qui est de la référence au salaire, nous pensons que la référence à l'augmentation des salaires est un critère particulièrement opportun pour pouvoir prendre des mesures contre l'augmentation des coûts de la santé, puisque les salaires ne sont ni plus ni moins que le référentiel absolu pour tous nos concitoyens qui, eux, savent exactement ce qui leur reste à la fin du mois, ou plutôt ce qu'il ne leur reste plus, pour s'acquitter des factures courantes, écrasés qu'ils sont par le paiement de leurs primes-maladie. Alors oui, c'est cela qui compte au final aux yeux de nos concitoyens. C'est pour cela que nous pensons que la référence au salaire a précisément tout son sens.

Studer Lilian (M-E, AG): Die Schweiz lässt sich das Gesundheitswesen etwas kosten. Das ist einerseits als Statement und Tatsache nicht negativ gemeint, sondern streicht die Bedeutung des Gesundheitswesens heraus. Die EVP ist dankbar für das Viele, das im Gesundheitswesen an Gutem und Wichtigem geleistet wird.

Andererseits sind die steigenden Kosten im Gesundheitswesen besorgniserregend. Die seit 1996 um den Faktor 2,5 gestiegenen Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellen viele Haushalte vor eine grosse Herausforderung. Daher besteht dringender Handlungsbedarf. Wir müssen dabei bedenken, dass die Privatpersonen in der Schweiz mit einer Beteiligung von 70 Prozent an den Gesundheitskosten einen im internationalen Vergleich sehr hohen Beitrag selber leisten müssen. Zudem kann mit der individuellen Prämienverbilligung nicht mehr ausreichend korrigierend eingegriffen werden, wodurch ein nur ungenügender sozialer Ausgleich erfolgt.

Kostendämpfungsmassnahmen wurden bereits diskutiert und werden nun umgesetzt. In weiteren Bereichen wären aber weitere Einsparungen zwingend. Dennoch spürt man nicht wirklich den Willen zu handeln. Ich denke da beispielsweise an die hohe Medikamentenverschwendung: Mehrere Tonnen an Medikamentenabfällen fallen täglich an. Zudem sind die Preise im internationalen Vergleich sehr hoch; dies ist nur ein Bereich, in dem gehandelt werden könnte, aber in dem der Wille dazu fehlt.

Unser Eindruck ist, dass im Gesundheitswesen der schwarze Peter bezüglich Kosten und Mengenausweitung immer allen anderen zugeschoben wird, selber nimmt man sich aber davon aus. Alle Akteure weichen zurück, wenn es darum geht, konkrete Lösungsvorschläge zu präsentieren, Lösungsvorschläge, die sinnvolle Einsparungen mit sich bringen würden, ohne dass dabei die Lebensqualität eingeschränkt würde.

Heute diskutieren wir nun über einen Lösungsvorschlag: die Kostenbremse-Initiative. Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung zu drosseln und die Belastung der Prämienzahlerinnen und -zahler



zu reduzieren, muss ein Ziel sein. Dies war schon mit den Kostendämpfungsmaßnahmen ein Ziel. Somit arbeiten wir weiter an dieser Zielvorgabe. Denn die Belastung der Prämienzahlenden darf in Zukunft nicht mehr so stark wachsen wie in den letzten Jahren. Das ist allen klar. Die Kostenbremse-Initiative bietet dazu einen Lösungsvorschlag. Es ist ein Lösungsvorschlag, der an die Lohnentwicklung und die schweizerische Gesamtwirtschaft gekoppelt ist.

Man kann infrage stellen, ob ein solcher Mechanismus wirklich sinnvoll ist. Aber ohne Einbau eines Mechanismus werden die Kosten weiterhin explodieren. Dies haben sowohl der Bundesrat wie auch die Kommission erkannt. Wir sprechen heute deshalb nicht nur über die Initiative, sondern auch über einen indirekten Gegenvorschlag.

Für uns als EVP wäre es wichtig, einen griffigen Gegenvorschlag unter Dach und Fach zu bringen. Mit Ausnahme von Artikel 54 unterstützen wir somit die Mehrheit der Kommission und sagen in dieser Phase Ja zur Initiative.

Amoos Emmanuel (S, VS): Durant cette session, nous allons traiter des deux initiatives qui proposent de diminuer les primes d'assurance-maladie. Si les outils proposés ne sont pas les mêmes, le constat est en revanche identique: l'augmentation année après année des primes n'est plus supportable pour une part toujours plus grande de la population. La classe moyenne suffoque, d'autant plus qu'elle n'a que très peu profité de la croissance économique de ces vingt dernières années. Les primes d'assurance-maladie ont augmenté bien plus rapidement que le revenu disponible des ménages. Ces dernières années, les quelques augmentations de salaire acquises au prix de grandes luttes syndicales ont été totalement absorbées par l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Les annonces d'augmentation à deux chiffres pour cet automne ne sont pas de nature à rassurer la population.

De plus, la période inflationniste que nous traversons met encore plus les ménages sous pression. Il semble donc clair qu'une réaction politique est absolument nécessaire afin de diminuer le poids des primes d'assurance-maladie sur le budget des ménages.

Le constat est identique, mais les outils ne sont pas les mêmes. Si l'initiative du Parti socialiste se veut avant tout solidaire, l'initiative du Centre n'est finalement qu'un frein, que je qualifierais d'asocial, aux coûts de la santé. Je salue par contre le fait que cette initiative ait permis d'ouvrir le débat qui a amené ensuite au contre-projet.

Pour en revenir à l'initiative, je pense que la proposition faite par le Centre est inadaptée et dangereuse. Cette proposition est une fausse bonne idée, car elle propose un ensemble de règles très abstraites qui peuvent par la suite conduire, dans leur mise en oeuvre, à des décisions strictes de rationnement des soins et, en définitive, à une médecine à deux vitesses.

En outre, dans le texte de l'initiative, la valeur de référence est l'évolution des salaires nominaux. Ce facteur n'est pas suffisamment pertinent pour donner à lui seul une estimation des besoins financiers du système de santé, dont les coûts sont fortement déterminés par des facteurs sociodémographiques.

Par ailleurs, et contrairement à d'autres secteurs économiques, il est important de rappeler que, dans le domaine de la santé, les concepts théoriques de rationalisation et de réduction des coûts ne peuvent pas s'appliquer tels quels. En effet, les hôpitaux et les établissements médicosociaux (EMS) ne sont pas des usines avec des chaînes de production qui peuvent être rationalisées à l'infini. On peut aujourd'hui constater les répercussions négatives de la rationalisation dans la crise sanitaire qui nous a concernés ces deux dernières années.

Ainsi, toute réforme ou projet de loi doit respecter les conditions sine qua non suivantes: la qualité des soins, ainsi que la sécurité des patientes et des patients ne doivent jamais être compromises; les réformes ne doivent pas se faire au détriment des conditions de travail de l'ensemble du personnel soignant; le système de santé, en sa qualité de service public, ne doit pas être poussé dans des mécanismes de rationalisation qui ne permettent plus une répartition équitable des infrastructures de soins sur l'ensemble du territoire et qui réduisent ainsi l'accès aux soins.

Ces arguments nous obligent à recommander le rejet de l'initiative pour un frein aux coûts défendue par le Centre.

Cependant, si les outils ne sont pas les bons, je rejoins l'avis du Conseil fédéral selon lequel il est nécessaire d'agir sur le pilotage des coûts; c'est une évidence. Jusqu'à aujourd'hui, le Parlement a toujours été incapable d'agir concrètement sur le pilotage des coûts. Il est temps de trouver un compromis, c'est pourquoi nous allons soutenir le contre-projet du Conseil fédéral, ainsi que la grande partie des propositions faites par la commission. Contrairement à l'initiative du Centre, le contre-projet et les propositions de la commission visent des mesures concrètes et des outils d'action.



AB 2022 N 839 / BO 2022 N 839

Concernant la proposition du Conseil fédéral relative aux valeurs cibles pour maîtriser les coûts, force est de constater que la commission a totalement dénaturé le projet. Il ne reste finalement plus rien du projet initial. Il est donc nécessaire de soutenir la minorité Hess Lorenz. Cette minorité propose de simplifier le dispositif, mais garde l'esprit du projet du Conseil fédéral.

Actuellement, le système de tarification pour l'ambulatoire et l'hospitalier conduit inexorablement à une augmentation du volume des prestations qui ne se justifie pas forcément du point de vue médical. C'est pourquoi il faut instaurer des objectifs en matière de coûts et des mesures correctives en cas de dépassement permettant de contrôler l'évolution des coûts.

Nous avons le devoir d'agir pour soulager la classe moyenne. Il ne suffit pas d'appliquer un principe général, un concept tel que le frein proposé par le groupe du Centre, mais nous devons proposer des mesures concrètes et des instruments qui permettent d'agir.

Je vous invite ainsi à recommander le rejet de l'initiative et à entrer en matière sur le contre-projet.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je crois qu'au terme de ce débat, il n'est plus tellement temps de se demander ce qu'il reste encore à dire. Il faut plutôt se demander ce qu'il reste à faire dans cette situation où nous voyons les coûts et le montant des primes d'assurance-maladie augmenter de manière très régulière, malheureusement, et ce depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire.

Les coûts augmentent. Il ne faut jamais oublier que les primes ne sont que le miroir des coûts. Ceux-ci augmentent et ils continueront d'augmenter, mais nous ne sommes pas prisonniers de cette situation. Nous pouvons agir pour améliorer la situation. Le Conseil fédéral en a fait plusieurs fois la démonstration ces dix dernières années, en agissant de manière résolue.

Cela a d'abord été le cas en 2013 et les années suivantes, avec le prix des médicaments qui sont protégés par un brevet. Cela a permis d'économiser des sommes très importantes à relativement court terme, jusqu'à 1 milliard de francs par année. C'est une économie qui a lieu chaque année.

Ensuite, le Conseil fédéral a fait usage, en 2017, de la compétence subsidiaire pour corriger le Tarmed. Cela a aussi eu un effet important pour freiner l'évolution des coûts, environ 500 millions de francs d'économie par année, qui selon les pronostics ont pu effectivement être ensuite réalisés.

Enfin, nous avons eu – ce que personne n'a souhaité – la situation très spéciale de la pandémie en 2020. Cette année 2020 a marqué une diminution de l'évolution des coûts. Bien sûr, il y a eu des patients fortement touchés notamment par les hospitalisations, mais dans le même temps beaucoup de personnes, beaucoup de nos concitoyennes, de nos concitoyens ont renoncé à se rendre chez le médecin durant cette année-là, ont renoncé à des traitements qui pouvaient être repoussés, ce qui a eu tendance à aplatir la courbe de l'évolution des coûts en 2020.

Cela dit, ces coûts augmentent. Ils augmentent de manière relativement continue, à l'exception de 2018 pour la raison que j'ai exprimée tout à l'heure et 2020 pour des raisons liées à la pandémie. Nous constatons aujourd'hui que ces coûts ont augmenté en 2021, continuent à augmenter en 2022 et, malheureusement, vont continuer à augmenter en 2023.

Je dois vous le dire, Mesdames et Messieurs: le Conseil fédéral est au bout de ce qu'il peut faire de manière autonome. Nous sommes au bout de ce que nous pouvons faire avec des ordonnances, nous sommes au bout de ce que nous pouvons faire avec la correction des prix des médicaments. Pour aller plus loin, nous avons besoin de modifications légales et du soutien du Parlement. Pour cette raison, le Conseil fédéral, sur la base d'un rapport d'experts publié en 2017, a élaboré plusieurs paquets de mesures de maîtrise des coûts. Ces paquets ont été transmis au Parlement, et le moins qu'on puisse dire est qu'ils y ont une vie assez difficile. Il leur est relativement compliqué, sans vouloir trop les personnaliser, de trouver des majorités et de pouvoir vivre leurs propres vies et de pouvoir, un jour, être appliqués. Cela parce que le cartel du silence joue encore et toujours dans le domaine de la santé.

Qu'est-ce que le cartel du silence? Le cartel du silence est ce qui fait que, lorsque la politique – le Conseil fédéral, le Parlement – veut toucher à un aspect spécifique dans le domaine de la santé pour freiner l'évolution des coûts, les autres regardent ailleurs et se taisent, en espérant pouvoir bénéficier du même silence le jour où ils seront, de leur côté, concernés. Ce cartel du silence conduit à des blocages extrêmement importants dans le domaine de la santé. Ce matin, il y a eu des mots très clairs de la part des initiants ou de leurs représentants pour dénoncer cette situation. Je dois vous dire, au nom du Conseil fédéral, que je suis très heureux de constater aujourd'hui que ce problème est pris très au sérieux par le Parlement et que nous avons maintenant des perspectives pour avancer.



Qu'est-ce que cela signifie pour le débat de ce matin? Nous avons aujourd'hui une initiative populaire qui fixe un objectif qui est non seulement louable mais qui est juste. Nous devons faire en sorte de mieux maîtriser l'évolution des coûts. Le Conseil fédéral a cependant estimé que la seule initiative populaire ne permettait pas d'atteindre cet objectif, que le moyen proposé était peut-être trop vague ou trop général pour l'atteindre vraiment. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a proposé un contre-projet, pour concrétiser ce que peut signifier l'initiative en matière de maîtrise des coûts. C'est à cela que vous êtes confrontés aujourd'hui. Ce sera le débat que nous mènerons plus tard au cours de la discussion.

Je dois déjà vous dire maintenant qu'il est absolument nécessaire, si l'on souhaite que les mots soient suivis d'actes, non seulement d'entrer en matière sur le contre-projet, mais aussi de bien réfléchir à quelles sont les minorités qui devront être soutenues pour que ce contre-projet puisse fonctionner. C'est la question qui va nous occuper tout à l'heure et je vais, vous n'en serez pas étonnés, au nom du Conseil fédéral, plaider pour les outils les plus efficaces possibles pour nous aider à maîtriser cette évolution des coûts. Cela ne doit pas seulement être le souhait du Conseil fédéral, mais il doit être possible de le faire avec le soutien du Parlement, en adoptant les modifications légales nécessaires, de manière à, je le répète, nous rappeler que nous ne sommes pas prisonniers de cette situation. Nous avons, vous avez les moyens d'agir. Il est maintenant temps de le démontrer.

Je vous invite à entrer en matière sur le contre-projet.

1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, art. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Bevor wir über Artikel 2, die Abstimmungsempfehlung, entscheiden, müssen wir den indirekten Gegenentwurf beraten.

AB 2022 N 840 / BO 2022 N 840

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Antrag der Mehrheit

Eintreten

Antrag Amaudruz

Nichteintreten





Proposition de la majorité
Entrer en matière

Proposition Amaudruz
Ne pas entrer en matière

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; 21.067/24971)
Für Eintreten ... 119 Stimmen
Dagegen ... 43 Stimmen
(15 Enthaltungen)

Detailberatung – Discussion par article

Ingress, Ziff. I Einleitung
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Préambule, ch. I introduction
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Die Detailberatung wird in zwei Blöcke aufgeteilt. Eine entsprechende Übersicht wurde Ihnen ausgeteilt. Über den Titel stimmen wir beim 5. Abschnitt ab.

Block 1 – Bloc 1
Kosten- und Qualitätsziele sowie ergänzende Massnahmen
Objectifs en matière de coûts et de qualité, mesures complémentaires

Nantermod Philippe (RL, VS): Quand bien même je représente la commission aujourd'hui, je représente aussi ma minorité à l'article 41 alinéa 4bis, que je défendrai ici.

Cet article vise à introduire un "opting-out" pour les médecins dans l'assurance de base.

Comme vous le savez, l'assurance de base permet des modèles d'assurance alternatifs. Parmi ceux-là, on connaît par exemple le modèle du médecin de famille, pour lequel vous avez une liste limitée de médecins. Ces médecins sont remboursés par l'assurance que vous avez choisie. Or les médecins ne sont pas consultés pour être sur cette liste; il se peut que des médecins qui figurent sur cette liste ne soient pas satisfaits d'y figurer pour des raisons diverses; par exemple, ils pourraient estimer qu'on les considère comme collaborant avec une assurance en particulier, ou qu'ils pourraient être considérés comme des médecins "low cost". C'est à discuter.

Je combats la possibilité d'un "opting-out" pour les raisons suivantes. Tout d'abord, un "opting-out" ne constitue en rien une mesure d'économie. Nous parlons ici d'un contre-projet à une initiative qui vise un frein aux coûts; il n'y a aucune explication dans le projet de la commission qui mentionne pour quelle raison le fait d'offrir la possibilité aux médecins d'être retirés de ces listes permettrait d'économiser un seul franc dans le système de santé. Ensuite, cette possibilité affaiblit les systèmes d'assurance alternatifs comme le modèle du médecin de famille qui permet un "gate keeping" souvent efficace et qui permet justement de lutter contre l'augmentation des coûts. Pour cette raison, dans le cadre d'un exercice comme celui que nous faisons aujourd'hui, qui vise à limiter l'augmentation des coûts, nous devons au contraire renforcer les modèles d'assurance alternatifs et non pas les affaiblir. Pour cette raison il est absurde et même contre-productif d'introduire un tel "opting-out". La dernière raison est beaucoup plus juridique: le contrat d'assurance lie l'assuré et l'assureur mais pas le fournisseur de prestations. Si je peux comprendre, si je peux concevoir que, pour le fournisseur de prestations, il peut paraître absurde d'être impliqué dans un contrat sans être consulté, eh bien, ma foi, le contrat d'assurance est un contrat bilatéral et non tripartite.

Si je m'engage, par exemple, à vous rembourser les prestations d'une liste de restaurants, je ne suis pas tenu de consulter les restaurants en question. Je vous dis simplement: voilà les restaurateurs que je juge fournir





des prestations d'une qualité suffisante pour un prix adéquat. A eux, ensuite, de vous vendre leur menu et, s'il le faut, je vous rembourse les frais concernant les restaurants figurant sur cette liste. Il s'agit d'un accord entre vous et moi. Les restaurateurs n'ont pas un droit à figurer sur cette liste ou, à l'inverse, n'ont pas un droit à être biffé de cette même liste. Il en va de même des médecins. Les médecins n'ont pas l'obligation de servir l'ensemble des patients. Ils n'ont évidemment pas la possibilité physique de le faire. Ils n'ont pas l'obligation de le faire. Ils peuvent refuser des patients qui, pour des raisons diverses, ne pourraient pas entrer dans leur planning. A l'inverse, les assureurs ont simplement l'obligation de rembourser les médecins qu'ils ont fait figurer sur leurs propres listes. L'assureur ne fait qu'annoncer aux patients la liste des fournisseurs de prestations qu'il s'engage à rembourser, le cas échéant, si le patient vient chez lui avec une facture.

Dans ces circonstances, le fait d'introduire un droit pour un tiers, pour un fournisseur de prestations, à choisir quelles sont les prestations qui seront remboursées, revient à faire une entorse au principe de liberté contractuelle entre l'assureur et l'assuré et à mettre – excusez-moi l'expression – un peu de chenit dans le système, ce qui est malvenu.

Pour ces trois raisons – parce qu'il n'y a pas de mesure qui permette de limiter les coûts dans cette proposition; parce que, au contraire, cette proposition lutte contre les modèles alternatifs d'assurance qui permettent de réduire les coûts; enfin, parce que c'est un ovni juridique dans ce système –, je vous invite à suivre ma minorité et à supprimer cette possibilité d'"opting-out".

Hess Lorenz (M-E, BE): Ich gebe zuerst meine Interessenbindungen bekannt: Ich bin Verwaltungsratspräsident der Visana. Ich habe vor allem aber ein Interesse, gerade auch in dieser Funktion, und das ist das Interesse daran, dass wir im Bereich der Kostendämpfung tatsächlich etwas tun, damit wir nicht wieder und wieder im Herbst zu unseren Kundinnen und Kunden gehen und immer wieder neu erhöhte Prämien präsentieren müssen. Das ist ein ureigenes Interesse.

Worum geht es hier in diesem Gegenvorschlag? Es geht darum, dass wir, wenn die Initiative schon nicht die grössten Chancen in diesem Saal hat – was sich abzeichnet –, wenigstens einen indirekten Gegenvorschlag beschliessen, der seinen Namen auch verdient.

Ein Gegenvorschlag sollte zumindest wesentliche Elemente aufweisen, an denen man sieht, dass es sowohl der Kommission wie auch diesem Rat hier ernst ist mit Kostensenkungsmassnahmen. Ansonsten können wir uns die Debatte sparen. Es genügt auch nicht, dass wir im Gegenvorschlag noch ein oder zwei Placebos drin lassen, etwa wie in Artikel 37a, wo es um die Aufhebung des Vertragszwangs für die Laboratorien geht, oder indem wir noch ein bisschen spezifizieren, wie kritische Leistungen beurteilt werden sollen. Es braucht in diesem Gegenvorschlag Massnahmen, die tatsächlich zielführend sind. Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit I (Hess Lorenz) zu unterstützen, die die Idee der Kostenziele wieder aufnimmt.

Die Mehrheit will in diesem Gegenvorschlag nicht von Kostenzielen sprechen. Wichtig ist hier zu vermerken: Wenn

AB 2022 N 841 / BO 2022 N 841

wir hier von Kostenzielen sprechen, die von allen beteiligten Partnern gemeinsam erarbeitet werden, dann ist nicht die Rede von einem Globalbudget.

Es wird gebetsmühlenartig wiederholt, dass mit Kostenzielen Globalbudgets verbunden seien, wie das ja auch in der ursprünglich vorgeschlagenen Gesetzesrevision vorgesehen war. Das ist nicht mehr der Fall. Deshalb stimmt auch diese "Angstmacher Geschichte" nicht, wonach die Patientinnen und Patienten bei Kostenzielen gegen Ende Jahr zu ihrem Arzt gehen und der dann sagen muss: "Entschuldigung, ich kann leider nicht mehr behandeln, ich habe das Budget aufgebraucht." Davon sind wir weit entfernt.

Vielmehr ist es so: Wenn wir uns nicht getrauen, hier Kostenziele und entsprechende Vereinbarungen aufzunehmen, ist der indirekte Gegenvorschlag ein zahlloser Papiertiger, der seinen Namen nicht verdient. Ich denke, wenn wir nach dieser Debatte über den Gegenvorschlag und die Initiative aus diesem Saal hinausgehen, sollten wir das erhobene Hauptes tun können, im Wissen, dass wir uns zu Massnahmen durchgerungen haben, die im Ziel eine Wirkung haben könnten.

Worum geht es bei diesen Kostenzielen? Sie sehen das als Konzept im Rahmen des Minderheitsantrages. Es geht darum, dass wir nicht mehr nur von Kostenzielen, sondern vor allem von Kosten- und Qualitätszielen sprechen. Es geht darum, dass wir das nicht jährlich festlegen, sondern auf vier Jahre planen. Das ist ein wesentlicher Punkt. Die Kommission, die vom Bund eingesetzt wird, heisst demnach auch Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring. Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring, und sie soll Empfehlungen machen, welche Massnahmen ergriffen werden können. Das ist ein ganz entscheidender Punkt.



In den Übergangsbestimmungen, wo der Eingriff des Bundesrates natürlich interessiert, haben wir eine Präzisierung. Wir sagen, der Bundesrat soll in die Tarifstruktur von Tarmed eingreifen, wenn überhöhte, nicht sachgerechte oder nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen anstehen. Dort ist der Eingriff gerechtfertigt, und es soll dem Bundesrat auch tatsächlich möglich sein, dort einzugreifen.

Das erfolgt aber nicht, indem von vornherein Budgets bestimmt und damit Leistungen eingeschränkt werden. Davon sind wir weit entfernt. Wenn Sie dem Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz) zustimmen und die Kosten- und Qualitätsziele und deren Handhabung in der vorgeschlagenen Form akzeptieren, dann schränken Sie niemanden ein. Sie schränken keine Leistungen ein. Vielmehr tun Sie etwas, was wir tun müssen. Ich bitte Sie, hier dem Antrag der Minderheit I zuzustimmen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich kann es kurz machen: Mein Minderheitsantrag II betrifft eine kleine, aber wichtige Ergänzung zum Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz), der soeben ausgeführt worden ist und dem wir uns selbstverständlich anschliessen.

Es scheint mir angezeigt und notwendig, dass vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele auch die versicherten Personen angehört werden, und zwar sowohl gemäss der Bestimmung von Artikel 54, wonach nach der Anhörung die Kostenziele durch den Bundesrat festgelegt werden, als auch gemäss Artikel 54b, wonach die Festlegung dieser Ziele durch die Kantone geschieht. Es ist im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung, dass wir die unabhängige Sicht der Patientinnen und der Versicherten berücksichtigen und diesen institutionellen Einbezug stärken. Es geht hier schliesslich um die Qualität und um die Kosten, wie von meinem Vorredner ausgeführt worden ist. Bei der Qualität und den Kosten haben die versicherten Personen ein Interesse, die eigene Position einzubringen.

Ich bitte Sie aber auch aus Kohärenzgründen, diese Ergänzung in den beiden Bestimmungen vorzunehmen. Wir haben in früheren Diskussionen nämlich genau das bereits getan. So haben wir beispielsweise bei der Zulassungsbeschränkung, bei Artikel 55a KVG, eine solche Ergänzung gemacht oder auch bei Artikel 58b, mit dem die Zusammensetzung der neu eingesetzten Eidgenössischen Qualitätskommission definiert wird; auch dort sind die Patientinnen- und Patientenorganisationen aufgenommen worden.

Ich bitte Sie daher, diese Ergänzung folglich auch hier bei der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen vorzunehmen und meinen Minderheitsantrag II in Ergänzung zum Antrag der Minderheit I anzunehmen.

Porchet Léonore (G, VD): Nous avons trois minorités dans ce bloc 1. La première, la minorité Nantermod, propose que les fournisseurs de prestations ne puissent pas demander à ne pas figurer parmi le choix proposé par les assureurs-maladie. La majorité de la commission a souhaité offrir aux médecins ce choix. Nous débattons pourtant de la baisse des coûts, et cette proposition irait à l'encontre de ce principe. Tous les modèles que nous discutons sont liés à un principe d'économie. Mais surtout, les Verts soutiendront la proposition de la minorité Nantermod, parce qu'il semble que le fait que l'on puisse refuser de participer à des modèles d'assurance aille à l'encontre de l'intérêt des patientes et des patients. Donner l'option aux médecins de refuser d'être sur certaines listes, c'est potentiellement obliger des assurés à renoncer à certains modèles.

Je vous donne un exemple qui a été cité en commission: si vous habitez à Grindelwald et que vous êtes assuré selon le modèle du médecin de famille, vous payez une prime d'assurance-maladie un peu moins élevée parce que vous vous engagez à toujours aller d'abord chez votre médecin de famille. S'il n'y a qu'un médecin de famille à Grindelwald et que celui-ci dit qu'il ne veut pas figurer sur ce modèle de la liste de votre assureur-maladie, vous devrez renoncer au modèle du médecin de famille, c'est-à-dire que vous devrez payer des primes plus élevées ou aller directement chez un spécialiste. Si les fournisseurs de prestations peuvent simplement se faire rayer de la liste, cela aura des conséquences indésirables pour les patientes et les patients. Même si nous sommes bien conscients du fait que ce n'est pas toujours l'objectif principal de M. Nantermod. En ce qui concerne les autres minorités, nous soutiendrons assurément et avec beaucoup de conviction la proposition de la minorité I (Hess Lorenz) améliorée par la proposition de la minorité II (Wasserfallen Flavia). Pourquoi? Parce que la minorité I permet au Conseil fédéral de fixer des objectifs en matière de coûts en y intégrant un principe de qualité, ce qui est indispensable. De manière complémentaire, la minorité II propose de prendre en compte les assurés dans la consultation faite par le Conseil fédéral selon l'article 54.

Pour le groupe des Verts, il est primordial d'accroître la prise en compte de l'avis des patientes et des patients dans les décisions de santé publique, parce que 37 pour cent de notre système de santé est financé par les primes sans que les patients aient réellement voix au chapitre.

Le groupe des Verts est convaincu que de nombreuses mesures améliorant la qualité des soins en réduisent également les coûts.

C'est pour cela que nous soutenons la minorité I (Hess Lorenz) visant à améliorer la minorité II (Wasserfallen



Flavia).

Ne délivrer que des prestations utiles et bénéfiques pour la santé et éviter les examens, médicaments et opérations inutiles est par exemple dans l'intérêt des patients et de l'évolution des dépenses. Les consulter ne peut que participer à cette amélioration de la qualité et de l'économicité. Dans une couverture sanitaire fondée sur la valeur, l'utilité et l'efficacité, en fin de compte le remboursement des prestations médicales devrait être davantage considéré du point de vue des patients, des assurés et des contribuables. Prendre en compte leur avis dans la consultation liée à la détermination des objectifs en matière de coûts nous semble donc essentiel, raison pour laquelle le groupe des Verts vous encourage à soutenir la minorité II (Wasserfallen Flavia).

Le débat sur ce bloc vise une chose fondamentale: que le système de santé soit gouverné par la qualité plutôt que par les coûts, ce qui, en définitive, serait dans l'intérêt des patientes et patients.

Mäder Jörg (GL, ZH): In diesem Block geht es um ein Leichtgewicht und um ein Schwergewicht.

AB 2022 N 842 / BO 2022 N 842

Fangen wir mit der leichten Kost an, der Ergänzung in Artikel 41: Verschiedene Krankenkassen bieten günstigere Modelle an, bei denen die Versicherten aber bei der Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt sind. Dazu wird jeweils eine Positivliste mit genehmen Leistungserbringern erstellt. Die Leistungserbringer selber haben aber keinen Einfluss darauf, ob sie auf dieser Liste erscheinen oder nicht. Speziell in Gebieten mit einer Tendenz zur Unterversorgung kann dies problematisch sein, weshalb wir neu den Leistungserbringern erlauben möchten, dass sie sich aktiv aus diesen Listen streichen lassen können.

Kommen wir zum schwersten Brocken des ganzen Gegenvorschlages, den Kostenzielen. Der Gesundheitsbereich ist alles andere als ein funktionierender Markt. Wenn er dies wäre, würden sich nach einiger Zeit gerechtfertigte Preise für die verschiedenen Produkte etablieren, zumindest im Idealfall. Folgende Aspekte des Gesundheitsbereiches behindern diese Mechanik aber massiv: Der Konsument ist nicht umfassend informiert, ihm fehlt das Branchen- und Fachwissen; im Krankheits- und vor allem im Notfall dominiert die Verfügbarkeit des Produktes ganz klar über den Preis; Produkte sind über Patente vor Konkurrenz geschützt; Preise werden von und mit dem BAG festgesetzt, wobei das BAG zwar Einblick in die Berechnung der Hersteller bekommt, es aber alles andere als schwer ist, diese strategisch so zu gestalten, wie es aus Unternehmersicht vielleicht nützlich ist, usw.

Es ist daher nahezu unmöglich, den korrekten Preis am Verhandlungstisch zu bestimmen. Keiner der Involvierten hat eine echt neutrale Position. Als Konsequenz daraus sind die Kostenziele entweder genügend tief angesetzt, um Wirkung in finanzieller Hinsicht zu erzielen – damit bergen sie aber die Gefahr grosser unerwünschter Nebenwirkungen wie einer Kontingentierung –, oder aber sie sind so lasch angesetzt, dass sie keine Wirkung erzielen.

Aus diesen Gründen unterstützt die grünliberale Fraktion den Antrag der Mehrheit der Kommission. Wir möchten auf diese Kostenziele verzichten. Bei den im Raum stehenden Varianten bevorzugen wir den Minderheitsantrag II (Wasserfallen Flavia) gegenüber dem Minderheitsantrag I (Hess Lorenz), und wir bevorzugen die obsiegende Variante gegenüber der Variante des Bundesrates.

Eine kleine Anmerkung zum Schluss: Wir Grünliberalen sind klar der Meinung, dass man die Kosten im Auge behalten muss. Deshalb hat unsere Fraktion in der letzten Session den auch so ominösen Artikel 47c im KVG unterstützt. Im Gegensatz zu den Kostenzielen fokussiert er auf die Kostenentwicklung. Als Statistiker kann ich Ihnen klar sagen, dass es wesentlich einfacher ist, zeitliche Entwicklungen zu erklären, auf Ursachen zurückzuführen und entsprechend zu handeln, als einen einzelnen Wert zu erklären, so, wie das bei den Kostenzielen eben gerade gefordert worden ist. Deshalb erachten wir Artikel 47c KVG als die klar bessere Alternative zu Artikel 54 KVG.

Ich mache noch eine kleine Anmerkung zur Aussage, dass der indirekte Gegenvorschlag ohne diese Kostenziele wirklich gar nichts mehr enthalte. Die Begründung ist einfach: Wir hatten schon diverse Vorlagen, die Kostendämpfungspakete 1a und 1b, und wir werden noch ein Kostendämpfungspaket 2 haben. Es ist nicht so, dass wir der Initiative nichts entgegensetzen würden. Doch vieles, was wir der Initiative entgegensetzen, ist eben bereits in Behandlung und vorgespurt und nicht Teil dieses Gegenvorschlags. Von daher ist die Begründung dafür, die Kostenziele unbedingt im Gegenvorschlag lassen zu müssen, meiner Meinung nach nicht stichhaltig.

Sauter Regine (RL, ZH): Ich lege Ihnen unsere Positionen zu den Anträgen in Block 1 dar.

Zuerst zum Hauptteil, den Qualitäts- und Kostenzielen, die sowohl der bundesrätliche Gegenvorschlag wie auch der Minderheitsantrag I (Hess Lorenz) vorsehen: Wie bereits in meinem Eintretensvotum erwähnt, halten



wir nichts von diesen Zielvorgaben. Sie täuschen darüber hinweg, dass man letztlich Mengen beschränken und Plafonds einführen will, obwohl es in der Vorlage natürlich anders tönt. Zudem ist auch zu sagen, dass man mit einer allgemeinen Aussage bezüglich Kosten- und Qualitätszielen für die nächsten vier Jahre noch nichts darüber aussagt, wie man diese Ziele erreichen will. Einmal mehr ist festzustellen, dass man dem Bund hier eine Kompetenz einräumen will, die letztlich die Hoheit der Kantone sowie die Zuständigkeit der Leistungserbringer beschneidet. Eine solche Vorgabe unterläuft auch ganz klar die Tarifpartnerschaft, die für unser Gesundheitswesen vorgesehen ist und die auch Sinn macht. Richtigerweise muss es Aufgabe der Tarifpartner sein, sich über die relevanten, geeigneten und richtigen Tarife zu einigen; dies kann nicht hoheitlich festgelegt werden mit irgendwelchen Kosten- und Qualitätszielen.

Immerhin ist dem Minderheitsantrag I (Hess Lorenz) zugutezuhalten, dass er keine Ausführungen in der Detailiertheit des Entwurfes des Bundesrates macht. Sollte eine solche Bestimmung jedoch aufgenommen werden, wird man nicht darum herumkommen, genau alle diese Detailregelungen in die Verordnung aufzunehmen. Am Schluss kommt man mit dieser Lösung auf das gleiche Ergebnis wie der Bundesrat mit seinem indirekten Gegenvorschlag.

Im Ergebnis würden wir jedoch der Minderheit II (Wasserfallen Flavia) den Vorzug geben, da sie noch die Versicherten mit einbeziehen will. Letztlich folgt unsere Fraktion hier aber der Mehrheit, die die Streichung der Zielvorgaben beantragt.

Die Mehrheit unserer Fraktion wird die Minderheit Nantermod unterstützen. Die Ausführungen dazu haben Sie von Kollege Nantermod selbst gehört.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Au bloc 1, des propositions de minorité sont présentées. De manière générale, je commencerai par dire que, s'agissant des mesures efficaces pour maîtriser l'évolution des coûts de la santé, on approche enfin du but. On constate et on admet que seule une gestion de la quantité des prestations, de leur volume, peut conduire à une maîtrise des coûts. Pour l'instant, les partenaires tarifaires s'occupent simplement de fixer le prix des prestations. Rien n'est fait pour maîtriser l'évolution du volume des prestations, quand bien même parfois, chez certains groupes de prestataires, le volume des prestations augmente de manière complètement inexplicable ou en tout cas sans véritable lien avec des objectifs de santé publique. Il faut donc que quelqu'un s'occupe de maîtriser le volume des prestations. On ne peut plus avoir des contrats tarifaires qui ne comprennent simplement que le prix des prestations unitaire. Nous avons voté dans le paquet sur la maîtrise des coûts un article 47c qui contraindrait enfin les partenaires tarifaires non seulement à négocier les prix, mais aussi à prendre des mesures s'agissant du volume des prestations.

Maintenant, quel est l'objectif à atteindre? Quelles sont les cibles qu'il faut atteindre? Les pouvoirs publics et l'Etat peuvent définir une cible sans que ce soit un objectif absolument contraignant, mais une cible à laquelle les partenaires tarifaires pourraient se référer. C'est ce que propose le Conseil fédéral dans le contre-projet. C'est la raison pour laquelle il est pertinent d'ajouter à ce que nous avons voté, à savoir l'article 47c, une compétence du Conseil fédéral pour estimer à peu près, dans un débat démocratique, la cible que le volume des prestations doit atteindre ou en tout cas essayer de ne pas dépasser. On est ici dans un principe de base de tout budget public.

Il s'agit de définir à peu près le niveau des moyens qui peuvent être alloués pour le bien de toute la communauté. Il y a évidemment à l'intérieur de ces budgets des arbitrages à faire. Nous pensons que les partenaires tarifaires peuvent faire ce travail pour essayer de limiter celles et ceux qui exagèrent dans leur pratique de facturation. Etant au plus près du terrain, ils ont les moyens de le faire mais, évidemment, dans un cadre défini par le débat démocratique et par l'autorité.

Voilà pourquoi le groupe socialiste vous invite à suivre la minorité I (Hess Lorenz). Elle rétablit un semblant de valeurs cibles décidées par le Conseil fédéral. Suivant en cela les recommandations de la sous-commission, ce modèle simplifie beaucoup la mécanique pour définir ces valeurs cibles. Elle était très complexe dans le projet du Conseil fédéral. Dans la version de la minorité I, c'est évidemment très simplifié.

AB 2022 N 843 / BO 2022 N 843

Nous vous invitons à voter aussi la minorité II (Wasserfallen Flavia); elle propose d'ajouter les associations d'assurés parmi les acteurs appelés à prendre des mesures en cas de dépassement des valeurs cibles. Cela nous semble la moindre des choses d'intégrer les principaux concernés, à savoir les associations d'assurés ou de patients.

Enfin, sur la proposition de la minorité Nantermod relative au fameux "opting-out", soit la possibilité pour les médecins de sortir des listes de médecins de famille établies par les assureurs pour faire bénéficier les assurés de rabais de prime, il nous a semblé ici qu'il fallait suivre la majorité, et donc donner cette possibilité



aux médecins. Effectivement, il y a des listes qui ont été faites par des assureurs sans aucun égard pour les médecins; ils se retrouvent parfois sur ces listes contre leur volonté. Ces listes semblent parfois être faites de manière assez arbitraire sur la base de coûts par assuré qui ne sont pas des données très fiables pour juger de la qualité des médecins. On ne comprend pas pourquoi certains s'y retrouvent et d'autres pas. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé logique de donner un contre-pouvoir aux médecins pour décider si oui ou non ils seront sur ces listes.

Voilà les recommandations que nous vous faisons dans le bloc 1.

Humbel Ruth (M-E, AG): Die Mitte-Fraktion stimmt bei Artikel 41 Absatz 4bis KVG mit der Mehrheit und bei Artikel 54 KVG mit der Minderheit I (Hess Lorenz).

Artikel 41 Absatz 4bis korrigiert einen falschen Anreiz, stärkt die Verhandlungsautonomie der Tarifpartner und fördert echte integrierte Versorgungsmodelle. Versicherte haben heute die Wahl zwischen verschiedenen alternativen Versicherungsmodellen. Bei Listenmodellen erstellen Krankenversicherer eine Liste der kostengünstigen Ärzte. Wer einen Listenarzt zur Erstversorgung aufsucht, hat einen Prämienrabatt. Der Arzt, welcher auf diese Liste gestellt wird, wird nicht angefragt, ob er auf dieser Liste stehen will, und er hat nicht einmal die Möglichkeit, sich von der Liste streichen zu lassen. Solche Modelle sind einseitige Angebote der Versicherer, teilweise gegen den Willen betroffener Ärztinnen und Ärzte. Modelle dieser Art leisten auch keinen Beitrag zu einer integrierten koordinierten Versorgung. Gestärkt werden muss aber genau die koordinierte Versorgung über die ganze Behandlungskette; da sind wir uns eigentlich einig. Dies bedingt einen Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringergruppen.

Verschiedentlich wurde heute Morgen schon die Unfähigkeit der Tarifpartner bzw. der Verbände kritisiert, Tarife vertraglich weiterzuentwickeln. Es gibt aber auch die guten Beispiele, Verträge zwischen Leistungserbringergruppen und einzelnen Versicherern. Solche Verträge haben sich bewährt. Sie regeln die Zusammenarbeit, geben Qualitätsstandards vor, verhindern Mehrfachbehandlungen und sehen teilweise auch eine gewisse Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer vor. Gut strukturierte Ärztenetze sparen denn auch risikobereinigt 15 bis 20 Prozent der Kosten ein und erreichen eine bessere Behandlungsqualität. Für diese Modelle müssen wir die Rahmenbedingungen optimieren. Das tun wir mit Artikel 41 Absatz 4bis. Damit können sich Ärzte künftig aus einseitigen Listen von Krankenversicherern streichen lassen. Das führt zu weniger Pseudomodellen und stärkt die Bemühungen um echte integrierte Versorgung.

Artikel 54 mit dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" gemäss Fassung der Minderheit I ist der eigentliche Kern des indirekten Gegenvorschlags. Die Mitte-Fraktion unterstützt die Minderheit I (Hess Lorenz). Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er einen Top-down-Ansatz implementieren will und mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, was den Bestrebungen der integrierten Versorgung entgegenläuft oder diese sogar verunmöglicht.

Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure. Zudem wird es den Kantonen überlassen, ob sie Kostenziele definieren wollen oder nicht. Beim Minderheitsantrag I handelt es sich um eigentliches Soft Law. Er macht den Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, bewusst, dass sie auch eine Mitverantwortung für die Kostenentwicklung haben. Es ist nun mal so, dass Ärztinnen und Ärzte auch bei den Kosten eine grosse Verantwortung haben. Sie erbringen die medizinischen Leistungen und verordnen Therapien. Sie haben es folglich in der Hand, unnötige Leistungen nicht zu erbringen sowie Übermedikation und Mehrfachuntersuchungen zu verhindern. Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele gemäss der Minderheit I muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.

Mit dem viel diskutierten Artikel 47c KVG wird beabsichtigt, dass in den Tarifverträgen ein Kostenmonitoring mit Korrekturmassnahmen vorgesehen werden muss. Artikel 47c ist Teil des ersten Kostendämpfungspakets. Der Nationalrat hat ihn gutgeheissen, und die ständerätliche SGK wird Artikel 47c zusammen mit dem indirekten Gegenvorschlag beraten.

Abschliessend möchte ich einfach noch einmal festhalten, dass Kostenziele nicht mit Globalbudgets, Rationierung oder einer Klassenmedizin gleichzusetzen sind, wie es von verschiedener Seite wieder behauptet worden ist. Es geht um Kostenwachstumsziele, um ein Monitoring, das Korrekturmassnahmen über Tarifstrukturen und Taxpunktwerte vorsieht, wenn Kosten unverhältnismässig steigen. Dafür sind diese Kostenziele vorgesehen. Die Mitte-Fraktion wird sie unterstützen, und ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Berset Alain, conseiller fédéral: Pour ce premier bloc, je peux m'exprimer rapidement pour ce qui concerne des éléments comme l'évaluation des technologies de la santé (ETS), que nous estimons ne pas être nécessaire – mais enfin bon, cela ne mange pas de pain, si on peut le formuler ainsi – parce qu'elle est déjà réalisée



aujourd'hui. J'aimerais également rappeler que nous saluons l'évaluation au cas par cas selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité tel que c'est prévu.

J'en viens maintenant aux minorités. Le Conseil fédéral soutient la proposition de la minorité Nantermod. Nous vous invitons à suivre cette minorité parce que nous ne pensons pas que ce que la majorité a décidé ait quelque chance de conduire à une meilleure maîtrise des coûts, au contraire. Ce n'est pas en changeant le rapport de force entre les différents acteurs qui sont présents maintenant que l'on arrivera forcément à améliorer les choses. J'aimerais donc vous inviter à suivre la minorité Nantermod.

La question la plus importante, qui a été largement thématisée dans le débat d'entrée en matière, est de savoir si vous souhaitez un contre-projet qui soit digne de ce nom ou si vous souhaitez une coquille plus ou moins vide. C'est la question qui se pose maintenant. Votre commission propose – permettez-moi de le dire aussi clairement – une coquille plus ou moins vide. Il n'y reste pas grand-chose, on cache un tout petit peu les éléments, on fait semblant d'avoir fait quelque chose, mais ce n'est rien de très solide. Le Conseil fédéral vous a proposé, et c'est aussi le cas de deux minorités, une manière de faire qui doit permettre de réaliser, de manière raisonnable, ce qui est souhaité pour l'essentiel dans l'initiative populaire dont il est question ce matin. Je vous rappelle la position du Conseil fédéral: nous plaçons pour recommander le rejet de l'initiative populaire, mais pour l'adoption d'un contre-projet qui soit efficace. Pour qu'il puisse montrer une certaine efficacité, il faut fixer des objectifs en matière de coûts. Cela soutient la transparence, incite, sans les contraindre – c'est une invitation assez marquée – les partenaires à discuter ensemble de l'évolution des coûts, de manière transparente, et ensuite, après coup, de discuter des objectifs qui ont pu être atteints ou non, et de voir si des mesures sont nécessaires pour améliorer la situation.

Nous pensons que la transparence peut être vraiment salutaire pour une meilleure maîtrise des coûts et donc que les objectifs en matière de coûts sont essentiels pour y parvenir. C'est dans le fond le seul moyen d'avoir en fin de compte une approche globale et complète de la problématique de la hausse des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. Le conseil fédéral souhaite, comme les minorités I ou II, un

AB 2022 N 844 / BO 2022 N 844

contre-projet global pour tenter d'apporter les solutions les plus efficaces possible à la problématique de la hausse des coûts.

La minorité I (Hess Lorenz) et la minorité II (Wasserfallen Flavia) proposent toutes deux une version simplifiée des objectifs de coûts que le conseil fédéral a présentés dans son message. La minorité II se distingue en fait de la minorité I parce qu'elle demande que les personnes assurées soient également consultées avant la fixation des objectifs en matière de coûts. Je peux vous dire à ce sujet que je ne vais pas insister avec la version du Conseil fédéral puisqu'elle n'a été soutenue par personne en commission.

Par contre, l'essentiel de ce que souhaite le Conseil fédéral est repris avec quelques modifications tant par la minorité I que par la minorité II. Donc, j'aimerais vous inviter, si vous souhaitez vraiment opposer un contre-projet qu'on puisse qualifier de valable à cette initiative populaire, à soutenir ces minorités. La I ou la II, faites ce que vous voulez. Nous aurions pour notre part une légère préférence pour la minorité II, mais la minorité I va très bien aussi. La seule chose qui ne convient pas, parce que alors nous aurions un contre-projet qui ne porterait plus en conséquence, c'est la version de la majorité de la commission.

C'est la raison pour laquelle, sur cette question très importante, je vous invite à suivre ici une des deux minorités et à rejeter la proposition de la majorité de la commission.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Ich spreche zuerst zum Antrag der Minderheit Nantermod zu Artikel 41 Absatz 4bis. Die Mehrheit der Kommission will hier eine Opting-out-Klausel für Leistungserbringer in besonderen Versicherungsmodellen im Gesetz verankern. Der Entscheid der Kommission geht auf einen Bundesgerichtsentscheid zurück. Ein Leistungserbringer hatte vor Gericht angefochten, dass ihn eine Versicherung auf ihrer Versichertenliste für besondere Versicherungsverhältnisse führte. In diesem Fall hat das Bundesgericht entschieden, dass der Versicherer auch Leistungserbringer auf die Liste nehmen kann, ohne diese explizit anzufragen.

Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass in diesem besonderen Versicherungsverhältnis ebenfalls ein zusätzliches Vertragsverhältnis zwischen der Versicherung und dem Leistungserbringer bestehen muss. So haben wir echte Hausarztmodelle, die diesen Namen auch verdienen, und nicht Pseudomodelle, mit denen das Ziel nicht erreicht wird.

Die Minderheit moniert, dass eigentlich in all diesen besonderen Versicherungsverhältnissen als Grundvoraussetzung einerseits nachgewiesen werden müsse, dass Kosteneinsparungen damit verknüpft seien. Andererseits müsse mit diesem zusätzlichen Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Leistungserbringer das



ursprüngliche Versicherungsverhältnis zwischen der Versicherung und dem Versicherten zusätzlich durch ein drittes Element ergänzt werden, was die Freiheit der Versicherer selbstverständlich entsprechend einschränke. Das Ganze könnte auch den Nachteil mit sich bringen, dass Patienten von einem bestimmten Versicherungsmodell ausgeschlossen werden könnten, wenn Ärzte nicht auf dieser Liste erscheinen wollten.

Ich komme zum Kern der Vorlage, zu den Kostenzielen. Hier hat die Kommission mit 13 zu 11 Stimmen entschieden, diese nicht aufzunehmen. Die Mehrheit hat den Entwurf des Bundesrates in diesem Bereich abgelehnt: Der Bundesrat will Kostenziele festlegen. Er hat im Gesetzestext sehr präzise ausgeführt, wie er das entsprechend machen muss. Das betrifft die gesamten Leistungen in der ganzen Schweiz, aber auch heruntergebrochen Leistungen in der ganzen Schweiz bezüglich Analysen, Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen; es betrifft alles, was nach Tarifverträgen abgerechnet wird. Der Bundesrat legt auch fest, dass pro Kanton die Kostenziele mit einer einheitlichen Toleranzmarge heruntergebrochen werden müssen, aber auch mit Richtwerten für die Aufteilung und Einhaltung des Kostenziels bezüglich des zulässigen Kostenanstiegs.

Zusätzlich möchte er bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge vom medizinischen Bedarf ausgehen. Er führt das auf die wirtschaftliche Entwicklung, die Demografie, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie das Effizienzpotenzial zurück. Der Bundesrat muss gemäss seinem eigenen Vorschlag auch entsprechend die Kantone anhören, bevor er Kostenziele und Toleranzmarge festlegt.

All das will die Minderheit I (Hess Lorenz) verschlanken, mit einem ganz einfach festgelegten Kostenziel, indem jeder Kanton unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele für die folgenden vier Jahre entsprechend festlegt. Die Minderheit II (Wasserfallen Flavia) will diese Bestimmung dadurch ergänzen, dass der Bundesrat diese Ziele nicht nur nach Anhörung der Versicherer, der Kantone und Leistungserbringer festlegt, sondern eben auch nach Anhörung der Versicherten.

Der Antrag Wasserfallen Flavia wurde in der Kommission mit 15 zu 10 Stimmen abgelehnt, der von der Minderheit Hess Lorenz aufgenommene Antrag mit 13 zu 11 Stimmen.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans le bloc 1, deux thématiques sont abordées. La première concerne l'article 41 alinéa 4bis, soit la possibilité d'un "opting-out" pour les médecins. Dans certains modèles d'assurance, le libre choix du médecin est limité et l'assurance ne rembourse que des médecins qui figurent sur une liste qui est publiée. C'est le cas par exemple dans les modèles HMO, ainsi que dans le modèle de "gatekeeping", dit modèle du médecin de famille.

Les médecins ne sont pas consultés pour figurer sur cette liste. Etre sur cette liste peut être considéré comme un avantage, mais, certains médecins prennent cela comme un affront, voire se sentent considérés comme des médecins "low cost". Du point de vue de la profession, il n'est pas acceptable que l'assurance puisse unilatéralement décider qui figure sur cette liste, d'une part, et surtout imposer à des fournisseurs de prestations de figurer sur une liste sans leur accord, d'autre part.

La majorité de la commission estime que le fournisseur de prestations doit avoir la possibilité de se retirer de ces listes. Le but est aussi de revenir sur un arrêt du Tribunal fédéral qui avait refusé à un médecin de pouvoir être retiré de ces listes.

La minorité Nantermod, de son côté, estime que le contrat d'assurance est un contrat bilatéral entre l'assuré et l'assurance, et que le fournisseur de prestations n'a pas son mot à dire concernant les listes de médecins. C'est un accord entre l'assuré et l'assureur qui définit simplement les prestations remboursées.

Cet article est adopté par 13 voix contre 11 et 1 abstention. Au nom de la commission, je vous invite à maintenir cette disposition dans ce bloc 1.

Les articles 54 et 54e, section 5, constituent le coeur du contre-projet du Conseil fédéral, où sont ancrés les objectifs en matière de coûts. La commission comme j'ai pu le dire en introduction, a nommé une sous-commission qui a complètement retravaillé le contre-projet du Conseil fédéral et a abouti à la conclusion qu'il convenait d'élaborer un contre-projet autre que celui qu'avait préparé le gouvernement. Le Conseil fédéral a de son côté voulu introduire ses objectifs en matière de coûts: l'idée que le gouvernement fixe le pourcentage d'augmentation à ne pas dépasser annuellement avec une marge de tolérance dans le domaine de la santé.

Ces augmentations seraient ensuite reprises par les cantons par catégorie de coûts, dans le domaine des analyses, des médicaments, des prestations de la LiMA, des prestations tarifées. Ensuite, si les objectifs ne sont pas tenus, le Conseil fédéral aurait l'obligation de prendre des mesures, notamment en intervenant sur les tarifs. Cette proposition a été combattue par la majorité de la commission, qui considère que les objectifs de coûts équivalent à un budget global ou alors à un tigre de papier. Soit ils ne déploient pas d'effet, parce qu'ils sont trop incisifs et restent alors lettre morte, une machine bureaucratique supplémentaire, soit ils déploient



des effets et aboutissent à une espèce de budget global, donc à une restriction de l'accès aux soins et, par extension, de la qualité pour les patients.

AB 2022 N 845 / BO 2022 N 845

Par ailleurs, la majorité de la commission a relevé qu'il y avait déjà l'article 47c, qui fait partie du paquet de mesures Ib actuellement en attente au Conseil des Etats et qu'il n'était par conséquent pas nécessaire de présenter deux projets parallèles qui aboutiraient peu ou prou au même résultat.

La minorité I (Hess Lorenz) reprend le projet du Conseil fédéral avec quelques adaptations. D'abord, l'objectif est d'adopter un plan quadriennal en la matière. Les assureurs-maladie, les cantons et les fournisseurs de prestations seraient consultés pour mettre en oeuvre les objectifs de coûts. La catégorisation par coût est aussi biffée. Les cantons pourraient reprendre les mesures fédérales sans être tenus de le faire; les sanctions seraient quant à elles biffées.

La minorité II (Wasserfallen Flavia) reprend les termes de la minorité I en ajoutant la consultation des associations d'assurés en plus des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations.

La commission a préféré, par 15 voix contre 10, la minorité I à la minorité II. Mais elle a rejeté, par 13 voix contre 11 et 0 abstention, les objectifs en matière de coûts de manière générale.

Je vous remercie de suivre la majorité de la commission sur l'ensemble de ces points.

Art. 41 Abs. 4bis

Antrag der Mehrheit

Die Leistungserbringer können sich aus der Auswahl des Versicherers streichen lassen.

Antrag der Minderheit

(Nantermod, Aeschi Thomas, de Courten, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Porchet, Prelicz-Huber, Rösti, Silberschmidt, Weichelt)

Streichen

Art. 41 al. 4bis

Proposition de la majorité

Les fournisseurs de prestations peuvent demander à ne pas figurer parmi le choix proposé par les assureurs.

Proposition de la minorité

(Nantermod, Aeschi Thomas, de Courten, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Porchet, Prelicz-Huber, Rösti, Silberschmidt, Weichelt)

Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24972)

Für den Antrag der Minderheit ... 98 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 79 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Titel

Antrag der Mehrheit

Bundesgesetz ... (Massnahmen zur Kostendämpfung, insbesondere in den Bereichen Tarife und Laboranalysen)

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre

Proposition de la majorité

Loi fédérale ... (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, en particulier dans les domaines des tarifs et des analyses de laboratoire)





Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. d

Streichen

Abs. 4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 2 Bst. d

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2 Bst. e

e. zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz.

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 2 let. d

Biffer

Al. 4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 2 let. d

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2 let. e

e. mesurer les objectifs de qualité et le rapport coût-efficacité.

Art. 53 Abs. 1

Antrag der Mehrheit

... Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim ...

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 53 al. 1

Proposition de la majorité

... alinéas 1 à 3, 51, 54 et 55 peuvent faire ...

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Gliederungstitel vor Art. 54

Antrag der Mehrheit

Unverändert





Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre précédant l'art. 54

Proposition de la majorité
Inchangé

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 54

Antrag der Mehrheit
Unverändert

AB 2022 N 846 / BO 2022 N 846

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Kosten- und Qualitätsziele

Text

Der Bundesrat legt nach Anhörung der Versicherer, der Kantone und Leistungserbringer Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für die darauffolgenden vier Jahre fest.

Antrag der Minderheit II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Gemäss Minderheit I, aber:

... nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone ...

Art. 54

Proposition de la majorité
Inchangé

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Objectifs en matière de coûts et de qualité

Texte

Le Conseil fédéral fixe, après consultation des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations, des objectifs en matière de coûts et de qualité pour les prestations pour les quatre années qui suivent.

Proposition de la minorité II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Selon minorité I, mais:

... après consultation des assureurs, des assurés, des cantons ...



Art. 54a

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Streichen

Art. 54a

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Biffer

Art. 54b

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 1

Jeder Kanton kann unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele für die darauffolgenden vier Jahre festlegen.

Abs. 2

Streichen

Abs. 3

Er hört die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele an.

Abs. 4

Streichen

Antrag der Minderheit II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Gemäss Minderheit I, aber:

Abs. 3

Er hört die Leistungserbringer, die Versicherer und die Versicherten ...

Art. 54b

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 1

Chaque canton peut fixer ses objectifs en matière de coûts et de qualité pour les quatre années qui suivent en tenant compte des objectifs fixés par le Conseil fédéral en matière de coûts et de qualité au sens de l'article 54.

Al. 2

Biffer



Al. 3

Il consulte les fournisseurs de prestations et les assureurs avant de fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité.

Al. 4

Biffer

Proposition de la minorité II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Selon minorité I, mais:

Al. 3

Il consulte les fournisseurs de prestations, les assureurs et les assurés avant de ...

Art. 54c

Antrag der Kommission

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Fristen

Text

Der Bundesrat legt die vierjährigen Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest.

Art. 54c

Proposition de la commission

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Délais

Texte

Le Conseil fédéral fixe les objectifs en matière de coûts et de qualité pour quatre ans au plus tard douze mois avant le début de la période à laquelle ils doivent s'appliquer.

AB 2022 N 847 / BO 2022 N 847

Art. 54d

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Streichen

Art. 54d

Proposition de la majorité

Biffer





Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Biffer

Art. 54e

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Abs. 1

Gemäss Bundesrat, aber:

... Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen ...

Abs. 2

Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring. Sie überwacht die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche und gibt dem Bund und den Tarifpartnern Empfehlungen zu den Massnahmen ab. Die Kommission publiziert ihre Beschlüsse öffentlich.

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 54e

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins

Al. 1

Selon Conseil fédéral, mais:

... Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance ...

Al. 2

La commission est responsable du monitoring des coûts et de la qualité. Elle surveille l'évolution des différents domaines de prestations et formule à l'intention de la Confédération et des partenaires tarifaires des recommandations concernant les mesures. Elle publie ses décisions.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Ziff. II Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Abs. 1

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Kosten- und Qualitätsziele werden erstmals für das Kalenderjahr festgelegt, das nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... beginnt.



Ch. II disposition transitoire de la modification du ... al. 1

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Les objectifs en matière de coûts et de qualité sont fixés pour la première fois pour l'année calendaire qui commence deux ans après l'entrée en vigueur de la modification du ...

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Der Bundesrat hat seinen Antrag zurückgezogen.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24973)

Für den Antrag der Minderheit II ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 79 Stimmen

(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24974)

Für den Antrag der Minderheit II ... 94 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 91 Stimmen

(1 Enthaltung)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 32 Abs. 3

Antrag der Kommission

Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, werden anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist verhältnismässig. Mit seiner Durchführung beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte.

Art. 32 al. 3

Proposition de la commission

En présence d'indices annonçant qu'une prestation n'est pas ou n'est plus efficace, adéquate et économique, celle-ci sera évaluée dans le cadre d'une procédure basée sur des éléments objectifs et concrets. La procédure d'évaluation se fonde sur des critères transparents et respectant le principe de la proportionnalité. Elle tient compte des connaissances scientifiques les plus récentes. La Confédération charge des tiers indépendants de l'administration de réaliser la procédure d'évaluation.

Angenommen – Adopté

Art. 56 Abs. 5

Antrag der Kommission

... zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass

1. die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien unter Berücksichtigung von klinischen Leitlinien geprüft wird;
2. diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.



Art. 56 al. 5

Proposition de la commission

... destinées à garantir l'adéquation des prestations et le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à:

1. une prise en charge dans le cas particulier qui soit examinée selon des critères uniformes tenant compte des recommandations pour la pratique clinique;
2. éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

Angenommen – Adopté

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 12.40 Uhr
La séance est levée à 12 h 40*

AB 2022 N 849 / BO 2022 N 849



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Fortsetzung – Suite

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Block 2 – Bloc 2

Massnahmen im Bereich der Tarife und Laboratorien

Mesures dans les domaines des tarifs et des analyses de laboratoire

Schläpfer Therese (V, ZH): Ich vertrete den Antrag der Minderheit de Courten zu Artikel 46a Absatz 3: Wir wollen hiermit verhindern, dass der Bundesrat und die Kantone zusätzliche Kompetenzen erhalten. Wir wollen nicht, dass der Bundesrat neu auch bei einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern subsidiär eingreifen und differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen kann. Falls Tarifverträge, die die Höhe der Vergütung regeln, die Anforderungen des Gesetzes an ihre Genehmigung nicht mehr erfüllen und die Tarifpartner diese Verträge nicht von sich aus anpassen oder kündigen, soll die zuständige Behörde neu die Möglichkeit haben, den Tarif festzusetzen. Das wollen wir vermeiden. Der Föderalismus





soll hier weiterhin bewahrt werden. Wir wollen keine Entwicklung hin zu einem staatlichen Gesundheitssystem mit einer Planwirtschaft. Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag der Minderheit de Courten zuzustimmen.

Zu Ziffer II Absatz 2: Hier möchte die Minderheit II (de Courten) den ursprünglich angedachten Fahrplan des Bundesrates einhalten. Das heisst, die Kostenziele werden erstmals für das Kalenderjahr festgelegt, das nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung beginnt.

Die Mehrheit der Kommission möchte, dass der Bundesrat unverzüglich Massnahmen zur Kostendämpfung ergreift, indem er die überhöhten Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. Mit einer Zustimmung zum Antrag der Kommissionsmehrheit wird ein Chaos provoziert – ein Durcheinander ist vorprogrammiert. Zuerst muss der veraltete Tarmed durch den Tardoc ersetzt werden; danach kann man darauf aufbauen. Die Minderheit I (Prelicz-Huber) möchte ein noch grösseres Durcheinander anrichten, indem sie zusätzliche Bedingungen mit nicht sachgerechten und nicht betriebswirtschaftlichen Vergütungen in die Tarifstruktur einbauen will.

Aus diesen Gründen und um ein unnötiges Chaos zu verhindern, machen wir Ihnen beliebt, den Fahrplan des Bundesrates einzuhalten, und bitten Sie auch hier, der Minderheit II (de Courten) zuzustimmen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Der Antrag meiner Minderheit I soll kein Chaos verursachen – ich weiss nicht, wie meine Vorrednerin auf diese Idee kommt –, im Gegenteil: Es ist gut, die Tarife anzuschauen. Dort, wo zu viel bezahlt wird, sollen sie gesenkt werden; dort, wo Bestimmungen mit Fehlanreizen vorhanden sind, sollen diese gestrichen werden; und dort, wo die Tarife zu tief sind, sollen sie selbstverständlich ebenfalls angepasst werden. Schlussendlich wird dadurch gespart, weil damit eine adäquate Behandlung gewährleistet wird.

Ich nehme das Beispiel der Pflege: Arbeitsbedingungen und Löhne müssen verbessert werden. Mehr Personal zu haben, kostet zuerst, aber es entspricht dem Auftrag der Initiative, die das Volk grossmehrheitlich angenommen hat. Das ist also ein Muss. Studien zeigen eben sehr deutlich, dass bis zu 50 Prozent des Erfolgs einer Behandlung von einer adäquaten, guten Pflege abhängen. Am Schluss wird also so wieder gespart, weil damit eine bessere Genesung gewährleistet ist und dadurch das Risiko einer Wiedererkrankung deutlich sinkt.

Die Aussage, dass wir Kosten sparen, wenn wir zu tiefe Tarife haben, ist nicht redlich. Ich nehme noch einmal das Beispiel der Pflege. Es gibt hier den Auftrag des Volkes. Das heisst, es braucht zuerst eine Investition, nicht eine Einsparung.

Ich nehme ein anderes Beispiel, die ambulante Pflege oder Versorgung im Spital – auch das ein Auftrag -: Im Spital ist der ambulante Tarif zu tief eingestuft und oft nicht kostendeckend. Die Operation dagegen rentiert, obwohl sie teurer ist. Letztlich wird die Operation durchgeführt, weil die ambulante Behandlung eben nicht rentiert. Für das Spital ist damit die Rechnung positiv, für die Gesamtkosten aber negativ.

Am Anfang ist eine richtige Tarifierung unter Umständen teurer, am Schluss aber billiger, da mehr ambulant behandelt wird. Im Grunde ist das Ganze sehr klar und alles andere als ein Chaos. Es geht darum, nicht nur die überhöhten Tarife zu ändern, sondern unbedingt auch die zu tiefen, damit am Schluss eine Verbesserung der Gesamtrechnung resultiert. So wird eine bessere, adäquatere Versorgung gewährleistet, das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Zentrum. Damit haben wir eine sinnvolle Tarifierung.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Minderheitsantrag, einschliesslich des Begriffes der Verwaltung, zuzustimmen, damit auch nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen geändert oder angepasst werden.

Mäder Jörg (GL, ZH): Bei Artikel 46a Absatz 3 werden wir den Antrag der Minderheit de Courten unterstützen. Damit eine Tarifstruktur einen echten Nutzen hat, muss sie auch über eine saubere Struktur verfügen. Sonst wird sie dem Namen nicht gerecht und somit hinaufällig. Mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit wären aber so viele Differenzierungen – man könnte auch "Ausnahmen" sagen – möglich, dass die Tarifstruktur komplett einzustürzen droht. Das Werk würde zu einer endlos langen Liste von nach unzähligen Kriterien differenzierten Tarifen und Subtarifen verkommen und seinen angedachten Nutzen verlieren. Die Tarifstruktur soll einen klaren Rahmen vorgeben, an dem man sich orientieren und den

AB 2022 N 850 / BO 2022 N 850

man zur Kontrolle des Ist-Zustandes und für die Weiterentwicklung nutzen kann. Unterstützen Sie bei Artikel 46a Absatz 3 also bitte den Antrag der Minderheit de Courten.

Bei den Übergangsbestimmungen ist es ein bisschen kompliziert. Wir sind durchaus der Meinung, dass sie in dieser Art nicht notwendig sind. Wir sind uns aber bewusst, dass es für einige Mitglieder im Rat ein wichtiges Thema ist. Wir sind auch der Meinung, dass der Gegenvorschlag hier in der jetzigen Runde eine Unterstützung finden und so in Richtung Ständerat geschickt werden soll.



Aus diesem Grund, damit eben genau dies gelingen kann, werden wir bei Ziffer II Absatz 2 den Antrag der Minderheit I (Prelicz-Huber) unterstützen.

Feri Yvonne (S, AG): Zu Artikel 46a Absatz 3: Die Mehrheit möchte im Fall eines tariflosen Vertragszustands den zuständigen Behörden – dem Bundesrat oder den Kantonsregierungen – eine Subsidiärkompetenz erteilen. Es geht darum, dass mehr Möglichkeiten gegeben werden, auch differenzierte Taxpunktwerte zu verfügen. Wir sprechen beispielsweise immer von der Förderung der Hausarztmedizin. Da sollte es z. B. auch möglich sein, dass die Versicherer in ländlichen Gebieten einen höheren Taxpunktwert aushandeln können oder dass die Kantonsregierung das verfügen kann.

Mit Tarmed haben wir einen sehr veralteten Tarif, bei dem technische Leistungen, gewisse Spezialistenleistungen viel zu hoch tarifiert sind und die Zeit etwas weniger hoch tarifiert ist. Das wissen wir inzwischen alle. Mit dem Mehrheitsantrag möchten wir den Spielraum erweitern, damit es auch möglich ist, in einem Kanton differenzierte Taxpunktwerte zu beschliessen oder zu vereinbaren.

Wir hatten bei dieser Diskussion die Förderung der Grundversorger im Blick; dazu gehören Hausärzte, Kinderärzte, Kinderpsychiater oder Psychiaterinnen und Psychiater, die vor allem im Gespräch den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten erfassen müssen. Wenn man die Grundversorgung stärker fördert, dann gibt es weniger Kosten in der Spezialisierung. Wir wissen, dass die Spezialisierung in der Regel auch viel teurer ist. Wir wollen also sowohl den Tarifpartnern wie auch der Genehmigungsbehörde, den kantonalen Regierungen, eine zusätzliche Möglichkeit geben. Die SP-Fraktion unterstützt bei diesem Artikel die Mehrheit und bittet Sie, den Antrag der Minderheit de Courten abzulehnen.

Bei Ziffer II Absatz 2 geht es um unverzügliche Massnahmen zur Kostendämpfung; die Minderheit II (de Courten) fordert die Streichung dieses Absatzes. Es gibt zusätzlich die Minderheit I (Prelicz-Huber), deren Antrag soeben vertreten worden ist, die wir unterstützen.

Als Parlament haben wir die Möglichkeit, Reformen zu beschliessen, die vielleicht in einigen Jahren einen Effekt haben werden. Solange es den Tarmed gibt, muss der Bundesrat die Möglichkeit bekommen, diesen zu korrigieren. Tarife, die nicht stimmen, sind kostentreibend und für Ausführende je nachdem nicht kostendeckend. Ein Beispiel: In den Spitälern sind die ambulanten Tarife teilweise nicht kostendeckend. Deshalb werden Operationen stationär statt ambulant durchgeführt, weil dann der Tarif wiederum stimmt. Das wirkt kostentreibend und macht keinen Sinn. Wäre der Tarif richtig, sprich, wären die ambulanten Tarife kostendeckend, wären weniger stationäre Eintritte nötig. Dann hätten wir deutliche Kostensenkungen zu verzeichnen – um bei diesem Beispiel zu bleiben. Wenn wir das im Gesetz verankern, haben wir zumindest die Chance, dass es auf der Kostenseite für das nächste Jahr oder mindestens für 2024 Korrekturen geben kann, denn nur der Bundesrat kann kurzfristig Einfluss auf die Kosten nehmen. Deshalb braucht es hier eine Übergangslösung.

Wir werden den Antrag der Minderheit II (de Courten) ablehnen und unterstützen, wie gesagt, den Antrag der Minderheit I (Prelicz-Huber), weil dieser präziser ist und somit Korrekturen auf alle Seiten vorgenommen werden können.

Weichelt Manuela (G, ZG): Zur Minderheit de Courten bei Artikel 46a Absatz 3 KVG: Die grüne Fraktion lehnt den Minderheitsantrag de Courten, vertreten von Nationalrätin Schläpfer, ab und unterstützt die Mehrheit der SGK-N. Wenn wir die Grundversorgung stärker fördern, dann senkt das die Kosten in der Spezialmedizin. Wir wissen, dass die Spezialmedizin in der Regel teurer ist als die Grundversorgung. Die Grünen möchten sowohl den Tarifpartnerinnen als auch der Genehmigungsbehörde, den kantonalen Regierungen, eine zusätzliche Handlungsoption geben.

Zur Minderheit I (Prelicz-Huber) bei der Übergangsbestimmung: Die grüne Fraktion unterstützt die Minderheit Prelicz-Huber. Es ist für die Grünen der Schlüsselartikel. Die Grünen haben während Jahren für die Pflege gekämpft. Es kann nicht sein, dass der Bundesrat nur Massnahmen zur Kostendämpfung ergreift, indem er unverzüglich die überhöhten Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. Es ist zwingend, dass, bildlich gesprochen, auch in der anderen Waagschale etwas passiert. Der Bundesrat muss auch bei nicht sachgerechten und nicht betriebswirtschaftlichen Vergütungen unverzüglich Massnahmen ergreifen. Diese Formulierung stammt von der Verwaltung und bedeutet, dass der Bundesrat nicht nur bei überhöhten Vergütungen, sondern auch bei unterfinanzierten Leistungen unverzüglich zu korrigieren hat. Damit eben die Grünen nochmals den Weg für die Pflegefinanzierung.

Selbstredend wird die grüne Fraktion den Minderheitsantrag II (de Courten) für die Streichung von Absatz 2 der Übergangsbestimmung ablehnen. Wir erwarten allerdings vom Bundesrat, dass nicht mehr in der veralteten Tarifstruktur Tarmed korrigiert, sondern mit vereinten Kräften Tardoc in Kraft gesetzt wird.

Wie bereits bei meinem Eintretensvotum für die grüne Fraktion gestern erwähnt, ist aus Sicht der grünen



Fraktion für die Frage, ob wir dem Gegenvorschlag in der Gesamtabstimmung zustimmen können oder nicht, ausschlaggebend, wie Sie mit den von grüner Seite eingebrachten Minderheitsanträgen umgehen. Sie haben es in der Hand.

Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen dringend, dem Minderheitsantrag I (Prelicz-Huber) zuzustimmen.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Hier, notre groupe a pris acte avec satisfaction de l'approbation par notre conseil de l'article 54 relatif à la fixation d'objectifs en matière de coûts de la santé. Cet élément clef du contre-projet va dans le sens de notre initiative et, de manière cohérente, nous soutiendrons dans ce deuxième bloc les mesures qui permettent, même très modestement, de freiner les coûts de la santé dans deux domaines, celui des analyses de laboratoire et celui des tarifs.

Tout d'abord, nous soutiendrons la commission au sujet des laboratoires. Il est judicieux d'imposer aux laboratoires, qui ne procèdent à aucune analyse de soins de base pour leurs propres besoins – on pense au laboratoire d'un cabinet –, de conclure un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs pour pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le montant des remboursements devrait toutefois être inférieur aux tarifs fixés par l'autorité compétente. L'objectif est simple: la comparaison internationale des tarifs des analyses médicales, réalisée par le Surveillant des prix et présentée en commission, montre clairement que les tarifs suisses dépassent considérablement ceux d'autres pays européens. Des mesures dans ce domaine sont donc appropriées, même si l'on transgresse la sacro-sainte liberté de contracter. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de prestations de base qui ne justifient pas de grands écarts de prix. Le système proposé permettra ainsi de renforcer le partenariat tarifaire et de faire jouer la concurrence. Au moins, cette fois la commission ne s'est pas laissé impressionner par les groupes d'intérêts concernés, qui exagèrent les contraintes administratives auxquels seraient soumis les médecins, ainsi que les risques financiers et d'approvisionnement d'une telle mesure.

Dans la même logique, nous soutiendrons à l'article 46a le principe des tarifs différenciés, souhaité par la majorité de la commission. A savoir, si une convention tarifaire n'est plus économique ni appropriée, et si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur une adaptation dans un délai d'un an, ce qui est un délai raisonnable, il serait légitime

AB 2022 N 851 / BO 2022 N 851

de pouvoir débloquer la situation avec des tarifs différenciés pour certaines prestations ou groupes de fournisseurs de prestations.

En sachant que l'autorité d'approbation pourrait améliorer la situation des médecins de premier recours dans certaines régions ou diminuer les tarifs pour certains spécialistes, à propos desquels on se pose toujours la question de savoir pourquoi leur salaire est bien plus élevé que celui des généralistes, on comprend là aussi pourquoi d'autres groupes d'intérêts, cette fois, s'opposent à la mesure.

Dans les dispositions transitoires, nous nous opposerons à la minorité II (de Courten) et soutiendrons la minorité I (Prelicz-Huber), qui complète avantageusement la proposition de la majorité de la commission. Il s'agit en effet de prendre immédiatement des mesures corrigeant les rémunérations excessives dans le Tarmed, devenu complètement obsolète. Savez-vous que le tarif appliqué pour une opération des yeux qui prenait deux heures il y a 20 ans mais seulement quelques minutes aujourd'hui est toujours le même? Voilà un exemple de rémunération inappropriée et non économique qu'il s'agit de corriger. D'où aussi notre soutien à la formulation rajoutée par la minorité I.

Quant à la minorité II (de Courten), permettez-moi de vous faire part de notre incompréhension. Elle semble en effet ménager les intérêts de ces organisations faïtières ou lobbys, comme vous voulez, qui eux-mêmes sont incapables de s'entendre sur le nouveau système tarifaire censé remplacer au plus vite le Tarmed, c'est-à-dire à l'horizon 2024. D'ailleurs, notre collègue de Courten a lui-même proposé lors de notre dernière séance un postulat de commission visant à mettre en place les conditions-cadres pour la mise en place tant d'un nouveau tarif à la prestation (Tardoc) que de forfaits pour les prestations ambulatoires. Peut-être serait-il plus élégant à ce stade que cette minorité soit retirée.

Nous saluons les nouvelles compétences subsidiaires accordées au Conseil fédéral aux articles 46a alinéa 2 et 49 alinéa 2bis.

Permettez-moi, avant le vote sur l'ensemble, de vous rappeler que ce contre-projet indirect, bien que lacunaire, mérite d'être soutenu. Ne faites pas en sorte qu'il échoue, à l'image de toutes les réformes de la santé à ce jour. Vous en serez tenus responsables devant le peuple lorsqu'il devra se déterminer sur notre initiative populaire.

Sauter Regine (RL, ZH): Wir haben in diesem Block noch über die Anträge zweier Minderheiten zu befinden.



Bei Artikel 46a Absatz 3 wird die FDP-Liberale Fraktion nicht die Minderheit de Courten, sondern die Mehrheit unterstützen. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit, dass bei der Festsetzung von Tarifen differenziert vorgegangen werden kann, scheint uns sinnvoll und zweckmässig. Wir hatten diese Diskussion bereits zu einem früheren Zeitpunkt, als es darum ging, eine Antwort auf das Problem zu finden, wie mehr Hausärztinnen und Hausärzte für abgelegene Regionen zu gewinnen wären. Dafür wäre ein solches Instrument ein geeignetes Mittel, weshalb wir das unterstützen.

Bei Ziffer II Absatz 2 werden wir die Minderheit II (de Courten) unterstützen. Was hier vorgeschlagen ist, läuft dem Konzept der Tarifpartnerschaft nun wirklich vollkommen zuwider. Nach irgendwelchen willkürlichen Kriterien würden hier Tarife festgesetzt respektive gekürzt, was überhaupt nicht dem Konzept und der Vorgabe des Gesetzes entspricht, wonach Tarife betriebswirtschaftlich und sachgerecht sein müssen. Das hingegen ist genau das Konzept, das nun mit dem neu ausgehandelten Tarif Tardoc erreicht werden soll. Es ist aus unserer Sicht umso bedauerlicher, dass hier nicht weitere Fortschritte erzielt werden können und der Tardoc immer noch seiner Inkraftsetzung harrt. In diesem Sinne bitten wir Sie, die Minderheit II (de Courten) zu unterstützen und uns zu folgen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Dans ce bloc 2, il y a plusieurs éléments de nature assez différentes. J'aimerais parler d'abord de l'article 37a sur la conclusion de conventions avec un ou plusieurs assureurs-maladie concernant les laboratoires. Je voudrais préciser, parce que le débat n'est pas terminé à ce sujet, que les dispositions de cet article nous semblent poser encore de nombreux problèmes. Il y a beaucoup de questions encore ouvertes et sans réponse. Nous voyons que la mise en oeuvre de certains points pourrait être problématique. Il faudra donc encore examiner cela en détail sans avancer plus maintenant. Je ne demande pas de vote à ce sujet. Il y a encore pas mal de travail à réaliser si on souhaite que l'article soit appliqué dans sa version actuelle.

Ensuite, à l'article 46 alinéas 4bis et 4ter, nous partageons le souhait de votre commission que les conventions tarifaires soient examinées rapidement. C'est toujours le cas. Cela dit, en pratique, quand il y a des retards, ils sont essentiellement dus à des demandes incomplètes ou mal documentées. Il faudrait pour le moins prévoir que le délai est d'un an à partir du moment où les documents sont réunis. Sinon, cela mettra l'autorité sous pression, en la poussant à autoriser des tarifs qui ne seraient pas correctement documentés, parce que le temps manque. Nous devons encore reparler de cela.

En ce qui concerne l'entrée en vigueur automatique des conventions tarifaires, j'aimerais remarquer que cette proposition va à l'encontre d'un instrument fondamental pour le contrôle des coûts que représente l'approbation des conventions tarifaires par une autorité compétente. Je le mentionne ici parce que cela va certainement encore donner lieu à des discussions dans la suite des travaux.

Pour le reste, nous avons plusieurs propositions de minorité. Pour faire simple, j'aimerais vous inviter à suivre la minorité de Courten et la minorité II (de Courten). Cela concerne tout d'abord les tarifs différenciés et le nouvel alinéa 3 à l'article 46a. Nous vous invitons ici à soutenir cette proposition de minorité, et donc à rejeter la proposition de la majorité. Il nous semble que cette proposition de la commission va à l'encontre de l'article 43 alinéa 5 LAMal, selon lequel les tarifs à la prestation doivent être fondés sur une structure tarifaire uniforme. Il faut également aussi se rappeler qu'une prestation médicale doit en principe être proportionnelle à une autre prestation médicale dans toute la Suisse, et que les structures tarifaires peuvent déjà être aménagées de manière différenciée, si on pense au TarMed notamment. Les médecins de premier recours reçoivent déjà actuellement un supplément. Avec la proposition de la majorité, parce qu'elle ne définit pas les critères de différenciation, nous nous retrouverions alors avec une tarification qui n'est plus fondée sur les critères d'économicité et d'adéquation, mais qui est influencée par le comportement des acteurs concernés.

C'est la raison pour laquelle j'aimerais inviter votre conseil à soutenir la proposition de la minorité de Courten à l'article 46a alinéa 3.

Il en va de même pour la disposition transitoire, au chiffre II article 2. Là, il y a deux minorités: la minorité I (Prelicz-Huber) et la minorité II (de Courten). J'aimerais vous inviter à soutenir la minorité II (de Courten). Il faut rappeler que, en vertu de l'article 43 alinéa 5bis LAMal, le Conseil fédéral peut déjà procéder à des adaptations de la structure tarifaire. Cela a été d'ailleurs réalisé. Mais il faut considérer que, dans le cas présent, on ne peut pas s'attendre à une entrée en vigueur de la présente loi avant 2024 ou 2025. Les travaux sont en cours maintenant. En plus, il faudra ensuite prendre le temps de la mettre en oeuvre. Donc, il faut être très clair: ce dont vous discutez aujourd'hui n'aura pas d'effet sur les primes 2023 ni sur les primes 2024. Il faudra malheureusement encore attendre, après qu'il a fallu beaucoup de temps pour traiter ces différents projets, pour que cela puisse avoir de l'effet.

En conclusion, j'aimerais vous inviter à soutenir la minorité de Courten à l'article 46a alinéa 3 et la minorité II



(de Courten) pour ce qui concerne la disposition transitoire au chiffre II article 2.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans ce bloc 2, il est question des mesures dans le domaine des tarifs et des analyses de laboratoire. Je ne reviendrai pas sur la question des analyses de laboratoire. Tout a été dit et il n'y aura pas de vote à ce sujet. Je me concentrerai sur les deux points qui feront l'objet d'un vote de notre chambre.

A l'article 46a alinéa 3, il est question des tarifs différenciés en cas d'adaptation d'une convention tarifaire qui ne remplit plus les exigences légales. Conformément à l'article 46

AB 2022 N 852 / BO 2022 N 852

alinéa 4, une convention tarifaire ne peut être approuvée que si elle est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. On sait que le Tarmed, notamment, ne satisfait plus à ces exigences légales depuis plusieurs années. Il y a de longues discussions liées à des propositions d'autres tarifs pour remplacer le Tarmed. Il y a des discussions suite à l'adoption du volet 1a pour un tarif forfaitaire dans le domaine ambulatoire. Mais tout cela est encore dans le brouillard, et nous n'avons pas de nouveau modèle tarifaire réel sur la table.

La commission propose à l'article 46a la marche à suivre si la convention tarifaire ne respecte plus ces exigences. La majorité de la commission propose d'introduire la possibilité d'adopter, dans ce cas, des tarifs différenciés par position ou par groupe de prestataires. Ce serait par exemple le cas d'un point Tarmed différent selon que vous êtes un spécialiste ou un généraliste. Le but est de donner davantage de pouvoir d'intervention aux cantons, mais cela uniquement lorsque la convention tarifaire n'est plus conforme à la loi. Si la convention tarifaire est conforme à la loi, les cantons n'auraient plus cette marge d'appréciation.

La commission a constaté par exemple – et ce n'est évidemment pas par hasard que je prends cet exemple – que les prestations des généralistes ont été facturées de manière stable durant les dix dernières années, alors que celles des spécialistes ont doublé pendant cette même période. Nous savons que les cantons, lorsqu'ils fixent le point Tarmed, ne veulent pas pénaliser les généralistes, qui sont parfois difficiles à trouver, surtout dans des régions périphériques. Ainsi, les cantons auront la possibilité d'adopter deux points différents pour essayer de juguler la hausse des coûts dans le domaine des spécialistes, sans pénaliser les généralistes.

Par 15 voix contre 9 et aucune abstention, la commission a adopté cet article et vous invite à en faire autant.

Au chiffre II alinéa 2, dans les dispositions transitoires de cette loi, nous avons une volonté d'adapter immédiatement le Tarmed. La majorité de la commission exige du Conseil fédéral qu'il prenne immédiatement des mesures en corrigeant les rémunérations excessives du Tarmed. Il s'agit, dans les faits, d'une correction du tarif. En 2020, le secteur ambulatoire, par les cabinets médicaux et les hôpitaux, représentait respectivement 22 et 14 pour cent des dépenses, soit un total de 36 pour cent, plus du tiers, des dépenses de l'assurance obligatoire des soins. La mesure vise ainsi à intervenir rapidement sur les coûts. Le Conseil fédéral est déjà intervenu de la sorte à deux reprises par le passé, avec des effets considérables, de l'ordre du demi-milliard de francs.

La proposition de la minorité I (Prelicz-Huber) vise à étendre la mesure non seulement aux rémunérations excessives, mais aussi à celles qui seraient inappropriées ou peu économiques. Ainsi, des prestations pourraient, à l'inverse, voir leur coût augmenter dans le Tarmed, si nous suivions cette proposition de minorité.

La proposition de la minorité II (de Courten), à l'inverse, vise à rejeter cette mesure. Elle prendrait du temps à être mise en oeuvre au vu des délais liés à l'initiative populaire – une motion serait plus adéquate, un postulat a d'ailleurs été déposé par la commission dans ce sens – et elle constituerait un coup de canif porté à l'autonomie tarifaire.

La majorité, de son côté, estime qu'il y a urgence à agir, au vu de l'augmentation annoncée des primes d'assurance-maladie cet automne et vraisemblablement à l'automne 2023. Il est essentiel que le Conseil fédéral intervienne immédiatement sur les tarifs. La commission a rejeté la proposition défendue par la minorité I (Prelicz-Huber) par 22 voix contre 3 et est restée à la proposition majoritaire par 13 voix contre 12.

Au vote sur l'ensemble, la commission a accepté le contre-projet par 15 voix contre 10. Pour mémoire, le rejet de l'initiative a été recommandé par 20 voix contre 4 et aucune abstention.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Im Block 2 haben wir noch verschiedene Differenzen zu bereinigen, um das Projekt zu Ende zu bringen.

In Artikel 46a Absatz 3 geht es darum, dass die Kommissionsmehrheit beantragt, einen zusätzlichen Steuerungshebel in dieses Gesetz einzubauen, um die Versorgung besser zu sichern. Die Mehrheit will im Falle eines tariflosen Zustandes dem Bundesrat oder den Kantonsregierungen die zusätzliche Kompetenz erteilen,



in einzelnen Fachgebieten mit differenzierten Tarifen zu steuern und damit die Versorgungssicherheit und das Angebot zu stärken. "Tarifloser Zustand" heisst, dass der bestehende Tarif unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit nicht mehr zulässig ist. Es muss entsprechend gehandelt werden. Neu soll diese Möglichkeit ins Gesetz eingebaut werden.

Die Minderheit ist der Auffassung, dass die Kantonsregierungen dieses Mittel mit der Zulassungssteuerung bereits erhalten haben und kein zusätzlicher Bedarf an Steuerungshebeln besteht.

Bei der Übergangsbestimmung in Ziffer II Absatz 2 geht es um die Signalwirkung, dass der Bundesrat bei den überalterten Tarifstrukturen unverzüglich eingreifen kann. Wenn wir dieses Gesetz verabschieden, dann wird sich die Wirkung erst in einiger Zeit entfalten. Die Mehrheit der Kommission will mit dieser Übergangsbestimmung dem Bundesrat unverzüglich die Mittel geben, um einzugreifen und die entsprechenden Tarifgesuche, die auf dem Tisch liegen, auch umgehend zu präzisieren.

Bei Artikel 46a kam die Mehrheit mit 15 zu 9 Stimmen und bei der Übergangsbestimmung mit 13 zu 12 Stimmen zustande.

Wir bitten Sie, den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

Art. 37a

Antrag der Kommission

Titel

Laboratorien: Besondere Voraussetzungen

Abs. 1

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe f, die keine Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchführen, müssen einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen. Soweit im jeweiligen Kanton eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet ist, sind Versicherer und Leistungserbringer in der Wahl ihrer Vertragspartner frei. Die Verträge regeln insbesondere die Vergütung für die Analysen. Diese dürfen nicht höher ausfallen als die Tarife nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1.

Abs. 2

Die Versicherer müssen den Versicherten eine Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen haben, zugänglich machen. Sie müssen jede Änderung der Liste veröffentlichen. Die Versicherten müssen jederzeit in die aktualisierte Liste Einsicht nehmen können.

Abs. 3

Die Versicherer müssen den kantonalen Stellen die Liste der Leistungserbringer übermitteln, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag geschlossen haben.

Abs. 4

Der Leistungserbringer muss die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden dürfen, weil kein Zusammenarbeitsvertrag nach Absatz 1 besteht. Sofern dies unterlassen wird, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.

Art. 37a

Proposition de la commission

Titre

Laboratoires: conditions particulières

Al. 1

Les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettre f, qui ne procèdent à aucune analyse de soins de base pour leurs propres besoins, doivent conclure un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs. Dans la mesure où dans un canton, une offre appropriée et de haut niveau de qualité est garantie, les assureurs et les fournisseurs de prestations ont le libre choix de leurs partenaires contractuels.

AB 2022 N 853 / BO 2022 N 853

Les contrats règlent notamment la rémunération des analyses. Le montant de celles-ci ne doit pas être supérieur aux tarifs visés à l'article 52 alinéa 1 lettre a chiffre 1.

Al. 2

Les assureurs sont tenus de mettre à disposition des assurés une liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération. Ils publient chaque modification apportée à la liste. Les assurés doivent à tout moment pouvoir consulter la liste actualisée.





Al. 3

Les assureurs transmettent aux services cantonaux la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération.

Al. 4

Dans le cas où un fournisseur de prestations n'est pas autorisé à facturer de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, car il n'a pas conclu de contrat de coopération avec un assureur, au sens de l'alinéa 1, il en informe avant le traitement la personne qui y est assurée. S'il omet de le faire, il renonce à des honoraires en droit civil.

Angenommen – Adopté

Art. 45 Abs. 2

Antrag der Kommission

Absatz 1 ist sinngemäss anwendbar, wenn ein Versicherer nicht für alle seine Versicherten eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet.

Art. 45 al. 2

Proposition de la commission

L'alinéa 1 est applicable par analogie si un assureur ne garantit pas à tous ses assurés une offre appropriée et de haut niveau de qualité au moyen d'analyses.

Angenommen – Adopté

Art. 46

Antrag der Kommission

Abs. 4bis

Ein Tarifvertrag muss innerhalb eines Jahres ab Einreichung beurteilt werden. Eine einmalige Fristverlängerung ist möglich, wenn die Antragsteller das Tarifgenehmigungsgesuch in klar definierten Bereichen ergänzen müssen.

Abs. 4ter

Trifft die Genehmigungsbehörde innert der Frist nach Absatz 4bis keinen formellen Entscheid, tritt ein Tarifvertrag in Kraft, sofern die beitretenden Versicherer die Mehrheit der versicherten Personen vertreten sowie die beitretenden Leistungserbringer im Geltungsbereich des Tarifvertrags über 50 Prozent des Volumens abrechnen.

Art. 46

Proposition de la commission

Al. 4bis

Une convention tarifaire doit être évaluée dans un délai d'un an à compter de son dépôt. Une prolongation unique du délai est possible si les auteurs de la demande d'approbation de tarif doivent compléter ladite demande dans des domaines clairement définis.

Al. 4ter

Si l'autorité d'approbation ne rend pas de décision formelle avant l'expiration du délai prévu à l'alinéa 4bis une convention tarifaire entre en vigueur, pour autant que les assureurs qui y adhèrent représentent la majorité des personnes assurées et que les fournisseurs de prestations qui y adhèrent facturent plus de 50 pour cent du volume dans le champ d'application de la convention tarifaire.

Angenommen – Adopté

Art. 46a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige Behörde nach den einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen.



Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Abs. 3

Streichen

Art. 46a

Proposition de la majorité

Al. 1, 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Dans l'exercice de ses compétences, l'autorité compétente peut approuver ou adopter des tarifs différenciés selon les différentes positions de la structure tarifaire ou selon des groupes de prestataires.

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Al. 3

Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24976)

Für den Antrag der Mehrheit ... 126 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 51 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 48; 49 Abs. 2bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 48; 49 al. 2bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. II Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Der Bundesrat ergreift unverzüglich Massnahmen zur Kostendämpfung, indem er die überhöhten Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. Diese Massnahmen treten zum gleichen Zeitpunkt in Kraft wie dieses Gesetz. Eine Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung.

Antrag der Minderheit I

(Prelicz-Huber, Porchet, Weichelt)

... indem er die überhöhten sowie die nicht sachgerechten und nicht betriebswirtschaftlichen Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. ...

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Mäder, Mettler, Röstli, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Streichen

Ch. II disposition transitoire de la modification du ... al. 2

Proposition de la majorité

Le Conseil fédéral prend immédiatement des mesures de maîtrise des coûts en corrigeant les rémunérations excessives de la structure tarifaire Tarmed. Ces mesures entrent en vigueur en même temps que la présente loi. Il n'y a pas d'effet suspensif en cas de recours.





Proposition de la minorité I

(Prelicz-Huber, Porchet, Weichelt)

... en corrigeant les rémunérations excessives de la structure tarifaire Tarmed, ainsi que celles qui sont inappropriées et qui ne sont pas économiques. Ces mesures entrent ...

Proposition de la minorité II

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Mäder, Mettler, Rösti, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Biffer

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24977)

Für den Antrag der Minderheit I ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 73 Stimmen

(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24978)

Für den Antrag der Minderheit I ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 74 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 21.067/24979)

Für Annahme des Entwurfes ... 104 Stimmen

Dagegen ... 74 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Wir kommen nun zur Volksinitiative zurück.

1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"

Art. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Lohr, Hess Lorenz, Humbel, Roduit)

... die Initiative anzunehmen.

Art. 2

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Sommersession 2022 • Dritte Sitzung • 01.06.22 • 08h00 • 21.067
Conseil national • Session d'été 2022 • Troisième séance • 01.06.22 • 08h00 • 21.067



Proposition de la minorité

(Lohr, Hess Lorenz, Humbel, Roduit)

... d'accepter l'initiative.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24981)

Für den Antrag der Mehrheit ... 156 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 28 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Fristverlängerung

Antrag der Kommission

Die Behandlungsfrist der Volksinitiative wird nach Artikel 105 Absatz 1 ParlG um ein Jahr, d. h. bis zum 21. November 2023, verlängert.

Prorogation du délai

Proposition de la commission

Le délai imparti pour traiter l'initiative populaire selon l'article 105 alinéa 1 LParl est prorogé d'un an, soit jusqu'au 21 novembre 2023.

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung statt.





21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Frist – Délai

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten. Die Kommission beantragt ohne Gegenantrag, die Frist für die Behandlung der Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)" nach Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes um ein Jahr, d. h. bis zum 21. November 2023, zu verlängern.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die vom Präsidenten erwähnte Volksinitiative wurde am 10. März 2020 mit genügend gültigen Unterschriften eingereicht. Nach dem Parlamentsgesetz muss die Bundesversammlung innert 30 Monaten ab Einreichung beschliessen, ob sie die Initiative Volk und Ständen zur Annahme oder zur Ablehnung empfiehlt. Berücksichtigt man diese 30 Monate ab Einreichung, dann läuft die Frist am 21. November 2022 ab. Gestützt auf Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes kann die Bundesversammlung die Frist zur Behandlung einer Volksinitiative um ein Jahr verlängern, wenn ein Rat über einen Gegenentwurf oder über einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlassentwurf Beschluss gefasst hat. Der Nationalrat hat dies am 1. Juni 2022 getan, er hat nämlich einen indirekten Gegenentwurf in der Gesamtabstimmung angenommen und eine Fristverlängerung bis zum 21. November 2023 beschlossen. Ihre Kommission beantragt Ihnen ohne Gegenantrag, die Frist zur Behandlung der Kostenbremse-Initiative um ein Jahr, d. h. bis zum 21. November 2023, zu verlängern. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.





AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Herbstsession 2022 • Zehnte Sitzung • 26.09.22 • 15h15 • 21.067
Conseil des Etats • Session d'automne 2022 • Dixième séance • 26.09.22 • 15h15 • 21.067



Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Herr Bundesrat Berset verzichtet auf das Wort.

*Die Behandlungsfrist des Geschäftes wird verlängert
Le délai de traitement de l'objet est prorogé*

AB 2022 S 919 / BO 2022 E 919



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Zweitrat – Deuxième Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Antrag der Mehrheit
Eintreten

Antrag der Minderheit
(Germann, Dittli, Gapany, Kuprecht, Müller Damian)
Nichteintreten

Proposition de la majorité
Entrer en matière



*Proposition de la minorité*

(Germann, Dittli, Gapany, Kuprecht, Müller Damian)

Ne pas entrer en matière

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Diese zwei Geschäfte, die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" und der indirekte Gegenvorschlag, der auf den Bundesrat zurückgeht, hängen zusammen. Wir behandeln dieses Geschäft als Zweitrat und bereinigen die Differenzen.

Ausgangspunkt war, wie gesagt, die Volksinitiative. Die Kostenbremse-Initiative verlangt, dass der Bundesrat zusammen mit den Kantonen, den Versicherern und den Leistungserbringern dafür sorgt, dass sich die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übereinstimmend mit der Wirtschaft und den Löhnen entwickeln. Die Volksinitiative wurde am 10. März 2020 eingereicht. Die Frist für die Behandlung der Volksinitiative läuft bis zum 21. November 2022. Die Frist wurde von uns um ein Jahr verlängert, da ein indirekter Gegenvorschlag vorliegt, also bis zum November 2023.

In der Botschaft legt der Bundesrat dar, dass die Bruttokosten zulasten der OKP zwischen 1996 und 2018 um durchschnittlich 4 Prozent pro Jahr von 12 auf 32 Milliarden Franken angestiegen sind. Wie gesagt, wir sprechen immer von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, nicht von den Zusatzversicherungen. Der Bundesrat befürwortet

AB 2023 S 189 / BO 2023 E 189

grundsätzlich das Anliegen der Initiative, das Kostenwachstum in der OKP und die Belastung der Prämienzahler zu bremsen. Allerdings ist die Koppelung an die Lohnentwicklung für ihn zu starr. Der Bundesrat und der Nationalrat beantragen, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, und stellen ihr einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber.

Diesen indirekten Gegenvorschlag hat der Bundesrat am 10. November 2021 mit der Botschaft für die Vorgabe von Kostenzielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verabschiedet. Er schlägt dem Parlament vor, als indirekten Gegenvorschlag die Vorgabe von Zielen für das maximale Kostenwachstum in der OKP vorzusehen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, welches Ziel für das maximale Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angestrebt wird. Sie beziehen dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure mit ein. Wenn die Ziele überschritten werden, sind die Tarifpartner, die Kantone und der Bund verpflichtet, in den Bereichen in ihrer Verantwortung zu prüfen, ob korrigierende Massnahmen notwendig sind. Solche Massnahmen können beispielsweise die Anpassung von Tarifen oder die Zulassung von Leistungserbringern betreffen.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Die Zielsetzung erhöht die Transparenz und stärkt die Tarifpartnerschaft. Die zuständigen Akteure werden in die Verantwortung genommen und medizinisch unnötige Leistungen reduziert. Ziele sollen erreicht werden können, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden. Das ist auch die Aussage des Bundesrates. Er hat eine Regulierungsfolgenabschätzung gemacht. Diese zeige, dass mit der Einführung der Zielvorgabe von einem deutlich spürbaren Kostendämpfungseffekt auszugehen sei. Die konkreten finanziellen Folgen seien allerdings schwer abzuschätzen.

Die Vorgabe von Kostenzielen war ursprünglich Teil des zweiten Massnahmenpakets des vom Bundesrat lancierten Kostendämpfungsprogramms im Gesundheitswesen. Die Kostenziele wurden aus diesem Paket, das im Jahr 2022 vom Parlament angenommen wurde, herausgelöst, und dieser Teil dient nun als Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative – das zur Geschichte.

Die Vernehmlassung erfolgte zusammen mit dem Kostendämpfungspaket 2, da die Kostenziele darin enthalten waren. Sie erfolgte vom 19. August 2020 bis zum 19. November 2020. Die überwiegende Mehrheit der Stellungnehmenden anerkannte die Notwendigkeit der Kostendämpfung. Jedoch äusserten sich viele kritisch gegenüber der vorgeschlagenen Gesetzesänderung und beurteilten das Paket als zu umfassend, zu wenig ausgereift und politisch nicht umsetzbar. Aufgrund dieser Rückmeldungen und der zu klärenden Umsetzungsfragen hat der Bundesrat entschieden, die Zielvorgabe aus den KVG-Änderungen des Pakets 2 herauszulösen und alleine als indirekten Gegenvorschlag zu bringen.

Der Nationalrat hat in der Sommersession 2022 den Entwurf des Bundesrates behandelt und ihn in mehreren Punkten geändert und ergänzt. Wie der Bundesrat will auch der Nationalrat eine Zielvorgabe im KVG einführen, allerdings in einfacherer Form. Er verankerte jedoch Kosten- und Qualitätsziele in der Vorlage: Der Bundesrat soll künftig nach Anhörung aller Akteure im Gesundheitswesen Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für die darauffolgenden vier Jahre und nicht für jedes Jahr festlegen. Jeder Kanton kann sich daran orientieren und ebenfalls Kosten- und Qualitätsziele für die darauffolgenden vier Jahre festlegen. Im Gegensatz zum



Bundesrat verzichtete der Nationalrat darauf, in der Vorlage zu konkretisieren, was passieren soll, falls die Kostenziele überschritten werden.

Im Bereich Tarife hat der Nationalrat den beantragten Massnahmen zugestimmt und diese ergänzt. So soll der Bundesrat unverzüglich überhöhte sowie nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen senken. Die Tarifgenehmigungsbehörde soll künftig auch für gewisse Spezialisten die Tarife senken oder die Grundversorger in bestimmten Regionen besserstellen können. Zusätzlich will der Nationalrat die Vertragsfreiheit zwischen den Laboratorien und den Versicherern einführen.

Er hat den Gegenvorschlag mit 104 zu 74 Stimmen bei 5 Enthaltungen in der Gesamtabstimmung angenommen. Mit 156 zu 28 Stimmen empfiehlt die grosse Kammer die Kostenbremse-Initiative Volk und Ständen zur Ablehnung.

Ihre Kommission hat den indirekten Gegenvorschlag an drei Sitzungen beraten, wobei sie die Vertreter der Kantone anhörte; grössere Anhörungen hat die Schwesterkommission als Erstrat schon vorgenommen. Dabei haben wir noch keine Empfehlungen zur Volksinitiative beschlossen. Das Ergebnis der Beratung zum indirekten Gegenvorschlag soll zuerst abgewartet werden. Wir werden noch nicht über die Initiative selber diskutieren und abstimmen.

Die Kommission ist mit 8 zu 5 Stimmen auf den indirekten Gegenvorschlag eingetreten und hat mit 6 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen den indirekten Gegenvorschlag in der Gesamtabstimmung angenommen. Die wichtigsten Diskussionen fanden, wenig überraschend, im Zusammenhang mit den Zielvorgaben statt. Die Kommission befürwortet mit 6 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen die Einführung einer Zielvorgabe in der Krankenversicherung, die Transparenz über das Kostenwachstum schaffen und den Kostenanstieg verhindern soll. Dabei befürwortet sie die vom Nationalrat verabschiedeten Kosten- und Qualitätsziele, die der Bundesrat alle vier Jahre festlegen soll.

Jeweils eine Minderheit beantragte, nicht auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten und auf eine Zielvorgabe zu verzichten. Bei den wichtigsten Punkten in der Beratung wurden teilweise Abweichungen zum Konzept des Nationalrates beschlossen. Einige Beschlüsse seien nachstehend kurz aufgeführt. Ich werde sie aber dann in der Detailberatung noch weiter erläutern.

Bei den Laboratorien lehnt die Kommission den vom Nationalrat vorgeschlagenen Systemwechsel zur Vertragsfreiheit klar ab. Die Versorgung würde gefährdet, wenn die Krankenkasse die Kosten für die Analyse nur noch übernimmt, sofern sie mit den ausführenden Privatlaboratorien einen Vertrag abgeschlossen hat. Der Entscheid fiel mit 10 zu 1 Stimmen.

Bei den Tarifen sollen die Bundes- und Kantonsbehörden keine zusätzlichen subsidiären Kompetenzen erhalten. Ebenso soll der Bundesrat nicht beauftragt werden, die veraltete Tarifstruktur Tarmed zu korrigieren; es sei die Aufgabe der Tarifpartner, Massnahmen gegen nicht mehr passende Tarifverträge zu ergreifen. Hier betrug das Abstimmungsverhältnis 7 zu 5 bzw. 8 zu 5 Stimmen. Weiter soll darauf verzichtet werden, die sogenannten Health Technology Assessments (HTA) spezifisch im Gesetz zu verankern. Ansonsten folgte Ihre Kommission den Beschlüssen des Nationalrates. Es wurden mehrere Minderheitsanträge eingereicht, welche der nationalrätlichen Version folgen wollen oder darauf aufbauende Versionen vorlegen.

Ich ersuche Sie im Namen der Kommissionsmehrheit, auf die Vorlage einzutreten und bei den Detailabstimmungen den Empfehlungen der Kommission zu folgen, die ich dann noch erläutern werde.

Germann Hannes (V, SH): Die Kostenbremse-Initiative verspricht tiefere Krankenkassenprämien. Erreicht werden soll dieses hehre Ziel mittels Einführung einer sogenannten Kostenbremse. Die Forderung nach einer Kostenbremse tönt zwar gut, führt aber bei Weitem noch nicht zum Ziel, denn konkrete Hinweise, wie diese Kostenbremse aussehen soll, macht das Initiativkomitee nicht. Ohnehin ist die Initiative eigentlich insofern überflüssig, als der Bund gemäss Artikel 117 der Bundesverfassung bereits heute über eine umfassende Kompetenz zur Regelung der OKP verfügt. Gleichwohl legt der Bundesrat nun einen indirekten Gegenvorschlag vor, der aus Sicht der Minderheit derart überladen daherkommt, dass unweigerlich Zweifel an der Praxistauglichkeit der Vorlage aufkommen.

Der indirekte Gegenvorschlag übersteuert das bestehende KVG-System mit noch mehr planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung. Die Tariffreiheit der Tarifpartner, also von

AB 2023 S 190 / BO 2023 E 190

Leistungserbringern wie Ärzten, Spitälern, Pflege auf der einen Seite und den Krankenkassen auf der anderen Seite, wird durch eine geradezu planwirtschaftlich anmutende staatliche Kostenbürokratie ersetzt. Das





praktisch einzige Wettbewerbselement der Tariffreiheit wird übersteuert durch ein fragwürdiges Kostendiktat, implementiert mit den Kostenzielen im neu massiv ausgeweiteten Artikel 54 KVG. Sie enthält darüber hinaus im Kern widersprüchliche Elemente.

Das alles kann ja wohl nicht sein, mögen Sie denken, aber es ist, und wie. Um mit den eben erwähnten widersprüchlichen Elementen zu beginnen: Die Vorlage steht im Konflikt mit laufenden Gesetzesänderungen, so mit den bundesrätlichen Massnahmen zur Kostendämpfung. Ich verweise auf das Paket 1. Es ist vom Parlament in die Teile 1a und 1b aufgeteilt worden. Das Kostendämpfungspaket 1a haben wir behandelt, 1b ist noch in Beratung. Das Kostendämpfungspaket 2 ist noch nicht spruchreif. Stattdessen übersteuert der Bundesrat diese jetzt drei Reformpakete zur Kostendämpfung – die Pakete 1a, 1b und 2 – nun mit einem vierten, mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative. Unter einer seriösen und gezielten Gesetzgebung stelle ich mir etwas anderes vor. Kann das wirklich gut gehen? Wer soll denn in Anbetracht von vier sich überlagernden Reformpaketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen überhaupt noch den Überblick behalten? Zwei Projekte am gleichen Objekt sind schon anspruchsvoll genug. Mit der Reform ist es wie mit der Medizin: Es kommt auf die richtige Dosis an. Dann ist das Medikament ein Segen. Aber heute sind wir im Begriff, zur Überdosis zu greifen und dem KVG nachhaltigen Schaden zuzufügen. Dass es bei so vielen gleichzeitig offenen Dossiers zu Überschneidungen und Widersprüchen kommen muss, liegt auf der Hand, so geschehen mit den neuen Artikeln 54 KVG und 47c KVG.

Sie erinnern sich: Artikel 47c KVG ist nach einem Rückkommen aus dem Nationalrat in der vergangenen Wintersession, also im letzten Dezember, geändert und verabschiedet worden. In besagtem Artikel 47c KVG wird die im Gesetz verankerte Tarifautonomie für die Tarifpartner konkretisiert. Nun wollen Bundesrat und Kommissionsmehrheit mit dem indirekten Gegenvorschlag in Artikel 54 KVG eine staatliche Kostensteuerung einführen, die dem in der Wintersession 2022, also vor drei Monaten, verabschiedeten Artikel 47c diametral zuwiderläuft.

Denn Artikel 54 regelt im geltenden Recht explizit nur befristete ausserordentliche Massnahmen. Wird die Bestimmung nun zum systemwidrigen Dauerinstrument der Kostensteuerung ausgeweitet, entsteht ein Widerspruch zu Artikel 47c KVG, der die Kostensteuerung in der Verantwortung der Tarifpartner belässt. Es ist nicht seriös, Artikel 54 zu beschliessen, bevor die Wirkung von Artikel 47c evaluiert worden ist. Dazu kommt, dass die neue Bestimmung zu Rationierungen führen würde, wie wir sie aus den Globalbudgets kennen. Das heisst, kostenbewusst arbeitende Leistungserbringer – also Spitäler, Ärzte, Pflegeeinrichtungen, Spitex, die kostenbewusst arbeiten – würden in Sippenhaft genommen, indem sie für das Fehlverhalten anderer Akteure bestraft würden. Das kann und darf doch nicht Ihr Ernst sein! Mit diesem fragwürdigen Hüst und Hott gäben wir gerade als Chambre de Réflexion nicht das Bild ab, auf das wir zu Recht stolz sein dürfen.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz müssen in unserem Gesundheitswesen stets die WZW-Kriterien, also Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, sozusagen als harmonischer Dreiklang im Vordergrund stehen. Sowohl bei der Initiative als auch beim indirekten Gegenvorschlag liegt der Fokus aber fast ausschliesslich auf der Kostenseite. Kostenreduktion um jeden Preis geht in Richtung von Einschränkungen der freien Arztwahl für Patientinnen und Patienten. Die willkürliche Regelung des Nationalrates mit der verfehlten Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Laboratorien – da spreche ich von Artikel 37a – lässt grüssen. Dies würde das Hausarztssystem massiv schwächen und zu mehr Bürokratie führen, die medizinische Versorgung im Land schwächen, denn jeder Hausarzt und jede Hausärztin müsste bei einem Auftrag ans Labor prüfen, ob dieses mit der jeweiligen Krankenkasse der Patientin bzw. des Patienten einen Vertrag hat. Dabei haben wir doch gerade während Corona erlebt, wie wichtig ein gut funktionierendes System von Analysen und Labortätigkeit ist.

Abschliessend komme ich nochmals zurück auf die Kernbestimmung im indirekten Gegenvorschlag, Artikel 54 KVG. Jetzt hören Sie gut zu. Im geltenden Recht ist hier die Möglichkeit einer Globalbudgetierung stipuliert, kurz und bündig. Im neuen Artikel 54 spricht der Bundesrat ebenfalls kurz und bündig von Kostenzielen. Doch was nachher folgt, ist unglaublich. Es sollen Kostenziele für alle Leistungen in der gesamten Schweiz erstellt werden, aufgeschlüsselt in die vier Bereiche Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sowie Leistungen der Tarifpartner.

Er, der Bundesrat, bricht die Kostenziele aus diesen vier Bereichen dann auf die 26 Kantone herunter, definiert für alle Kantone eine einheitliche Toleranzmarge und erlässt, wörtlich in Artikel 54 Absatz 2 Litera c, auf Seite 18 der Fahne nachzulesen, "Richtwerte für die Aufteilung des für die Einhaltung des Kostenziels zulässigen Kostenanstiegs auf die einzelnen Kostenblöcke in den Kantonen". Alles klar? Selbstverständlich berücksichtigt er – immer noch der Bundesrat – bei alledem den jeweiligen medizinischen Bedarf und die wirtschaftliche Entwicklung, die Lohn- und Preisentwicklung, die Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie den medizinischen Fortschritt. Damit noch nicht genug: Dann folgen noch die neuen Artikel 54a bis 54e, die dem



ganzen Regulierungswahn die teure Bürokratiekrone aufsetzen. Angesichts des Fachkräftemangels ist noch mehr Bürokratie grotesk, denn immer mehr medizinisches Fachpersonal verlässt den Beruf wegen zu viel Bürokratie.

Wem das alles als zu viel des gut Gemeinten erscheint, stimmt mit der Minderheit für Nichteintreten.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Wir haben ein Gesundheitswesen, das qualitativ sehr gut ist. Die Versorgung funktioniert ebenfalls sehr gut. Es gibt aber eine Schattenseite: Das System wird immer teurer. Die Pro-Kopf-Belastung der Bevölkerung nimmt dauernd überproportional zu, weil die Löhne und das BIP nicht im gleichen Mass wachsen wie die Gesundheitskosten. Die wichtigsten Gründe liegen in der Über- und Fehlversorgung. Seit Jahren sagt das BAG, dass 20 Prozent der Leistungen unnötig sind und eingespart werden könnten. Wenn es aber um Lösungen geht, schieben sich alle den schwarzen Peter zu. Die Ärzte verweisen auf Mangellagen – diese mag es in gewissen ländlichen Gegenden geben –, gleichzeitig aber gibt es in den Städten, besonders bei den Spezialisten, eine Überversorgung. Die Spitäler schieben sofort überfüllte Abteilungen vor, gleichzeitig gibt es aber in vielen Abteilungen und besonders in den Städten diverse Kliniken mit Leerständen. Die Pharmaindustrie wehrt sich gegen Preissenkungen, indem sie einzelne Engpässe vorschiebt. Das tatsächliche Wachstum liegt aber bei den hochpreisigen Arzneimitteln und bei den modernen Gentherapien. Aus diesen Gründen hat der Bundesrat Kostendämpfungspakete ans Parlament überwiesen. Ebenfalls aus diesen Gründen hat die Mitte die Kostenbremse-Initiative lanciert. Dass es der Bevölkerung unter den Nägeln brennt, hat sich bei der Unterschriftensammlung gezeigt: Die notwendige Zahl Unterschriften wurde schnell erreicht und die Initiative fristgerecht eingereicht.

Die Beratungen der Kostendämpfungspakete und des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremse-Initiative stehen der Volksinitiative aber diametral entgegen. Griffige Massnahmen werden eine nach der anderen abgelehnt oder bis zur Unkenntlichkeit abgeschwächt. Ich erinnere Sie an das Referenzpreissystem für Generika, mit dem man Hunderte von Millionen Franken hätte einsparen können. Es wurde im Parlament abgelehnt, dies, obwohl wir in der Schweiz für Generika im Durchschnitt doppelt so viel bezahlen wie typische Vergleichsländer in Europa. Bei einzelnen Medikamenten bezahlen wir das Fünf- bis Sechsfache. Diese Massnahmen wären den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern direkt mit tieferen Prämien zugutegekommen.

AB 2023 S 191 / BO 2023 E 191

Ebenfalls ablehnen wollte das Parlament verpflichtende Kostensteuerungselemente in Tarifverträgen. Eine solche Lösung gab es bereits in den Nullerjahren. Sie wurde damals auf freiwilliger Basis umgesetzt. Jetzt, bei einer verpflichtenden Umsetzung, liefen die Ärztevertreter Sturm, obwohl damit in keiner Weise eine Mengeneinschränkung vorgesehen war. Erst nach einem Rückkommensantrag aus der Mitte-Fraktion konnte das Parlament einer drastisch abgeschwächten Version der Massnahmen zustimmen – und jetzt, bei der Behandlung des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremse-Initiative, wiederholt sich diese Geschichte.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Die Diskussion wird mit der Vorgabe von Kostenzielen geführt. Dies erhöht die Transparenz und stärkt die Tarifpartnerschaft. Die zuständigen Akteure werden in die Verantwortung genommen, und medizinisch unnötige Leistungen werden reduziert. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates berücksichtigt die Anliegen der Initiative und zeigt zusätzlich auf, wie und mit welchen Massnahmen die vorgesehenen Ziele erreicht werden können, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden. Aber gegen alle Vorschläge erwächst Opposition. Wirkungsvolle Massnahmen, wie mein Antrag sie verlangt, dass unnötige Behandlungen aus dem Pflichtkatalog gestrichen werden, gingen in der Kommission sang- und klanglos unter.

Ein Blick auf die finanzielle Lage zeigt aber die Notwendigkeit von solchen Massnahmen. Im vergangenen Jahr entstand in der Grundversicherung ein Verlust von 1,5 Milliarden Franken. Das hat dazu geführt, dass die Reserven der Krankenversicherer gemäss dem Bundesrat mittlerweile unter 9 Milliarden Franken liegen, wobei die gesetzlichen Anforderungen ein Minimum von rund 7,5 Milliarden an Reserven voraussetzen würden.

Gleichzeitig steigen die Kosten weiter stark an: Die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler mussten schon vergangenes Jahr einen Prämien Schub von 6,6 Prozent verkraften. Für eine Familie kann dies Zusatzkosten von bis zu 1000 Franken auslösen. Die Grössenordnungen wachsen immer mehr. Heute zahlt eine Familie mit zwei Kindern im Schnitt über 1000 Franken an Prämien, und das jeden Monat. Im Jahr 2000 waren es noch weniger als 500 Franken.

Angesichts der aktuellen Kostenentwicklung müssen wir davon ausgehen, dass es auch in diesem Herbst erneut eine merkliche Prämiensteigerung geben wird. Eine solche Entwicklung treibt aber immer mehr Menschen in die staatliche Unterstützung.



Wenn wir das heutige Angebot im Gesundheitswesen aufrechterhalten wollen, müssen wir jetzt handeln. Wir sind gehalten, die Sorgen der Bevölkerung ernst zu nehmen und dort zu handeln, wo wir direkt Einfluss nehmen können. Konkret ist dies beim indirekten Gegenentwurf zur Kostenbremse-Initiative der Fall, wo wir mit konkreten und griffigen Massnahmen zur Entlastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler beitragen können.

Aus diesen Gründen empfehle ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und in der Regel den Anträgen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen, ausser bei meinen beiden Minderheitsanträgen.

Vielleicht noch meine Interessenbindung zum Schluss: Ich bin Präsident des Verbands der kleineren und mittleren Krankenkassen. In diesem Sinne vertrete ich die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

Berset Alain, président de la Confédération: Votre commission a décidé, le 30 juin 2022, d'entrer en matière sur ce contre-projet indirect du Conseil fédéral. Le 6 septembre 2022, elle a décidé de prolonger d'un an le délai imparti pour traiter l'initiative pour un frein aux coûts. Je salue vivement cette décision, parce que les coûts ont fortement augmenté ces dernières années en Suisse. Il s'agit d'une augmentation globale bien qu'elle ait été un peu inégale en raison de la pandémie. En automne dernier, une hausse significative des primes pour 2023 a été annoncée, et il y a lieu de s'attendre à ce que cette tendance se poursuive ces prochaines années, ce qui ne fait que souligner encore l'importance de la thématique discutée aujourd'hui.

Aujourd'hui, nous ne parlons pas de l'initiative. Vous connaissez la position du Conseil fédéral, il propose de recommander son rejet. Nous avons proposé d'y opposer un contre-projet indirect, qui offre plus de souplesse pour freiner l'augmentation des coûts de la santé, en prévoyant notamment des objectifs en matière de coûts. Je suis content que M. le conseiller aux Etats Germann n'ait pas reproché à ce contre-projet, dans son argumentation, d'avoir comme but une rationalisation des prestations, car cela aurait été faux. Cela aurait été complètement erroné. Il ne s'agit pas de rationaliser les prestations, il s'agit en effet de créer davantage de transparence et de permettre de réfléchir au futur, aux prochains mois et années, en matière de gestion des coûts. Rien de plus: il s'agit de créer de la transparence.

J'ai de la peine à suivre le porte-parole de la minorité, qui parle d'immense machine administrative. Après les travaux du Conseil national et de votre commission, l'article 54 est vraiment très épuré.

Et que prévoit-il? Il prévoit que tous les acteurs du domaine de la santé, après une discussion, fixent un objectif global concernant les coûts. Ce n'est pas un plafond de coûts, ce n'est pas une obligation de ne pas le dépasser, c'est un objectif: essayer d'avoir une idée commune, globalement, afin de savoir où l'on va. Je ne sais pas comment vous fonctionnez, mais je ne connais pas une entreprise qui n'a pas une prévision à un an, deux ans ou trois ans au sujet de l'évolution des coûts. Cela ne veut pas dire qu'elle sera respectée; il y aura peut-être de bonnes raisons de ne pas le faire; il se passera peut-être des choses. Mais il s'agit d'avoir une idée au sujet du chemin à prendre.

Je ne connais pas une entreprise privée, un ménage, un individu qui ne fonctionne pas un tant soit peu comme cela; je ne connais pas une collectivité publique, une commune, un canton – et c'est le cas aussi de la Confédération – qui ne fonctionne pas aussi un tant soit peu comme cela. D'ailleurs, les acteurs de la santé eux-mêmes, pris individuellement, fonctionnent aussi comme cela: les hôpitaux et les médecins ont aussi cette réflexion sur les coûts. Simplement, il n'y a rien de consolidé en matière de transparence. C'est cela qui manque aujourd'hui. Rien de plus.

Alors on peut s'y opposer, mais il faut se demander pourquoi on s'oppose à une certaine transparence en matière de gestion globale des coûts dans le domaine de la santé? Que faut-il aller chercher comme argument pour être opposé à cette transparence, à cet échange et à ces discussions entre les acteurs pour voir dans quelle direction va le train?

On a un peu de peine à comprendre l'argumentation. C'est toujours un peu la même chose: on dit qu'en fait, c'est une sorte d'usine à gaz administrative – ce n'est pas le cas. On dit parfois, ce qui n'a toutefois pas été fait ce matin, que c'est pour rationaliser les prestations – ce n'est pas le cas non plus. On vise juste à avoir un tant soit peu de transparence dans un domaine qui, en matière d'assurance obligatoire des soins, génère des coûts annuels de plus de 30 milliards de francs – si on prend le système de la santé globalement, ce sont 80 milliards de francs. Il s'agit d'avoir un peu de transparence ainsi qu'un échange et des discussions entre les acteurs pour tenter de fixer un objectif.

Qu'il soit atteint ou non, c'est une autre affaire. Mais il faut avoir un objectif, une idée de la destination du voyage. C'est de cela qu'il est question aujourd'hui, c'est sur ce point que vous devez décider ou non d'entrer en matière.

On n'est pas en train de créer le chaos dans ce domaine. Le Conseil fédéral vous a présenté des paquets de mesures pour freiner les coûts. Le volet 1 a été découpé par le Parlement en projet 1a et projet 1b. Les deux



sont sous toit. Ensuite, il y a eu le volet 2. Puisque l'initiative populaire a été déposée, la mesure prévue dans le volet 2 – qui était donc existante, qui était déjà prévue par le Conseil fédéral – qui pouvait servir de réponse à l'initiative a été sortie de ce volet pour devenir un contre-projet indirect à l'initiative populaire. Ce n'est donc pas du tout chaotique. Au contraire, c'est très simple et très clair. Nous avons une mesure qui figurait dans

AB 2023 S 192 / BO 2023 E 192

le volet 2 et qui aujourd'hui constitue le contre-projet à l'initiative populaire.

Nous avons besoin d'une solution. Il est difficile de le contester. Le Conseil fédéral, suite au dépôt de l'initiative, a fait une proposition. Cette proposition a été jugée trop compliquée par le Parlement qui l'a fortement modifiée; fort bien, pas de problème. Nous avons aujourd'hui un autre projet que celui du Conseil fédéral, mais c'est un projet qui répond aux besoins. Pour nous, ce n'est donc pas un problème.

Dans ces conditions, j'aimerais donc vous inviter à entrer en matière, comme le propose la majorité de votre commission, à reprendre cette version simplifiée du projet élaboré par le Conseil fédéral, mais qui permet néanmoins d'atteindre les buts recherchés et de donner le signal que tout le monde attend, à savoir que nous ne restons pas sans rien faire alors que les coûts augmentent, sans que l'on sache trop comment d'ailleurs, puisqu'il n'y a pas de transparence, sans qu'on sache trop ce qu'en pensent les acteurs, puisqu'il n'y a pas de discussions entre eux sur les objectifs de coûts.

Je vous invite aujourd'hui à donner le signal qu'il faut prendre ce problème en main et apporter une solution concrète. La solution proposée, que nous espérons efficace – on le verra avec son application – nous paraît relever d'une évidence, à savoir qu'il faut inviter les acteurs à donner leurs estimations de l'évolution des coûts, à y réfléchir ensemble et à fixer un objectif.

Ce sont les raisons pour lesquelles j'aimerais vous inviter à suivre l'avis de la majorité de votre commission et à entrer en matière sur ce contre-projet indirect.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag der Minderheit Germann ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5695)

Für Eintreten ... 23 Stimmen

Dagegen ... 19 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Detailberatung – Discussion par article**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung**

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Artikel 21 hängt mit dem 5. Abschnitt zusammen. Wir werden die Diskussion dort führen.

Art. 32

Antrag der Mehrheit

Abs. 3

Streichen



Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Dittli, Stark)

Abs. 3

... und ist verhältnismässig.

Abs. 4

Leistungen, die gemäss dem evidenzbasierten Verfahren die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet.

Abs. 5

Der Entscheid der zuständigen Behörde über eine allfällige Streichung, Einschränkung oder Weiterführung einer medizinischen Leistung muss innert einem Jahr nach Überprüfung gemäss Absätzen 3 und 4 umgesetzt werden. Die Resultate des Evaluationsverfahrens und die entsprechenden Erwägungen werden publiziert.

Abs. 6

Die zuständige Behörde wertet alle Register zu Leistungen gemäss diesem Gesetz aus und veröffentlicht die Resultate alle zwei Jahre.

Abs. 7

Der Bundesrat kann weitere Verfahren und Instrumente für die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vorsehen.

Art. 32

Proposition de la majorité

Al. 3

Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Dittli, Stark)

Al. 3

... efficace, adéquate ou économique, celle-ci ... des critères transparents, tient compte des connaissances scientifiques les plus récentes et respecte le principe de la proportionnalité.

Al. 4

Les prestations qui, selon la procédure fondée sur des éléments objectifs, ne remplissent pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins.

Al. 5

La décision de l'autorité compétente de supprimer, limiter ou maintenir une prestation médicale doit être mise en oeuvre dans un délai d'un an à compter de l'examen visé aux alinéas 3 et 4. Les résultats de la procédure d'évaluation et les considérations de l'autorité sont publiés.

Al. 6

L'autorité compétente évalue tous les registres relatifs aux prestations fournies en vertu de la présente loi et publie les résultats de cette évaluation tous les deux ans.

Al. 7

Le Conseil fédéral peut prévoir d'autres procédures et instruments aux fins de l'examen de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Artikel 32 KVG hat der Nationalrat Absatz 3 eingefügt, der bei uns doch einige Diskussionen auslöste. Der Nationalrat ist der Meinung, die Ergänzung sei notwendig. Die Behörde müsse handeln, wenn festgestellt werde, dass die Kriterien der WZW – Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit – nicht mehr erfüllt seien. Die Ergänzung verpflichtet die Behörden zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und zur Umsetzung von deren Ergebnissen, was dann wieder zu Einsparungen führen sollte. Der Nationalrat verlangt auch ein evidenzbasiertes Verfahren und dann ein Evaluationsverfahren, womit auch die Health Technology Assessments (HTA) gemeint sind. Die Minderheit übernimmt die Version des Nationalrates und ergänzt sie mit einem detaillierten Konzept – ich gehe davon aus, dass der Minderheitssprecher dieses erläutern wird –, aber das Konzept beruht auf denselben Überlegungen des Nationalrates.

Wir haben bei den Abstimmungen zuerst die Version des Nationalrates dem Konzept der Minderheit gegenübergestellt. Mit 9 zu 4 Stimmen hat die Version des Nationalrates obsiegt. Wir haben generell diskutiert und darüber abgestimmt, ob man Absatz 3 überhaupt übernehmen soll. Ihre Kommission hat mit 7 zu 6 Stimmen bei 0 Enthaltungen entschieden, Artikel 32 Absatz 3 KVG zu streichen und beim geltenden Gesetz zu bleiben. Was sind die Gründe dafür? Wir haben uns erläutern lassen, dass das BAG, gestützt auf Artikel 32



Absätze 1 und 2 KVG, bereits heute sogenannte HTA durchführe, um einzelne Leistungen in Bezug auf die WZW-Kriterien vertieft zu prüfen. Absatz 3 sei unnötig.

Das BAG versicherte uns, dass es die WZW-Kriterien bereits konkretisiert habe und sie auch operationalisiere, also anwende. Die Version des Nationalrates sei hier unnötig und

AB 2023 S 193 / BO 2023 E 193

auch zu strikt, weil sie zwingend vorsehe, dass diese Evaluationsprüfungen mit externen, verwaltungsunabhängigen Dritten gemacht würden.

All dies hat die Mehrheit dazu veranlasst, hier die Streichung der Version des Nationalrates und die Schaffung einer Differenz zu beantragen. Sie bittet Sie auch, nicht der Minderheitsversion zuzustimmen, die von der Nationalratsversion abweicht und dann noch Detaillierteres vorsieht.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Krankenversicherer sollten Leistungen vergüten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Was so trocken klingt, ist einfach erklärt: Es sind Leistungen in hoher Qualität, die den Patienten helfen und nicht zu teuer sind. Weil es aber immer wieder Leistungen gibt, die diesen Kriterien nicht entsprechen, gibt es ein Verfahren, um solche unnötigen Leistungen zweifelsfrei festzustellen. Es handelt sich, wie es der Kommissionspräsident schon gesagt hat, um ein evidenzbasiertes, wissenschaftliches Verfahren, die sogenannten Health Technology Assessments, kurz: HTA. Sind die WZW-Kriterien nicht mehr erfüllt, so sollten diese Leistungen eigentlich von der Vergütung durch die OKP ausgeschlossen werden, oder ihre Vergütung muss zumindest eingeschränkt werden. HTA sind also ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Wirksamkeit des Gesundheitssystems. Dank den HTA soll die Anzahl nicht wirksamer und nicht wirtschaftlicher Leistungen, Arzneimittel und Verfahren reduziert werden. Auf diese Weise kann die Qualität gesteigert und die Kosten gedämpft werden. Durch die Einführung von HTA werden jährliche Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken möglich.

Bisher sind aber nur die wenigsten Leistungen aus dem Pflichtkatalog verschwunden, bei denen ein positives HTA vorlag. Ich habe zwei, drei einfache und einleuchtende Beispiele dafür, für welche Leistungsbereiche bzw. Therapieformen HTA durchgeführt wurden. Alle drei Beispiele haben gemeinsam, dass es keine verbindlichen Massnahmen gibt, um die gemachten Erkenntnisse entsprechend durchzusetzen.

Das erste Beispiel betrifft die Eisentherapie bei Eisenmangel: Ein entsprechendes HTA wurde vor gut zwei Jahren abgeschlossen. Die untersuchten Studien zeigen, dass die Eisentherapie auf Beschwerden wie Schläfrigkeit und Depression oder auf die Lebensqualität keinen Einfluss hat. Ein eigens entwickeltes Kostenvergleichsmodell, das die Eiseninfusion mit der Einnahme von Eisentabletten verglich, zeigt, dass die Eisentherapie als Infusion viel teurer ist als in Tablettenform. Die weiteren Analysen zeigen auf, dass Kosteneinsparungen bis zu 102 Millionen Franken pro Jahr möglich sind, wenn als erstmalige Behandlung nicht eine Infusion angewendet, sondern Tabletten eingenommen werden. Hier wäre es daher wünschenswert, wenn die Arzneimittel mit Eisen zur Infusion limitiert und die Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gesenkt werden könnten, ohne dass der Patient irgendeinen Qualitätsverlust erleidet.

Das zweite Beispiel sind HTA betreffend das Arzneimittel Chondroitin. Es wird seit Jahren bei chronisch degenerativen Erkrankungen von Knie-, Hüft- und Fingergelenken angewendet. Es soll den Knorpelabbau bei älter werdenden Patienten stoppen oder zumindest verzögern. Der Nutzen der Behandlung über sechs Monate hinaus ist aber nicht nachgewiesen; das zeigen die vom HTA berücksichtigten Studien. Die Kosten dieser Arzneimittel zulasten der OKP betragen im Jahr 2021 rund 35 Millionen Franken. Auch hier wäre ein mutiger Entscheid wünschenswert, solche Therapien zumindest einzuschränken.

Ein letztes Beispiel betrifft die Kniearthroskopie bei degenerativ verändertem Meniskus. Auch hier wurde ein HTA durchgeführt, um die Effektivität dieser Therapieform zu untersuchen. Die im HTA berücksichtigten Studien untersuchen insbesondere Behandlungsfaktoren wie Schmerz, Funktion, Gelenksteifigkeiten und Lebensqualität. Die Ergebnisse des HTA-Berichtes zeigten keine nennenswerten Unterschiede zwischen Kniegelenkspiegelungen und anderen Behandlungsmethoden wie beispielsweise Arzneimittel oder Physiotherapie. Einzig bei der kurzen Nachbeobachtungszeit hatten die mit Kniegelenkspiegelung behandelten Personen leicht schwächere Schmerzen als mit anderen Behandlungen. Auch hier geht es um einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag, der effektiver und effizienter eingesetzt werden könnte.

Sie sehen es, die drei Beispiele zeigen ein beachtliches Effizienzpotenzial auf. Ich bitte Sie daher, meiner Minderheit zu folgen. Dies würde auch die Möglichkeit bieten, dass der Nationalrat bzw. die vorberatende Kommission Artikel 32 mit den Ergänzungen gemäss Antrag der Minderheit nochmals genau anschaut. Vielleicht gibt es bei der Formulierung noch Verbesserungspotenzial dahin gehend, dass man sich noch stärker an den internationalen Gegebenheiten orientiert. Denn das System ist nach internationalen Gegebenheiten



aufgebaut.

Grundsätzlich ist aber klar, dass man einen Schritt weiter gehen und entsprechende Massnahmen ergreifen muss, wenn bestimmte Leistungen nicht mehr den WZW-Kriterien entsprechen. Wenn Sie das heute einfach ablehnen, sind Sie im Prinzip für unnötige Leistungen und belasten den Prämienzahler und die Prämienzahlerin bewusst. Das heisst dann aber auch, und damit komme ich zum Schluss, dass die beim BAG eigens installierte HTA-Abteilung, wenn man bei vorhandenen HTA-Ergebnissen keine Taten folgen lässt, im Prinzip Arbeiten für die Galerie macht. In Zeiten knapper öffentlicher Finanzen finde ich dies bedenklich. Das ist eine reine Verschwendung von Steuergeldern. Auch die Eidgenössische Finanzkontrolle hat in einem Bericht vom März 2022 festgehalten, dass hier Handlungsbedarf besteht und dass ihre Empfehlungen, die sie schon im Jahr 2014 formuliert hat, noch nicht umgesetzt werden. Wenn wir glaubwürdig sein wollen, müssen wir diese Prinzipien ins Gesetz schreiben und den zuständigen Behörden den Rücken stärken. Das strebt meine Minderheit an. Ich bitte Sie, ihr zu folgen.

Germann Hannes (V, SH): Es war für uns etwas schwierig, das einzuordnen, weil Artikel 32 ja nicht Bestandteil der ganzen Vorlage war. Gleichwohl scheint mir schon überlegenswert, in Richtung des Antrages der Minderheit zu gehen. Auf jeden Fall ist es wichtig, dass wir hier eine Differenz schaffen, damit man diesen Bereich noch einmal speziell anschauen kann. Es ist ja die einzige Differenz zwischen der Minderheit und dem Nationalrat. Ich hätte dann aber, wenn schon, lieber gehabt, wenn die Minderheit wie der Nationalrat am Schluss noch hineingenommen hätte: "Mit seiner Durchführung beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte." Das wäre wahrscheinlich in so einem Fall zweckmässig. Die Minderheit hat das aber nicht gemacht, darum ist es wahrscheinlich nur eine Dreierminderheit. Wir haben den Streichungsentscheid ja mit 7 zu 6 Stimmen gefällt.

Ich bitte Sie hier, vor diesem Hintergrund, der Minderheit zu folgen. Dann besteht trotzdem eine Differenz zum Nationalrat.

Berset Alain, président de la Confédération: L'article 32 et l'ajout du Conseil national, à savoir l'alinéa 3, qui fait l'objet d'une tentative de correction par la minorité de votre commission, part d'une bonne intention, il faut le reconnaître. L'idée est de garantir une bonne mise en oeuvre des technologies de la santé. L'idée est de garantir, aussi de manière transparente, l'examen régulier des critères. C'est une bonne initiative. Malgré tout, nous vous invitons à soutenir la position du Conseil fédéral, défendue par la majorité de la commission, parce que tout cela est déjà possible et est même déjà réalisé. En fait, on le fait déjà. Vous devez partir de l'idée que, suite au débat qui a lieu aujourd'hui, nous allons continuer à le faire, quelle que soit votre décision, parce que ces processus scientifiques sont extrêmement importants pour cet examen systématique, transparent, selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Ceci est déjà effectué aujourd'hui. En fait, cela fonctionne d'ailleurs assez bien.

C'est la raison pour laquelle nous avons des réserves par rapport à la version du Conseil national, parce qu'elle ne fait que couvrir ce qui se fait déjà aujourd'hui. Nous avons aussi quelques réserves en ce qui concerne la proposition de la minorité Hegglin Peter, parce qu'elle prévoit des délais, notamment d'un an pour la mise en oeuvre, ce qui nous paraît, dans certains cas, difficile à respecter. Nous préférierions ne

AB 2023 S 194 / BO 2023 E 194

pas avoir ces limitations. Il y a des limites de temps concrètes qui ne nous paraissent pas vraiment réalistes, notamment s'il est tenu compte du fait que les décisions peuvent être contestées jusque devant les tribunaux et s'il y a des procédures judiciaires qui peuvent parfois durer plusieurs années. Ma foi, cela doit pouvoir aussi être constaté, il faut pouvoir en tenir compte. C'est la raison pour laquelle il nous semble que cette minorité pose un problème.

J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission, mais en rappelant encore une fois que si nous faisons cette proposition, c'est parce que l'ajout n'est pas nécessaire et que ce qui est demandé à l'article 32 alinéa 3 est en fait déjà réalisé.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5696)

Für den Antrag der Minderheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)



**Art. 37a**

Antrag der Kommission
Streichen

Art. 37a

Proposition de la commission
Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Dieser Artikel hat bei uns auch zu einigen Diskussionen geführt. Zuerst stellte sich die Frage, ob wir mit der Behandlung dieser Bestimmung abwarten sollten, bis der Bericht zur Motion 17.3969, "Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln", vorliegt, und wir erst dann die Bestimmung zur Umsetzung der Motion behandeln sollten. Man hat uns aber gesagt, das sei noch bis Ende März in der Vernehmlassung. Aufgrund dieser zeitlichen Überschneidung haben wir uns entschieden, Artikel 37a doch schon zu behandeln.

Gemäss dem Nationalrat, der Artikel 37a eingefügt hat, müssen Privatlaboratorien künftig mit einer Versicherung einen Zusammenarbeitsvertrag haben, um zulasten der OKP abrechnen zu können. Der Nationalrat möchte hier also Vertragsfreiheit für die Versicherer. Das heisst konkret, dass sich in Zukunft der Patient oder die Patientin auch für das Labor interessieren muss, also für die Frage, ob sein Versicherer und das Labor seines Arztes oder seiner Ärztin einen Zusammenarbeitsvertrag haben. Wenn nun die langjährige Hausärztin ausgerechnet mit der Versicherung X eines langjährigen Patienten keinen Zusammenarbeitsvertrag hätte, wäre die Situation für ihn schwierig: Entweder bezahlt er dann die Rechnung selber, oder die Ärztin beauftragt ein Labor, das einen Zusammenarbeitsvertrag mit der Versicherung hat, allenfalls eines, mit dem sie sonst nie zusammenarbeitet, oder er muss einen anderen Arzt aufsuchen. Für die Hausärzte und -ärztinnen wäre es – das versteht sich von selber – sehr kompliziert, wenn sie mit unterschiedlichen Labors zusammenarbeiten müssten.

Aus all diesen Gründen hat sich Ihre Kommission mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung dafür entschieden, diesen Artikel zu streichen und hier eine Differenz zum Nationalrat zu schaffen.

Angenommen – Adopté

Art. 45 Abs. 2

Antrag der Kommission
Streichen

Art. 45 al. 2

Proposition de la commission
Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 46

Antrag der Kommission
Abs. 4bis
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 4ter
Streichen

Art. 46

Proposition de la commission
Al. 4bis
Adhérer à la décision du Conseil national
Al. 4ter
Biffer



Art. 46a

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

... die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich nicht mehr als sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5bis berücksichtigen.

Art. 46a

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

... l'autorité cantonale compétente peut fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations pour les structures tarifaires nationales qui ne s'avèrent plus appropriées. Ce faisant, elle doit tenir compte des éventuelles adaptations apportées par le Conseil fédéral en vertu de l'article 43 alinéa 5bis.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir haben hier einen ganzen Komplex von Tarifen, und wenn Sie es erlauben, Frau Präsidentin, würde ich eine generelle Auslegeordnung machen, also auch zu Artikel 46a, der einen Zusammenhang mit Artikel 46 Absätze 4bis und 4ter hat. Ich mache es für beide Bestimmungen nur einmal.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Berichterstatter hat das Wort für eine umfassende Argumentation betreffend die Artikel 46 und 46a.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: In seiner Vorlage hat der Bundesrat bei den Tarifen zwei Massnahmen vorgesehen. Beide Tarifmassnahmen schliessen eine Lücke.

Artikel 46a ermöglicht es, die Tarifpartner zu Neuverhandlungen aufzufordern, wenn ein Tarif, insbesondere auf kantonaler Ebene, nicht mehr sachgerecht oder wirtschaftlich ist. Erfüllt ein Tarif die Anforderungen gemäss Artikel 46 Absatz 4 nicht mehr, so kann die für den Tarif zuständige Genehmigungsbehörde die Tarifpartner anweisen, den Tarif so anzupassen, dass er die Anforderungen wieder erfüllt. Kommt zwischen den Tarifpartnern innert einem Jahr kein angepasster Tarifvertrag zustande, so setzt die Genehmigungsbehörde nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest. Bislang fehlte zudem eine Möglichkeit für die zuständige Behörde,

AB 2023 S 195 / BO 2023 E 195

subsidiär eine nicht mehr sachgerechte Tarifstruktur im stationären Bereich anzupassen, das ist Artikel 49a Absatz 2bis. Es fehlte auch die Möglichkeit, nicht mehr sachgerechte und wirtschaftliche Tarifhöhen in Abgrenzung zur Tarifstruktur anzupassen bzw. die Tarifpartner zu deren Neuverhandlung anzuweisen, wenn sie sich nicht von alleine auf eine Revision einigen können.

In diesem Zusammenhang ist auch Artikel 49 Absatz 2bis anzusehen. Der Bundesrat soll neu Anpassungen an den Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen vornehmen können, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Es handelt sich um eine subsidiäre Kompetenz analog zur bisherigen Regelung für Einzelleistungstarifstrukturen und zur mit der Änderung des



KVG in Artikel 46 des Pakets 1a beschlossenen Ausweitung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates auf Patientenpauschaltarifstrukturen für ambulante Behandlungen.

Das Ganze ist sehr komplex, dessen bin ich mir bewusst. Das ist das Konzept des Bundesrates für die Artikel 46a und 49.

Der Nationalrat hat in Artikel 46 mit den Absätzen 4bis und 4ter noch die folgenden Punkte eingefügt: Die Tarifverträge müssen innerhalb einer Frist behandelt werden. Wenn es keinen Entscheid gibt, tritt der Tarifvertrag automatisch in Kraft. Weiter kann die zuständige Behörde differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen, das ist der Beschluss des Nationalrates zu Artikel 46a Absatz 3. In den Übergangsbestimmungen beschloss der Nationalrat, dass der Bundesrat eine rasche Anpassung des Tarmed vornehmen soll.

Wir haben die Artikel 46, 46a und 49 zusammen beraten. Bei Artikel 46 Absätze 4bis und 4ter hat der Nationalrat, wie gesagt, die Bestimmungen eingefügt, dass ein Tarifvertrag innerhalb eines Jahres beurteilt werden muss; wenn kein Entscheid gefällt wird, tritt der Tarifvertrag in Kraft. Dies wurde als Möglichkeit gesehen, mehr Druck aufzubauen, damit die eingereichten Tarifverträge innert nützlicher Frist behandelt werden. Bei Absatz 4bis hat sich Ihre Kommission dem Nationalrat angeschlossen. Das hat einen Zusammenhang mit der Diskussion um Tarmed und Tardoc. Hingegen sieht Ihre Kommission Artikel 46 Absatz 4ter kritisch. Dieser sieht vor, dass ein Tarifvertrag automatisch in Kraft tritt, wenn die Genehmigungsbehörde innerhalb eines Jahres keinen formellen Entscheid fällt. Das könnte dazu führen, dass die Verwaltung einen Tarifvertrag ablehnt, der grundsätzlich gut ist, vielleicht aber noch gewisser Anpassungen bedarf, weil sie verhindern will, dass er automatisch in Kraft tritt. Aus diesem Grund hat Ihre Kommission mit 7 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen beschlossen, diesen Absatz 4ter zu streichen. Es gab keine Minderheit; die Kommission hat das so beschlossen.

Dann komme ich zur Beratung von Artikel 46a: Diese zusätzlich vom Bundesrat eingefügte Regelung sei nicht notwendig, das ist die Meinung der Mehrheit Ihrer Kommission, denn das System funktioniere an sich gut. Wenn ein Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfülle, könne er durch die Tarifpartner jederzeit gekündigt werden. Wenn man jetzt eine Steuerung durch den Bundesrat ins System bringe, bedeute das einfach zusätzliche Administration und viel Arbeit ohne eine wirklich zwingende Notwendigkeit. Das waren die Begründungen dafür.

Zu den Absätzen 1 und 2 von Artikel 46a wurde dann das Beispiel der kantonalen Pauschale für Kataraktoperationen angeführt. Das Preisgefüge könne sich dergestalt verschieben, dass nicht mehr die ausgehandelten 2000 Franken, sondern nur noch 1000 Franken angemessen wären. In diesem Fall könnte die Kantonsregierung bestimmen, dass nochmals verhandelt wird. Das ist die Begründung für Artikel 46a.

Absatz 3 wurde vom Nationalrat zu den Bestimmungen in Artikel 46a Absätze 1 und 2 hinzugefügt. Dieser Absatz sieht die Möglichkeit vor, differenzierte Tarife einzuführen. Es ist aber sinnvoll, an den gesetzlichen Kriterien der Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit festzuhalten. Anpassungen sollen weiterhin über die Pflege der Tarifstruktur erfolgen. Differenzierte Tarife für gleiche Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer festzulegen, untergrabe die Sachgerechtigkeit. Deshalb hat Ihre Kommission hier entschieden, alles zu streichen, auch Absatz 3.

Die Frage ist, ob es sinnvoll wäre, Tarife nach dem Kriterium der Über- oder Unterversorgung zu differenzieren. Diese Frage wurde gestellt. Das Ziel des Nationalrates war es, bei zu vielen Spezialisten mit differenzierten Tarifen zum Beispiel Hausärzte und Pädiater stärker zu fördern. Dazu wurde festgehalten, dass schon gemäss heutiger Tarifstruktur ein Zuschlag für die Grundversorger, dazu gehören auch die Kinderärzte, vorgesehen werden kann. Die Kantone würden es begrüßen, über eine Rechtsgrundlage für unterschiedlich hohe Taxpunktwerte zu verfügen. Sie haben aber angeregt, Absatz 3 umzuformulieren.

Aus Sicht der Mehrheit ist zu sagen, dass Absatz 3 nur zusammen mit den Absätzen 1 und 2 sinnvoll ist. Deshalb hat sich die Kommission mit 7 zu 5 Stimmen bei 1 Enthaltung dafür entschieden, alles zu streichen. Wenn schon, dann ist für Absatz 3 die neue Formulierung zu wählen, die die Minderheit übernommen hat. Die Mehrheit hat aber am Schluss trotzdem alles abgelehnt. Die Minderheit wird ihren Standpunkt begründen.

Ich bitte Sie, jeweils der Mehrheit zu folgen, auch bei Artikel 49 Absatz 2bis.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Nach geltendem Recht muss ein Tarif betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert sein und eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ermöglichen. Die Genehmigungsbehörde hat das zu prüfen, und auf Verordnungsebene werden die Tarifpartner dazu verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn die Anforderungen an einen Tarif nicht mehr erfüllt sind. Kommen die Tarifpartner dieser Verpflichtung nicht nach und können sie sich nicht auf eine Revision einigen, hat der Bundesrat im Bereich der ambulanten Leistungen die Möglichkeit, subsidiär Anpassungen an einer nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur vorzunehmen. Es fehlt aber bislang für die zuständige Behörde die Möglichkeit, subsidiär eine nicht mehr sachgerechte



Tarifstruktur im stationären Bereich anzupassen oder nicht mehr sachgerechte und wirtschaftliche Tarife anzupassen bzw. die Tarifpartner zu deren Neuverhandlungen anzuweisen, wenn die Tarifpartner sich von sich aus nicht auf eine Revision einigen können. Diese Lücke kann jetzt mit dem Entwurf des Bundesrates zu Artikel 46a KVG geschlossen werden.

Erfüllt ein Tarif die Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht mehr, so kann die für den Tarifvertrag zuständige Genehmigungsbehörde die Tarifpartner anweisen, den Tarif so anzupassen, dass er die Anforderungen von Artikel 46 Absatz 4 KVG wieder erfüllt. Kommt zwischen den Tarifpartnern innerhalb eines Jahres kein angepasster Tarifvertrag zustande, so setzt die Genehmigungsbehörde den Tarif nach Anhören der Beteiligten fest. In diesem letzten Fall entspricht das Vorgehen damit der Regelung bei Nichteinigung der Tarifpartner und beim Fehlen eines Tarifvertrags. Es würde damit ein gewisser Druck auf die Tarifpartner entstehen, bei Verhandlungen auch tatsächlich zu einem Abschluss zu kommen und bei intensiven Vertragsverhandlungen nicht auf Zeit zu spielen. Damit wird auch die Inkonsequenz beseitigt, dass ein neu vereinbarter Tarif in jedem Fall der Genehmigung durch die zuständige Behörde bedarf – dieselbe Behörde, die selber keine Möglichkeit hatte, eine Anpassung zu verlangen, weil sich die Verhältnisse in der Zwischenzeit geändert haben und die Voraussetzungen für eine Genehmigung gar nicht mehr erfüllt waren.

Zuständig für das Prüfen von Korrekturmassnahmen wäre die für die Genehmigung eines Tarifvertrags oder den Erlass eines Tarifs zuständige Behörde. Im Fall von Tarifverträgen, die die vereinbarte Höhe der Vergütung eines oder mehrerer Leistungserbringenden regeln, sind das zumeist die Kantone.

Die Kantonsregierungen entscheiden, in welcher Weise und in welchem Umfang sie korrigierend eingreifen. Gebunden sind sie allerdings daran, dass der Zugang zu den versicherten Leistungen auch mit den ergriffenen Massnahmen gewährleistet sein muss. Zudem sollen die Massnahmen geeignet sein, die nicht mehr erfüllten Voraussetzungen eines Tarifs, insbesondere die Wirtschaftlichkeit, wiederherzustellen. Analog zum generellen Vorgehen bei der Erarbeitung von

AB 2023 S 196 / BO 2023 E 196

Tarifverträgen sollen zudem in einem ersten Schritt die Tarifpartner selbst die nötigen Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele in den Tarifverträgen vereinbaren und den Kantonsregierungen zur Genehmigung unterbreiten. Erst wenn die Tarifpartner dem nicht nachkommen, sollen die Kantonsregierungen selber einen Tarif festsetzen.

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat uns geschrieben und unterstützt diese subsidiären Kompetenzen für die Bundes- und Kantonsbehörden bei nicht mehr sachgerechten Tarifverträgen explizit. Aus ihrer Sicht wäre damit sichergestellt, dass die Kompetenz der Kantone zur Steuerung der Kosten durch die Vereinbarungen der Tarifpartner nicht ausgehebelt wird. Die Kantone würden es zudem begrüßen, über eine Rechtsgrundlage für unterschiedlich hohe Taxpunktwerte zu verfügen; das entspricht Absatz 3 von Artikel 46a. Sie wünschen sich aber noch Verbesserungen. Eine Zustimmung zum Antrag der Minderheit Hegglin Peter würde eine Differenz zum Nationalrat schaffen, und es gäbe die Möglichkeit, dies speziell noch anzupassen.

Gegner dieser Ergänzung monieren, dass sie die Tarifpartnerschaft schwäche. Ist dem so? Ich meine: Nein. Sie stützt die Tarifpartnerschaft und hält die Partner zur Stärkung der Partnerschaft an. Die Massnahmen gelten ja nur subsidiär. Es geht nicht um die Ausarbeitung der Tarifverträge. Die allfällige Lücke wird später im Prozess geschlossen. Wenn sich nach fünf Jahren herausstellt, dass sich bezüglich eines ausgehandelten und behördlich genehmigten Tarifvertrags die Vorzeichen geändert haben, dann erst sollte der Kanton zwar nicht die Genehmigung widerrufen, aber die Partner auffordern können, noch einmal zu verhandeln.

Ein konkretes Beispiel wäre die kantonale Pauschale für Kataraktoperationen. Das Preisgefüge könnte sich dergestalt verschieben, dass nicht mehr die ausgehandelten 2000 Franken, sondern nur noch 1000 Franken dafür angemessen wären. In diesem Fall könnte die Kantonsregierung bestimmen, dass nochmals verhandelt werden muss. Das könnte den Anpassungsprozess wesentlich beschleunigen. Die Verträge müssten nämlich nicht gekündigt und neu verhandelt werden, sondern es wären nur Anpassungen vorzunehmen, die genehmigt werden müssten. Der Mechanismus könnte aber auch bei einem nicht mehr sachgerechten kantonalen Taxpunktwert oder im Spitalbereich bei einer nicht mehr sachgerechten Base Rate zum Zug kommen. Im Spitalbereich wäre im Übrigen kaum zu befürchten, dass die Kantone eine viel tiefere Base Rate festsetzen. Umgekehrt könnten die Kantone beispielsweise während einer gewissen Zeit in der Hausarztmedizin die Tarife ein bisschen stärker anheben als in der Radiologie und damit die Attraktivität der Hausarztmedizin erhöhen. Aus diesen Überlegungen empfehle ich Ihnen, der Minderheit zu folgen.

Berset Alain, président de la Confédération: Comme vous l'avez vu, les alinéas 1 et 2 proposés par le Conseil



fédéral sont repris dans la proposition de minorité défendue à l'instant par M. le conseiller aux Etats Hegglin Peter. La minorité de la commission a rajouté un troisième alinéa, en faisant évoluer celui développé par le Conseil national, alors que la majorité de la commission propose de biffer ces trois alinéas.

Je vous rappellerai les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral a proposé cet article 46a alinéas 1 et 2. Nous avons aujourd'hui une proposition qui correspond à la réglementation concernant les tarifs cantonaux, en cas de non-accord entre les partenaires tarifaires ou d'absence de convention tarifaire. Cette solution, telle qu'elle est proposée par le Conseil fédéral et soutenue par la minorité de votre commission, permet d'éliminer l'incohérence suivante: aujourd'hui, l'autorité d'approbation doit vérifier que le cadre légal est respecté lorsqu'elle approuve une nouvelle convention tarifaire – c'est logique, car c'est son rôle d'approbation. Mais actuellement, la même autorité n'a aucune possibilité de demander une adaptation si les conditions d'approbation ne sont plus remplies. Cela peut être le cas sur le plan cantonal, mais aussi sur le plan fédéral. Ainsi, aujourd'hui, l'autorité d'approbation ne peut pas jouer pleinement son rôle de garantie du cadre légal. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral avait proposé de saisir l'opportunité de ce contre-projet pour régler ce problème. On reprendrait ce qui est réglé à satisfaction sur le plan cantonal, pour améliorer la situation sur le plan fédéral. J'aimerais vous inviter à suivre la minorité aux alinéas 1 et 2.

A l'alinéa 3, la minorité propose de donner la possibilité d'imposer des tarifs différenciés. Je vous dis franchement que cela ne nous paraît pas nécessaire, parce que l'autorité d'approbation a déjà, aujourd'hui, une certaine marge d'appréciation.

Cela dit, nous avons également constaté que l'alinéa 3, dans la formulation proposée par la minorité de votre commission, n'a pas de conséquences négatives: il ne sert pas à grand-chose, mais n'a pas de conséquences négatives. C'est la raison pour laquelle, de l'avis du Conseil fédéral, pour régler le problème que j'ai mentionné tout à l'heure concernant les alinéas 1 et 2, il paraît nécessaire de soutenir la minorité de la commission, ce que je vous invite à faire.

Art. 46a

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5697)

Für den Antrag der Minderheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 48

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Nur ein Hinweis, der Beschluss ist ja unbestritten: Die Bestimmung von Artikel 48 ist ein Relikt aus dem früheren Gesetz, in dem man eher mit Rahmentarifen gearbeitet hat. Seit 1996 steht im Gesetz, dass die Kantonsregierung einen Rahmenvertrag festlegt, sobald sie einen Ärztetarif genehmigt. Das hat aber kaum jemand gemacht, weshalb hier niemand gegen die Aufhebung durch den Nationalrat opponiert hat.

Angenommen – Adopté

Art. 49 Abs. 2bis

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 49 al. 2bis***Proposition de la majorité*

Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich habe das alles schon in der Grundlegendiskussion zu den Tarifen ausgeführt.**Hegglin** Peter (M-E, ZG): Ich habe es auch schon vorhin in der Begründung meines Minderheitsantrages zu Artikel 46a ausgeführt.

Ich beantrage, hier dem Nationalrat und dem Bundesrat zu folgen.

AB 2023 S 197 / BO 2023 E 197

Berset Alain, président de la Confédération: J'aimerais vous inviter, à cet article également, à soutenir la proposition de la minorité. La raison est la suivante. Il y a dans la loi sur l'assurance-maladie une compétence subsidiaire qui s'applique uniquement au domaine ambulatoire et pas au domaine stationnaire. Or, il pourrait très bien arriver, de la même manière que dans le domaine ambulatoire, que le domaine stationnaire se voie confronté à une situation dans laquelle les tarifs ne sont plus adaptés. Pour cela, il faut pouvoir le constater de manière évidente et il faut qu'il n'y ait pas d'accord entre les partenaires tarifaires pour corriger les défauts.

Vous savez que les conditions d'utilisation de la compétence subsidiaire ont été dans l'intervalle éprouvées. Le Conseil fédéral a utilisé deux fois la compétence subsidiaire dans le Tarmed, une fois en 2014, une fois en 2017. Il a fallu d'abord constater de manière assez évidente – et d'ailleurs l'ensemble des partenaires le disaient – que le tarif n'était plus adapté sur un certain nombre de points. Il a fallu constater ensuite, de manière répétée, qu'il n'y avait pas d'accord entre les partenaires tarifaires. Seulement ensuite, le Conseil fédéral a pu utiliser sa compétence subsidiaire, ce qui a été fait à deux reprises et est encore et toujours sujet à des recours devant les tribunaux si l'une ou l'autre partie le souhaite. Cette possibilité, nous l'avons dans le Tarmed mais pas pour le domaine stationnaire.

Cela nous paraît être une incohérence qu'on pourrait régler assez simplement en soutenant la proposition de la minorité Hegglin Peter d'adhérer à la décision du Conseil national, c'est-à-dire à la version du Conseil fédéral. Je vous invite à suivre la minorité de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5698)

Für den Antrag der Mehrheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 52 Abs. 3*Antrag der Kommission*

... Analysen, für die ein Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann. Es kann zudem ...

Art. 52 al. 3*Proposition de la commission*

... pour lesquelles un tarif peut être convenu conformément à l'article 46. Il peut également ...

*Angenommen – Adopté***Art. 53 Abs. 1***Antrag der Mehrheit*

... 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 51 und 55 ...



Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

... 51, 54 und 55 ...

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

... 46 Absatz 4, 46a Absatz 2, 47 ...

Art. 53 al. 1

Proposition de la majorité

... 46 alinéa 4, 47, 47b alinéa 2, 51 et 55 ...

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

... 51, 54 et 55 ...

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

... 46 alinéa 4, 46a alinéa 2, 47 ...

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit Hegglin Peter

Adopté selon la proposition de la minorité Hegglin Peter

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Den Entscheid über die Minderheit Müller Damian werden wir beim 5. Abschnitt treffen.

Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. d, e, 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Abs. 2 Bst. d, e

Streichen

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 2 let. d, e, 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Al. 2 let. d, e

Biffer

Gliederungstitel vor Art. 54; Art. 54; 54c; 54e

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Unverändert

**Titre précédant l'art. 54; art. 54; 54c; 54e***Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Inchangé

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir behandeln an dieser Stelle auch Artikel 21.**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Es geht, wie die Frau Präsidentin gesagt hat, um die Kostenziele. Ich werde all diese Artikel nur einmal begründen.

Vorgesehen ist, wie schon in der Eintretensdebatte ausgeführt, die Einführung einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP. Der Bundesrat und anschliessend die einzelnen Kantone sollen, ausgehend vom medizinischen Bedarf, einen Prozentsatz für die maximale Entwicklung der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen, eben diese Kostenziele. Für gewisse Kostenblöcke – das ist die Version des Bundesrates – soll allein der Bundesrat für die Festlegung der Kostenziele zuständig sein; dies betrifft namentlich Analyse, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände. Liegen die effektiven Kostensteigerungen eines Kostenblocks in einem Jahr über den vom Kanton oder Bundesrat für diesen Kostenblock festgelegten Kostenzielen, so prüfen die Kantonsregierungen oder der Bundesrat in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen, ob Massnahmen zur Korrektur von Fehlentwicklungen notwendig sind. Der Bundesrat möchte auch die gesundheitspolitischen Parameter berücksichtigen, wie Demografie, Morbidität, medizinische Innovation.

Der Nationalrat hatte insbesondere das Anliegen, die Kostenziele zu entschlacken, also die Version des Bundesrates in der Umsetzung einfacher zu machen. Der zentrale Punkt, der geändert wurde, ist, dass es Vierjahresziele und nicht

AB 2023 S 198 / BO 2023 E 198

mehr Einjahresziele sind. Zudem hat der Nationalrat Qualitätsziele eingefügt. Wir haben in Artikel 58 KVG aber bereits Qualitätsziele. Das Parlament hat das damals so beschlossen, und der Bundesrat hat für die erste Periode die entsprechenden Vierjahresziele festgelegt. Der Nationalrat hat also bezüglich der Kostenziele ein Qualitätsmonitoring übernommen. Ich weise einfach darauf hin, dass wir in der Kommission auf diesen Artikel 58 KVG verwiesen haben – es gibt schon Qualitätsziele und -vorgaben.

Zweitens hat der Nationalrat eben diese Qualitätsziele eingefügt, das habe ich schon erwähnt. Der Nationalrat hat die verschiedenen Kostenblöcke, auch die Differenzierung auf Gesetzesebene gestrichen. Es wurde der Vorwurf laut, dass man mit der Version des Bundesrates im Silodenken verhaftet bliebe. Der Nationalrat will die ganze Kostenentwicklung breiter, einfacher vornehmen.

In Ihrer Kommission wurde begrüsst, dass auch Qualitätsziele und nicht nur Kostenziele aufgenommen werden. Der Bundesrat wollte nur eine Kommission für Kostenziele einsetzen. Der Nationalrat erweiterte die Aufgaben dieser Kommission auch auf das Qualitätsmonitoring; das ist Artikel 54e.

Es ist anzumerken, dass mit der Teilrevision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bereits Massnahmen im Qualitätsbereich verabschiedet wurden. Dort ist bereits vorgesehen, dass die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Leistungsqualität festzulegen und zu überwachen sind. Dazu gibt es auch eine Kommission. Doppelspurigkeiten sollten mit der Nationalratslösung aber vermieden werden; das ist die Forderung der Mehrheit Ihrer Kommission, die dem Nationalrat folgt.

Die Frage ist, was die Folgen sind, wenn das Budget gemäss der Version des Nationalrates nicht eingehalten wird. Diesbezüglich hat der Nationalrat, wie gesagt, auf alle Massnahmen verzichtet, die bei der Initiative und etwas abgemildert beim Bundesrat für direkte Konsequenzen gesorgt hätten.

Die Gegner der Nationalratslösung und der Kostenziele verweisen auf die Vorlage zum Kostendämpfungspaket 1b, wo mit Artikel 47c bereits Eingriffe aufgrund der Kostenentwicklung vorgesehen sind. Beides gleichzeitig zu tun, sei nicht sinnvoll.

Die Mehrheit Ihrer Kommission – der Entscheid fiel mit 6 zu 3 Stimmen bei 2 Enthaltungen – hat sich für den Beschluss des Nationalrates ausgesprochen, und die Minderheit beantragt, hier die Kostenziele zu streichen.

Müller Damian (RL, LU): Der Nationalrat hat sich bei Artikel 54 für deklamatorische Ziele für Kosten entschieden. Als Parlament haben wir im abgeschlossenen Kostendämpfungspaket 1b bei Artikel 47c Eingriffe durch die Tarifpartner aufgrund der Entwicklung der Kosten beschlossen. Beides gleichzeitig zu tun, ist wirklich nicht





sinnvoll. Es handelt sich hier um unterschiedliche Herangehensweisen. In Artikel 54 wird für die Zukunft ein Ziel postuliert. In Artikel 47c wird dagegen die Vergangenheit angeschaut und auf statistische Befunde gesetzt. Den Ansatz, der die bisherige Entwicklung in Betracht zieht und bei Bedarf durch die Tarifpartner korrigieren lassen will, haben wir beschlossen. Wir sollten dieses Konzept also in der Praxis nun endlich einmal wirken lassen und nicht schon ohne Erfahrungen mit neuen Bestimmungen wie einem Kostenziel zu übersteuern versuchen.

Ich bitte Sie eindringlich, meinen Minderheitsantrag zu unterstützen.

Germann Hannes (V, SH): Ich möchte Sie hier noch einmal bitten, der Minderheit Müller Damian zu folgen. Ich habe beim Eintreten schon darauf verwiesen, wie kompliziert wir die Sache insgesamt machen, indem der Bundesrat in derart vielen Bereichen direkt entscheidet, wo heute die Tarifpartner zuständig sind; ich habe es ausgeführt. Das gilt einerseits auf Bundesebene – das ist ja noch okay –, dann aber auch für alle Kantone, und das in vier verschiedene Bereiche aufgegliedert. Das macht 26 mal 4, das sind dann also schon über 100 Entscheidungen, die der Bundesrat alleine treffen wird, und dann hat er noch x Vorgaben gemacht; ich habe sie beim Eintreten erwähnt.

Ich möchte Ihnen noch vor Augen führen, was die Regulierungsfolgenabschätzung ergeben hat, die für dieses Gesetz gemacht worden ist. In der Regulierungsfolgenabschätzung zu den Kostenzielen wird gesagt, dass darauf zu achten sei, dass sich Zielvorgaben nicht negativ auf die Versorgungssicherheit, den Vollzugaufwand und den Wettbewerb auswirken. Es wird dann auch auf erhebliche Verteilungswirkungen verwiesen, auch darauf, dass der Spielraum der Leistungserbringer eingeschränkt wird. Schliesslich wird auf Folgendes verwiesen, ich zitiere aus der Botschaft, Seite 27: "Aufgrund des vorhandenen Effizienzpotenzials und weil mit Zielvorgaben nur das Kostenwachstum beschränkt wird (mit marginalem Effekt auf die Kosten)" – das sage ich jetzt mit Blick zur Mitte –, "ist kein Rückgang der Behandlungsqualität zu erwarten." Sie spüren diese vorsichtige Formulierung. "Werden ungerechtfertigt strikte Massnahmen bei Überschreitung der Kosten ergriffen, ist es möglich, dass sich der Zugang zu Gesundheitsleistungen insbesondere für gewisse vulnerable Patientengruppen verschlechtert."

Jetzt blicke ich wieder zur Mehrheit, die Eintreten beschlossen hat: Halten Sie sich das vor Augen! Ich möchte nicht rechtfertigen müssen, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen insbesondere für vulnerable Patientengruppen verschlechtert wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Zustimmung zum Minderheitsantrag.

Berset Alain, président de la Confédération: Je crois qu'il faut quand même le rappeler: nous avons affaire maintenant à l'article qui constitue le coeur du projet. A partir du moment où vous êtes entrés en matière, si vous deviez ne pas soutenir l'article 54 dans la version de la majorité, il faut se poser la question de savoir si finalement cela vaut encore la peine d'avoir un projet. C'est le coeur du projet.

Cet article 54 a été fortement simplifié, il faut bien le voir: par rapport au projet du Conseil fédéral, la version du Conseil national est beaucoup plus simple, mais c'est ce qui donne la base, pour cette transparence et cet engagement, à l'ensemble des acteurs pour travailler ensemble sur des objectifs en matière de coûts. C'est pour cela que ce n'est pas tellement une surprise de retrouver les mêmes acteurs qui proposaient de ne pas entrer en matière et qui, maintenant que vous êtes entrés en matière, proposent de biffer l'article 54. C'est la même logique dont on parle.

Je relève encore un élément pour rappeler que la compatibilité entre la décision prise à l'article 47c – c'est l'argumentation de M. Damian Müller – et cet article est absolument garantie. D'ailleurs, le Conseil fédéral avait, dans le volet 1, proposé un élément qui concerne le monitoring auquel sont soumis les partenaires tarifaires, ce que vous avez déjà décidé, et nous avons mis dans le volet 2 l'élément de l'objectif des coûts globaux, qui est en discussion aujourd'hui. Ce serait une erreur de dire que c'est l'un ou l'autre et que c'est contradictoire. Ce n'est pas le cas. Au contraire, cela se complète très bien, puisqu'il s'agit ici de l'ensemble des acteurs, sur l'ensemble du territoire, dans l'ensemble du domaine de la santé, et pas seulement pour ce qui est discuté dans les partenariats tarifaires.

Ici, cela concerne aussi les médicaments, ce qui est quand même une part importante des coûts, ce n'est pas négligeable. Cela concerne également tout le domaine des analyses, qui est un domaine important. Cela concerne toute la liste des moyens et appareils (LiMA), vous vous rappelez cette discussion: nous avons été beaucoup appelés, de la part du Parlement d'ailleurs, à revoir aussi ces tarifs. Cela veut dire que ces éléments devraient aussi être concernés, alors qu'ils ne le sont pas par l'article 47c déjà décidé, que M. Damian Müller a mentionné. Je voulais juste le dire, parce que certains pourraient avoir l'impression que c'est déjà fait et qu'on pourrait tranquillement dire non ici, parce que la discussion est déjà menée et les décisions prises.



Ce n'est pas le cas. Ce sont des éléments complémentaires. On avait d'ailleurs eu la même discussion au sujet de l'article 47c. A l'époque, la même argumentation était utilisée à l'inverse pour combattre cet article 47c. On nous disait qu'il fallait refuser cette disposition, parce que l'article 54 serait proposé dans le contre-projet à l'initiative du Centre. Et

AB 2023 S 199 / BO 2023 E 199

maintenant, on nous dit qu'il faut refuser l'article 54 proposé comme contre-projet à l'initiative du Centre, parce qu'on a adopté l'article 47c. Ils sont complémentaires, si l'on veut vraiment faire quelque chose dans le domaine de la santé, et non seulement dans le domaine du monitoring entre les partenaires tarifaires. Car cet article 47c prévoit que les partenaires tarifaires doivent mettre en place un monitoring de l'évolution des tarifs, un monitoring des coûts, ce qui est bien, mais ce ne sont pas encore des objectifs. Et cela ne concerne pas encore les médicaments, ni la LiMA, ni les analyses, pour ne prendre que ces exemples.

Ce sont donc des dispositions absolument complémentaires, raison pour laquelle j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de votre commission et, indirectement, à confirmer votre décision d'entrée en matière, puisqu'on parle là véritablement du coeur du projet.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5699)

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Diese Abstimmung gilt auch für Artikel 53 Absatz 1.

Art. 54a; 54d

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 54b

Antrag der Mehrheit

Titel

Kosten- und Qualitätsziele der Kantone

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Streichen

Art. 54b

Proposition de la majorité

Titre

Objectifs des cantons en matière de coûts et de qualité

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Biffer

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



**Art. 56 Abs. 5***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 56 al. 5*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Kommission hat dem vom Nationalrat eingefügten Absatz 5 ohne Gegenantrag zugestimmt.

Grundsätzlich stellt sich ja zuerst die Frage, ob eine Leistung den WZW-Kriterien entspricht und überhaupt in den Leistungskatalog aufgenommen werden kann. Wenn das passiert ist, gibt es die WZW-Prüfung im Einzelfall, bei dem die Position der Tarifpartner zentral ist. Diese Position soll mit dem vorliegenden Absatz gestärkt werden, insbesondere mit dem Festhalten an den Richtlinien. Mit dem neuen Absatz 5 von Artikel 56 würde dies jetzt explizit aufgenommen. Damit wären Versicherer und Leistungserbringer verpflichtet, in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen. Dabei müsste die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien erfolgen, insbesondere unter Berücksichtigung der Richtlinien.

Wie gesagt, der neue Absatz 5 wurde von der Kommission ohne Gegenantrag angenommen; ich denke, auch der Bundesrat wird diesen unterstützen.

*Angenommen – Adopté***Ziff. II Übergangsbestimmungen der Änderung vom ...***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Streichen

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Abs. 1

Streichen

Ch. II dispositions transitoires de la modification du ...*Proposition de la majorité**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Biffer

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Al. 1

Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier empfiehlt Ihnen Ihre Kommission einstimmig, Absatz 2 zu streichen. Wenn Sie den Absatz lesen, sehen Sie, dass es eigentlich eine Lex Tardoc oder Lex Tarmed ist. Hintergrund ist die Diskussion um den Streit – das ist das falsche Wort –, die Diskussion um Tardoc und Tarmed. Der Nationalrat wollte hier einen Umsetzungsartikel machen. Ihre Kommission ist der Meinung, es brauche hier im Gesetz keine Lex Tardoc oder Lex Tarmed.

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



Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 21.067/5700)

Für Annahme des Entwurfes ... 23 Stimmen

Dagegen ... 17 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Vorlage 2 geht an den Nationalrat.

AB 2023 S 200 / BO 2023 E 200



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Wir beraten die Differenzen in einer einzigen Debatte. (*discurra sur-silvan*) Il pled per sia minoritad ha dunna Weichelt. Ella discurra er gist per la fracziun dals Verds.

Weichelt Manuela (G, ZG): Ich werde kurz den Antrag meiner Minderheit begründen und dann gleich auch für die Fraktion sprechen.

Die grüne Fraktion unterstützt den Minderheitsantrag Weichelt zu Artikel 32 Absatz 4 KVG. Wir wissen, dass bei seltenen Krankheiten, wie es der Begriff schon sagt, nur eine ganz kleine Gruppe von Menschen betroffen ist. Allein schon deswegen kann es kein evidenzbasiertes Verfahren geben. Demzufolge ist es fahrlässig und gefährlich, wenn wir den Beschluss des Ständerates übernehmen, wonach die Leistungen für Personen mit seltenen Krankheiten nicht übernommen würden, nur weil das Verfahren dafür eben nicht evidenzbasiert erfolgen kann. Ich bitte Sie deshalb, diesen unsinnigen Beschluss des Ständerates abzulehnen.

Nun komme ich zum Votum für die Fraktion. Zuerst ganz generell einmal zur Erinnerung: Wir sprechen heute, zu früher Morgenstunde, über eine gezielte Täuschung. Wir diskutieren eine Vorlage mit dem irreführenden





Titel "Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen". Aber Achtung, um das geht es gar nicht. Es wird versucht, dem Volk weiszumachen, dass im Gesundheitswesen Prämien mit Kosten gleichzusetzen sind. Das ist aber nicht der Fall. Das ist Augenwischerei.

Gerade wenn es um die Kostenentwicklung geht, ist der Unterschied zwischen Prämien und Kosten entscheidend. Während die OKP-Prämien bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 29,9 Prozent der Gesundheitskosten finanziert haben, sind es heute 37,9 Prozent. Die Prämien steigen folglich auch, weil wir immer mehr über die Prämien finanzieren. Würden wir immer noch, wie im Jahr 1996, lediglich 29,9 Prozent des Gesundheitswesens über die Prämien finanzieren, wären die Prämien heute um 21 Prozent niedriger – ja, Sie hören richtig: Dann wären die Prämien heute um 21 Prozent niedriger. Eine Gleichsetzung von Prämien und Kosten blendet Fragen nach der Finanzierung aus und schadet damit ganz besonders einkommensschwachen Haushalten, denn diese werden unter einer weiter zunehmenden Finanzierung über Kopfprämien besonders leiden. Wer den Weg im Sinne der Prämienzahlenden gestalten möchte, muss Finanzierungsfragen angehen, statt sie auszuklammern.

Ein reiches Land, wie es die Schweiz ist, kann sich Gesundheitskosten in der Höhe von 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts als Solidargemeinschaft leisten, sofern sie wirklich für die Gesundheit unserer Bevölkerung eingesetzt werden. Die Mittel müssen sinnvoll eingesetzt und die Lasten fair über die Bevölkerung verteilt werden. Es braucht darum eine stärkere Finanzierung über die öffentliche Hand und die allgemeinen Steuern, eine Trendumkehr bei den Prämienverbilligungen und eine Abschaffung der Kopfprämien.

Dann kann sich die Gesundheitspolitik auch wieder vermehrt auf den individuellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen der Gesundheitsversorgung sowie auf eine kluge Steuerung des Systems konzentrieren. Oft geht vergessen, dass ein ausgezeichnetes Gesundheitswesen zu den wichtigsten Ressourcen unseres Landes zählt und dass sich die Ausgaben lohnen. Eine Umsetzung der Pflege-Initiative wird sowohl mit dieser Initiative als auch mit dem Gegenvorschlag nochmals erschwert.

Ich komme zur Minderheit Gysi Barbara bei Artikel 32 Absatz 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit Gysi Barbara, um dem Bundesrat bei Bedarf die Möglichkeit zu geben, eine gewisse Flexibilität bei der Kostenübernahme von Leistungen zu haben.

Zur Minderheit Roduit bei Artikel 37a und Artikel 45 Absatz 2 KVG: Der Antrag der Minderheit Roduit wird von der grünen Fraktion unterstützt. Stellen Sie sich einmal diese Absurdität vor, sollte eine Mehrheit hier im Saal den Antrag der Mehrheit der Kommission unterstützen: Als Patientin müssten Sie neu vor einer Blutentnahme herausfinden, ob Ihre Versicherung und das Labor Ihrer Hausärztin einen Zusammenarbeitsvertrag haben. Wenn nicht, dann müssten Sie die Rechnung entweder selbst bezahlen oder Ihre Ärztin müsste ein Labor, mit dem sie vielleicht noch nie zusammengearbeitet hat, beauftragen. Die dritte Möglichkeit wäre, Ihre Hausärztin zu wechseln. Alle drei Varianten sind total absurd und sicher nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten. Bitte unterstützen Sie den Minderheitsantrag Roduit.

Zur Minderheit de Courten bei Artikel 46 Absatz 4ter KVG: Die grüne Fraktion lehnt den Minderheitsantrag de Courten ab. Wir haben eine Frist im Gesetz. Sollte die Verwaltung die Frist nicht einhalten, die übrigens sehr kurz ist, gibt es wie überall im Verwaltungsrecht die Möglichkeit einer Rechtsverzögerungsbeschwerde. Wir sollten das Gesetz nicht unnötig aufblasen und mehr Rechtsunsicherheit als Rechtssicherheit produzieren.

Zur letzten Minderheit, zur Minderheit Maillard bei Ziffer II Absatz 2 KVG: Die grüne Fraktion unterstützt mit wenig Herzblut die Minderheit Maillard. Wieso mit wenig Herzblut? Wir sind wenig begeistert, dass noch am Tarmed herumgeflickt werden soll. Eigentlich sind wir der Meinung, dass wir nun

AB 2023 N 953 / BO 2023 N 953

endlich über den Tardoc sprechen sollten. Wenn dies nicht möglich ist, dann bleibt uns nichts anderes übrig, als den Minderheitsantrag anzunehmen, damit die Tarifstruktur nicht nur geändert werden kann, wenn sie überhöht ist, sondern auch dann, wenn sie nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich ist.

President (Candinas Martin, president): (*discurra sursilvan*) Il pled per per sia minoritad ha dunna Gysi che discurra er gist per la fracziun socialdemocratica.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zuerst zu meiner Minderheit und danach gleich auch für die SP-Fraktion. Bei meinem Minderheitsantrag zu Artikel 32 Absatz 7 KVG bitten wir Sie, dem Ständerat zu folgen. Der Ständerat hat hier weitere Möglichkeiten eingefügt, wonach der Bundesrat bei Bedarf, d. h., wenn er es als richtig erachtet, weitere Verfahren oder Instrumente zur Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vorsehen können soll. Es ist eine Kann-Formulierung, die dem Bundesrat einen gewissen Handlungsspielraum gibt, um neue Verfahren oder Instrumente aufzunehmen, wenn er dies als sinnvoll erachtet. Die



Health Technology Assessments (HTA) sind ein wichtiger Teil, um eben eine Kostendämpfung zu bewirken. Hier besteht ein grosses Potenzial, um Kosten zu dämpfen und einsparen zu können. Wenn es neue Möglichkeiten gibt oder sich neue Wege auftun, soll der Bundesrat auch ohne zusätzliche Gesetzgebung handeln können.

Dann zu den übrigen Minderheiten, ich gehe sie der Reihe nach durch.

Zur Minderheit Weichelt bei Artikel 32 Absatz 4: Wir unterstützen die Streichung von Absatz 4, vor allem auch aufgrund der Begründung, wonach es eigentlich nicht notwendig ist, diesen aufzunehmen, weil die Anwendung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit schon in Absatz 1 genügend vorgegeben ist. Es muss nicht noch weiter ausgeführt werden, dass ein evidenzbasierter Nachweis vorliegen muss, wie es in Absatz 4 gemacht wird. Daher unterstützen wir grundsätzlich diese Streichung.

Meinen Minderheitsantrag zu Artikel 32 Absatz 7 habe ich bereits begründet.

Ich komme zur Minderheit Roduit bei Artikel 37a zu den Laboratorien. Meine Vorrednerin hat es schon angesprochen: Hier wurde wirklich etwas grundsätzlich Stossendes aufgenommen. Es bestehen sehr grosse Unterschiede und sehr hohe Laborkosten, und es muss hier etwas passieren. Im Übrigen ist mit den Massnahmen des Bundesrates auch schon eine gewisse Kostendämpfung erreicht worden. Wenn wir aber diesen Artikel so stehenlassen, dann haben wir die Problematik, dass wir in gewissen Bereichen Mehrkosten provozieren, weil eben auch der Weg zum Abholen dieser Proben finanziert werden muss. Das sind keine hohen Beträge, aber wenn die Versicherung mit dem Labor, mit dem eine Hausärztin, ein Hausarzt sonst zusammenarbeitet, keinen Vertrag hat, kann das dazu führen, dass eine Hausärztin, ein Hausarzt mit x verschiedenen Laboratorien zusammenarbeiten muss. Für die Patientin und den Patienten ist das auch eine sehr unglückliche Situation, da es dann möglicherweise keine Kostenübernahme geben könnte. Es ist also ein Zusatzaufwand für Ärztinnen und Ärzte, aber es ist auch ein Problem für die Patientinnen und Patienten, und es führt zu zusätzlichen Fahrten, wenn x Laboratorien zu den Arztpraxen fahren müssen. Daher ist es wirklich wenig sinnvoll, das jetzt so ins Gesetz zu schreiben.

Grundsätzlich ist hier auch eine Revision unterwegs. Es gibt noch ein gewisses Sparpotenzial bei den Labortarifen; das ist aber nicht so zu realisieren, sondern es gilt, die Revision abzuwarten, die jetzt im Gange ist. Ich bitte Sie darum, die Minderheit Roduit zu unterstützen. Wir haben Artikel 37a zu Beginn mitgetragen, auch im Sinne eines Kompromisses, um in diesem Gegenvorschlag gewisse Punkte mit Einsparpotenzial aufnehmen zu können. Aber die Zusatzberichte, die auch die ständerätliche Kommission eingefordert hat, haben aufgezeigt, dass dieser Artikel nicht der richtige Weg dazu ist.

Den Minderheitsantrag de Courten lehnen wir ab. Wir wollen keinen Automatismus, wonach ein Tarifvertrag automatisch in Kraft treten würde, wenn es nicht eine genügend schnelle Einigung mit neuen Tarifen gibt, wenn ein neuer Tarifvertrag eben nicht innert Jahresfrist genehmigt worden ist. Das birgt grosse Gefahren. Ich glaube, die Behörden sind angehalten, jeweils zügig voranzugehen. Aber wenn ein Vertrag zu wenig gut geprüft werden konnte und eine Mehrheit diesen dann einfach durchdrücken kann, kann das sehr gefährlich sein. Es ist auch nicht sinnvoll.

Zum Schluss komme ich zu den Übergangsbestimmungen, zum Antrag der Minderheit Maillard; mein Kollege Pierre-Yves Maillard wird diesen Minderheitsantrag natürlich auch noch begründen. Ich sage dazu nur Folgendes: Wir unterstützen diesen selbstverständlich. Diese Bestimmung ist wichtig, weil sie eben die Möglichkeit bietet, auch kurzfristig Einsparungen erzielen zu können. Wenn die Tarife nicht mehr stimmen, muss der Bundesrat diese Möglichkeit haben. Das ist unseres Erachtens auch eines der kleinen Kernstücke dieser Vorlage.

Wir haben immer Hand geboten zu einem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte, weil wir es grundsätzlich als richtig anschauen, auch bei den Kosten hinzuschauen, vor allem nicht unnötige Behandlungen zu provozieren und hier ein Augenmerk darauf zu haben. Sie wissen, die SP hat auch bei der Finanzierung der Leistungen hingeschaut, weil die Krankenkassenprämien jedes Jahr steigen, im Moment gerade sehr extrem, dieses Jahr um fast 7 Prozent. So wie wir hören und wie sich die Kostensteigerung zeigt, wird es auch auf 2024 einen markanten Anstieg geben. Wir wollen einerseits bei den Kosten hinschauen und andererseits ganz klar die Prämienlast für die Bevölkerung begrenzen. Das ist absolut notwendig, es braucht hier eine klarere Steuermittelfinanzierung. Überhaupt braucht es im Gesundheitswesen auch einen Teil, der öffentlich mitgetragen wird, denn kaum ein Land in Europa hat so hohe Kosten wie die Schweiz, die wir aus der eigenen Tasche berappen.

Wir wollen eine gute Mitfinanzierung der Prämien, einen guten Gegenvorschlag oder sonst dann unsere Initiative. Was der Ständerat gestern beschlossen hat, ist ein Placebo, das reicht bei Weitem nicht. Die Kantone stehen finanziell gut da, und sie sind gehalten, hier auch einen grösseren Teil zu übernehmen. Auch der Bund sollte sich an der Prämienverbilligung stärker beteiligen. Wir werden hier weiterkämpfen, aber wir bieten, wie



gesagt, auch Hand auf der Seite der Kosten.

President (Candinas Martin, president): (*discurra sursilvan*) Il pled per sia minoritad ha signur Roduit che discurra er gist per la fracziun dal Center.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Au préalable, et au nom du groupe du Centre, j'aimerais rappeler l'importance de ce contre-projet indirect, même s'il est lacunaire sur bien des points par rapport à notre initiative. En fait, l'élément clé, à savoir l'article 54 relatif à la fixation d'objectifs en matière de coûts de la santé, ayant été accepté par les deux chambres, nous pouvons faire en sorte que le projet soit rapidement accepté. A cet effet, notre groupe soutiendra, dans les grandes lignes, les positions du Conseil des Etats, à l'exception de celles sur l'article 49 alinéa 2 bis et sur les dispositions transitoires.

Mais reprenons l'ensemble des divergences. Notre groupe suivra la majorité de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, à l'exception des minorités Roduit (article 37a), que je développerai au nom du groupe, et Maillard (dispositions transitoires). Concernant l'article 32, qui traite de l'évaluation des technologies de la santé, nous sommes satisfaits du compromis de la commission, qui, d'une part, maintient sa position selon laquelle l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique d'une prestation doivent être évalués par des tiers indépendants, mais, d'autre part, demande, comme le Conseil des Etats, d'inscrire, dans un alinéa 4, que les prestations ne seront plus remboursées si les évaluations réalisées montrent que ces critères ne sont plus remplis.

AB 2023 N 954 / BO 2023 N 954

De ce fait, nous rejeterons la proposition de minorité Weichelt pour des raisons évidentes, et la proposition de minorité Gysi Barbara, car celle-ci ouvre la possibilité de fixer les tarifs selon des critères politiques.

Venons-en aux analyses de laboratoire. Après avoir soutenu, lors d'un premier examen, la liberté de contracter, qui est la position d'une faible majorité de la commission, notre groupe s'opposera à cette fausse bonne idée. Cela pour cinq bonnes raisons qui ressortent de nos débats, des informations transmises par l'administration dans l'intervalle et qui sont avancées non pas par des lobbies concernés, mais par les principaux acteurs de la santé que sont les médecins et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Premièrement, il manque actuellement une base de données suffisante pour calculer les tarifs, ainsi que des outils de comparaison.

Deuxièmement, l'introduction de la liberté de contracter pour les laboratoires qui n'effectuent pas d'analyses de base pour leurs propres besoins entraînerait une charge administrative supplémentaire très importante. Pourquoi? Les chiffres parlent d'eux-mêmes: il y a actuellement 45 assureurs-maladie et 153 laboratoires privés en Suisse. Sachant qu'il y a une obligation de publier et d'actualiser les contrats de collaboration avec les laboratoires, que les cantons doivent être informés, comme autorités de contrôle, et que les cabinets médicaux devraient s'assurer que les échantillons des patients soient bien envoyés au bon laboratoire, on comprendra aisément qu'il s'agit là d'un monstre bureaucratique dont personne ne veut.

Troisièmement, il faut s'attendre, évidemment, à des coûts supplémentaires pour les assureurs, les autorités cantonales, les cabinets médicaux et les hôpitaux; ce qui va dans le sens opposé à celui du contre-projet. Un simple exemple: plusieurs laboratoires différents devraient récupérer des échantillons auprès du même cabinet médical ou du même hôpital.

Quatrièmement, cela entraînerait une centralisation et la fin des petits laboratoires privés. C'est un problème, car les personnes assurées devraient chercher un médecin qui prescrit les analyses au laboratoire possédant un contrat de collaboration avec l'assureur de la personne concernée. Cela est particulièrement difficile dans les régions périphériques, où l'approvisionnement et la rapidité des services ne seraient plus garantis.

Cinquièmement, plutôt que de réaliser une baisse linéaire précipitée des tarifs, nous sommes plutôt d'avis qu'il faut mettre en oeuvre la motion 17.3969 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, "Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires", et accélérer la révision systématique des tarifs.

Dans ce sens, nous vous prions de soutenir ma proposition de minorité.

Pour l'article 46 alinéa 4ter, notre groupe soutiendra la position de la majorité de la commission. En effet, cette disposition relative à l'entrée en vigueur des conventions tarifaires n'a pas lieu d'être. Il s'agit d'une disposition unilatérale, en faveur des caisses. En fait, le délai d'approbation d'une année, fixé à l'article 46 alinéa 4bis, est suffisant. A notre connaissance, il n'y a pas de cantons qui attendent plus d'une année pour approuver les tarifs.

Enfin, si nous soutenons l'avis de la commission, qui, à l'unanimité, maintient sa position selon laquelle il



convient d'attribuer au Conseil fédéral des compétences subsidiaires supplémentaires dans le domaine stationnaire – à l'article 49 alinéa 2bis – nous soutiendrons cependant, dans les dispositions transitoires, la proposition de la minorité Maillard qui demande au Conseil fédéral, à l'instar du Conseil des Etats, d'intervenir dans la structure tarifaire Tarmed.

En effet, cette structure tarifaire est obsolète – chacun s'accorde à le dire – et nous ne voulons pas attendre au-delà de l'entrée en vigueur de la loi, prévue au 1er janvier 2025, avant de nous débarrasser de ce tarif aux rémunérations excessives et inappropriées. Il s'agit de mettre la pression sur les faitières pour qu'elles s'entendent au plus vite – c'est-à-dire au plus tard en 2024 – sur un nouveau système tarifaire, que ce soit sous la forme d'un nouveau tarif à la prestation, Tardoc, ou de forfait pour les prestations ambulatoires. A l'heure où l'on pressent une nouvelle hausse drastique des primes de caisses-maladie, il serait inconscient de renoncer à l'exigence de ces mesures immédiates.

En conclusion, faisons en sorte d'apporter au plus vite, avec ce contre-projet, les correctifs qui, de manière réaliste et efficace, permettront de freiner au moins en partie – car cela ne suffira pas – les coûts de la santé. Merci pour votre attention.

President (Candinas Martin, president): (*discurra sursilvan*) Il pled per sia minoritad ed er gist per la fracziun da la Partida populara svizra ha dunna Bircher.

Bircher Martina (V, AG): Ich vertrete zuerst die Minderheit de Courten bei Artikel 46 Absatz 4ter bezüglich der Tarife und danach die Meinung der SVP-Fraktion.

Artikel 46 Absatz 4ter sieht vor, dass geregelt wird, was passiert, wenn die Genehmigungsbehörde innerhalb der gesetzten Frist keinen formellen Entscheid bezüglich der Tarife trifft. Wird das im Gesetz eben nicht geregelt, entstehen nur neue Unsicherheiten in Sachen Tarifvertrag. Entsprechend bitte ich Sie, diese Minderheit zu unterstützen, damit wir nicht im luftleeren Raum stehen und damit klar geregelt ist, was passiert, wenn es zu keiner Einigung kommt.

Zu den weiteren Minderheiten: Gemäss Artikel 32 Absatz 4 sollen Leistungen, die die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, nicht mehr von der Versicherung vergütet werden. Eine Minderheit will dies streichen. Die SVP-Fraktion lehnt diesen Minderheitsantrag selbstverständlich ab. Im Umkehrschluss würde das ja heissen, dass die Versicherung unwirksame, nicht zweckmässige und unwirtschaftliche Therapien, Medikamente oder Operationen bezahlen muss. Entsprechend unterstützen wir da die Kommissionsmehrheit.

In Artikel 32 Absatz 7 heisst es: "Der Bundesrat kann weitere Verfahren und Instrumente für die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vorsehen." Eine Minderheit will dem Ständerat folgen und diesen Absatz nicht streichen. Die SVP-Fraktion folgt auch hier der Kommissionsmehrheit und ist der Überzeugung, dass dieser Absatz in der Praxis nichts bringt und man sich damit verzettelt.

Auch bei Artikel 37a und Artikel 45 Absatz 2 folgt die SVP-Fraktion der Kommissionsmehrheit, damit die besonderen Voraussetzungen für die Laboratorien im Gesetz bleiben.

Eine Minderheit will an Ziffer II Absatz 2 festhalten, wonach der Bundesrat in die Tarifstruktur Tarmed eingreift und die aufschiebende Wirkung entzogen wird. Hier wird die SVP-Fraktion die Mehrheit unterstützen und somit nicht an unserem Beschluss festhalten. Diese Bestimmung wird mit der neuen Tarifstruktur obsolet.

Festzuhalten ist: Der grösste Treiber der Gesundheitskosten und somit der Krankenkassenprämien ist die Mengenausweitung. Das Parlament – somit Sie – befeuert diese Entwicklung. Laufend stimmt es neuen Forderungen zu. Beispielsweise ist kürzlich die Regelung in Kraft getreten, dass psychologische Psychotherapeuten Leistungen selbstständig abrechnen dürfen. Diese Abrechnungen, die seit diesem Jahr gemacht werden, sind aktuell für eine massive Kostensteigerung bei den Krankenkassen verantwortlich. Im Herbst droht auch deswegen ein massiver Prämienschock.

Unsere Fraktion wird die Gesetzesvorlage in der Schlussabstimmung ablehnen.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Le système de santé est le seul domaine d'activité de l'Etat qui occasionne chaque année une hausse d'impôt de l'ordre de 1 à 2 milliards de francs – cela dépend, car elle correspond parfois à 500 000 millions, parfois à un milliard, mais cette année elle tutoyait le milliard et demi de francs, voire davantage. Cette hausse d'impôt est décidée chaque année par l'autorité fédérale. Elle concerne essentiellement la classe moyenne, les gens à revenu modeste – c'est ceux-là qu'elle frappe davantage – et les familles nombreuses, puisque le système est celui d'un impôt

AB 2023 N 955 / BO 2023 N 955

par tête. La prime par tête est un impôt injuste qui augmente presque chaque année.





Si nous étions dans un domaine d'activité de l'Etat comme les autres, nous aurions devant nous un budget, et nous pourrions au moins nous demander où vont ces centaines de millions de francs supplémentaires, que nous prenons aux citoyennes et aux citoyens de ce pays, aux habitantes et aux habitants de ce pays, et à quels domaines d'activités ces moyens supplémentaires sont dédiés. Comme nous ne sommes pas dans un domaine géré comme les autres activités de l'Etat, ce sont les assureurs qui, au fond, organisent cette répartition avec les organisations de médecins et les prestataires, qui, ensemble, discutent du système tarifaire et font cette répartition de moyens publics.

Eh bien, chères et chers collègues, il serait quand même utile, au moment où nous discutons de ce sujet, de savoir où sont passés les milliards des dernières années, qui ont été prélevés auprès des habitantes et habitants de ce pays.

Je vous donne juste deux références: en 2011, la médecine générale – pédiatrie, médecine interne générale – consommait environ 3,6 milliards de francs en provenance du Tarmed. La médecine spécialisée était à peine supérieure, 3,8 ou 3,9 milliards. C'était en 2011. Dix ans après, en 2021, alors que pendant toute la décennie on a parlé d'augmenter les prestations pour la médecine générale, la médecine générale consommait toujours 3,6 milliards, mais la médecine spécialisée consommait cette fois 7 milliards de francs, donc presque deux fois plus! L'essentiel des moyens supplémentaires prélevés auprès des habitantes et habitants a donc été orienté vers la médecine spécialisée, parce que le système du Tarmed est complètement obsolète et rémunère de manière excessive les prestations électives hautement techniques et notamment les prestations de diagnostic. Voilà la situation telle qu'elle est. Si nous avons un débat sur le système de santé, nous ne pouvons pas occulter cette situation.

Il faut donc corriger le Tarmed ou le remplacer par un système qui n'aurait pas les mêmes défauts que ce dernier. On verra bien si ce Tardoc est de nature à corriger ces défauts. Pour l'instant, le Conseil fédéral a estimé que ce n'était pas le cas. Nous continuons donc à vivre avec ce mauvais système d'allocation de ressources, nous continuons à prélever des centaines de millions de francs aux habitantes et aux habitants de ce pays et à les octroyer à des domaines d'activités qui n'en ont pas besoin, alors que la première ligne de soins souffre, alors que la première ligne de soins est déficitaire, que nos hôpitaux font des déficits et que toutes celles et tous ceux qui ont des activités de nuit, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, sont dans la difficulté.

Nous avons l'occasion, aujourd'hui, de modifier ceci en demandant au Conseil fédéral de modifier le Tarmed, aussi longtemps qu'il existera. Quand il n'existera plus, cette disposition transitoire perdra sa fonction. Mais, aussi longtemps qu'il existe, il est inacceptable de continuer à laisser ce système fonctionner et à prélever, chaque année, des centaines de millions de francs d'impôts supplémentaires aux habitants de ce pays, pour les octroyer à des domaines d'activité qui sont déjà trop rémunérés. Il faut réorienter ces moyens vers la première ligne de soins, qui souffre et qui a besoin de ressources supplémentaires. C'est le sens de cet amendement. Mesdames et Messieurs du groupe UDC, notamment, et du groupe PLR, vous pouvez être contre la réduction des primes, mais vous ne pouvez pas être contre des mesures qui sont efficaces pour limiter les coûts, et c'est exactement ce que nous vous proposons ici.

C'est la raison pour laquelle je vous invite, au moins par cohérence, à soutenir la proposition de la minorité Maillard.

Mäder Jörg (GL, ZH): Wir sind in der Differenzbereinigung. Ich erkläre Ihnen gerne die Positionen der grünliberalen Fraktion.

Bei Artikel 32 hat der Ständerat vier zusätzliche Absätze eingefügt: die Absätze 4 bis 7. Sie alle sind in der Intention gut gemeint, aber nicht zielführend, und sie blähen das Gesetz unnötig auf. Insbesondere Absatz 4 ist mehr oder minder eine Verdopplung von Absatz 1 und kann daher weggelassen werden. Die in Absatz 5 geforderte Frist ist verständlich, aber nicht praxistauglich. Den in Absatz 6 geforderten Registern fehlt die Gesetzesgrundlage, die wir hier nicht einfach so schaffen können. Zum Schluss weitet Absatz 7 die Kompetenzen des Bundesrates zu weit aus. Entsprechend kann man alle diese vier Absätze ohne schlechtes Gewissen streichen. Folgen Sie daher also bitte bei Absatz 4 der Minderheit Weichelt und bei den anderen Absätzen der Mehrheit. Damit entschlacken wir die Vorlage doch ein bisschen. Wie gesagt wird der Einfluss inhaltlich relativ klein sein, Sie müssen also keine Sorge haben.

Zu Artikel 37a: Hier bitten wir Sie, dem Ständerat zu folgen und den Artikel zu streichen. Die Idee dahinter ist nach wie vor sinnvoll, muss aber etwas differenzierter betrachtet werden, als es hier in dieser Debatte möglich ist. Keine Angst, das ist kein Vertrösten auf den Sankt-Nimmerleins-Tag. Das Parlament hat dem Bundesrat bereits den Auftrag gegeben, diese Analyseliste neu zu organisieren. Die Vorlage ist in der Vernehmlassung und kommt Ende Jahr oder am Anfang des nächsten Jahres in die Räte. Wir sollten hier also



nicht unnötig Doppelspurigkeiten und ein Potenzial für Widersprüche schaffen. Ich bitte Sie, die Minderheit Roduit zu unterstützen.

Bei Artikel 46 Absatz 4ter unterstützen wir ebenfalls die Streichung; das entspricht dem Antrag der Mehrheit der Kommission. Der Grundgedanke, bei den Tarifverhandlungen Druck aufzusetzen, ist sinnvoll und mit Absatz 4bis abgedeckt. Die Formulierung in Absatz 4ter würde primär Umsetzungs- und damit auch Rechtsunsicherheiten auslösen. Sie sollte daher im jetzigen Moment gestrichen werden. Hier folgen wir dem Ständerat. Bei den Übergangsbestimmungen bitten wir Sie, der Minderheit Maillard zuzustimmen und an Absatz 2 festzuhalten. Natürlich könnte man, wenn alles gutgeht, auch ohne diesen Absatz auskommen. Aber was passiert, wenn es nicht gutgeht? Dann hätte der Bundesrat mit diesem Absatz die Kompetenz, sofort jene Tarife anzupacken, bei denen es klar ist, dass sie zu hoch sind und dass sie sinken werden. Ich danke für Ihre Unterstützung.

Sauter Regine (RL, ZH): Es verbleiben noch einige wenige Differenzen in diesem indirekten Gegenvorschlag zur Initiative. Wir haben bereits bei der ursprünglichen Eintretensberatung und auch bei der Behandlung der Initiative gesagt, dass uns weder die Initiative noch der damalige Entwurf des Bundesrates als zielführend erscheinen. Vielmehr befürchten wir damit eine grosse Überregulierung, mehr administrativen Aufwand und letztlich aber auch eine Beschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

Es ist ganz klar: Heute bräuchte es mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Nun sind aber diese Qualitäts- und Leistungsziele im Gegenvorschlag vorgesehen. Das ist somit beschlossen. Hiermit befürchten wir aber einen grossen administrativen Aufwand und einen zusätzlichen Regulierungsschub. Das vorhandene Sparpotenzial können Sie aber so sicher nicht ausschöpfen. Wenn das Versprechen der Erreichung dieser Ziele eingehalten werden soll, dann ist damit zu rechnen, dass es zu Leistungsbeschränkungen kommt. Hier darf man den Patientinnen und Patienten sowie den potenziellen Patientinnen und Patienten nicht einfach Sand in die Augen streuen. Wenn das nicht so sein sollte, dann bringen diese Ziele letztlich auch nichts.

Massnahmen, die nun endlich ergriffen werden müssen und die wirklich sinnvoll sind im Sinne einer Kostendämpfung, sind solche im Rahmen von Efas. Hier müssen wir nun endlich zu einer Lösung kommen. Ich rufe alle Akteurinnen und Akteure auf, hier Hand zu bieten für eine gute Lösung. Eine solche liegt auf dem Tisch und muss noch beschlossen werden. Eine raschere Aufnahme innovativer Therapien und letztlich eben auch angepasste Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten sind nötig. Es muss hier mehr Eigenverantwortung auch aufseiten der Patientinnen und Patienten übernommen werden, wenn wir einen wirklich wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten wollen.

Ich komme kurz zu den Differenzen, die heute noch behandelt werden. Grundsätzlich folgt die FDP-Liberale Fraktion überall der Mehrheit.

AB 2023 N 956 / BO 2023 N 956

Zuerst zu Artikel 32, den WZW-Kriterien: Hier haben wir einen guten Hebel, um die Kosten effektiv kontrollieren zu können. Health Technology Assessments sind wichtige Instrumente. Entscheidend ist aber, dass diese durch unabhängige Dritte durchgeführt werden, wie das nun auch die Mehrheit fordert.

Wir halten zudem auch am ursprünglichen Beschluss des Nationalrates bei Absatz 3 fest. Es braucht diese Konkretisierung, denn der aktuelle Text von Artikel 32 KVG ist unvollständig. Die Evaluationsverfahren, die vorgesehen sind, sind ein erster wichtiger Schritt hin zur unerlässlichen Konkretisierung dieser Bestimmung, einer Schlüsselbestimmung im KVG.

Die Ergänzung mit Absatz 4 durch den Ständerat, wonach Leistungen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen, nicht vergütet werden, ist sinnvoll. Man kann sich fragen, ob es diese Konkretisierung braucht. Aber wenn es so im Gesetz steht, dann haben wir hier endlich einen besseren Hebel. Unnötig sind hingegen die zeitlichen Vorgaben, die der Ständerat eingeführt hat. Deshalb bleiben wir dort, wie gesagt, bei der Mehrheit.

Noch zu Artikel 37a, der die Vertragsfreiheit bei den Labortarifen fordert: Wir unterstützen hier die Mehrheit der Kommission und halten an der Version des Nationalrates fest. Wir versprechen uns damit mehr Wettbewerb in diesem Bereich. Es muss einmal ein erster Schritt erfolgen, mit dem mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen eingeführt werden kann. Heute bewegen wir uns genau in die gegenteilige Richtung: mehr Regulierung, weniger Wettbewerb. Das kann es nicht sein, wenn wir hier wirklich zu einer effektiven Kostenkontrolle kommen wollen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, wie gesagt, der FDP-Liberalen Fraktion zu folgen und überall die Mehrheit der Kommission zu unterstützen.

Berset Alain, président de la Confédération: Vous avez déjà eu – dans le cadre de votre conseil – l'occasion de discuter de ce contre-projet indirect lors de la session d'été de l'année passée. Plusieurs mesures ont déjà



été adoptées, dont le coeur du projet, il faut le dire, qui concerne les objectifs en matière de coûts et qui ont été adoptés, ce que j'aimerais encore ici saluer.

Il reste maintenant quelques divergences et il nous paraît important de les éliminer de manière à pouvoir adopter ce projet lors du vote final. J'aimerais donc vous inviter ici à prendre des décisions dans ce sens sur les différents éléments concernés.

Le premier élément, c'est l'article 32 alinéas 4 et 7. Il faut préciser que, lors de chaque examen et adaptation de l'obligation de prise en charge, il y a un examen systématique, transparent et scientifique selon des critères EAE qui est déjà effectué. Les processus existants pour l'examen EAE sont d'ailleurs constamment adaptés. Ils sont modifiés en fonction des connaissances scientifiques et méthodologiques. Ils sont adaptés au contexte de notre pays, et il nous semble donc que les nouvelles dispositions prévues par le Conseil des Etats sont disproportionnées et trop contraignantes. Nous vous prions de bien vouloir décider dans le sens de votre commission.

Le deuxième point concerne la liberté de contracter dans le domaine des laboratoires. Concernant ces conventions tarifaires, votre conseil propose que les laboratoires, pour pouvoir pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, doivent conclure des conventions avec un ou plusieurs assureurs. C'est, en fait, la mise en place d'une forme de liberté de contracter entre les assureurs et les laboratoires.

Cela soulève beaucoup de questions, comme cela a été rappelé, notamment pour la mise en oeuvre, qui serait assez compliquée. Il y a la question de la charge administrative: vous pouvez bien imaginer que dès qu'on a des contrats entre chaque opérateur, il faut bien les gérer administrativement. Il y a aussi un certain risque d'avoir des inégalités de traitement, parce que la conclusion de ces conventions est prévue au niveau cantonal: on pourrait donc avoir un canton où il y a des accords et le canton voisin où ce n'est pas le cas, et il n'y a rien de prévu pour le cas où aucune convention ne serait conclue alors que cela pourrait naturellement poser des problèmes. La coordination entre les acteurs pourrait être également très compliquée. Il y a donc encore beaucoup de questions dans cette affaire. En plus, il nous semble que c'est une mesure qui ne serait pas forcément très bien accueillie par les acteurs de la santé ni par la population. Donc, dans ces conditions, j'aimerais vous inviter à éliminer cette divergence en suivant la minorité de votre commission – la minorité Roduit – qui soutient la version du Conseil des Etats et demande de biffer cette proposition.

Le point suivant concerne les adaptations des tarifs non conformes: j'aimerais ici vous inviter encore une fois à éliminer cette divergence.

Le dernier point concerne la correction immédiate du Tarmed: il s'agit de la disposition transitoire chiffre II alinéa 2. Une minorité de votre commission propose que le Conseil fédéral prenne immédiatement des mesures de maîtrise des coûts en corrigeant les rémunérations excessives inappropriées et non économiques de la structure tarifaire Tarmed. Votre commission, dans sa majorité en tout cas, propose la suppression de cet alinéa 2. Toute la question qui se pose est de savoir comment ce Tarmed évoluera, par quoi il sera remplacé et à quel moment. Il s'agit donc d'une question de nature politique: souhaitez-vous qu'il soit possible pour nous d'agir? Il est indéniable, et presque personne ne le conteste, que le Tarmed a besoin d'une révision complète. Cela dit, nous avons besoin d'un processus stabilisé pour le réaliser. Actuellement, les choses avancent de manière relativement satisfaisante. Les partenaires tarifaires viennent de créer l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires. Si vous souhaitez nous donner cette possibilité, même si nous ne sommes pas sûrs d'avoir besoin de l'utiliser si les choses avancent raisonnablement avec le remplacement du Tarmed par le Tardoc, cela pourrait constituer une possibilité pour le Conseil fédéral d'agir en cas de nécessité. Cela dit, l'effet de la mise en oeuvre opérationnelle serait effectivement limité, car nous partons de l'idée que, ces prochains temps, des changements iront dans le bon sens concernant la question des tarifs ambulatoires.

J'aimerais vous inviter à avancer dans ce projet, afin de tendre vers sa conclusion en prenant des décisions qui y sont liées.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Nous traitons les divergences du contre-projet à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)".

L'article 32 traite des "health technology assessment", qui sont les procédures médicales visant à analyser le caractère économique adéquat et efficace des prestations médicales remboursées par l'assurance-maladie obligatoire.

La majorité de la commission souhaite toujours que le dispositif soit renforcé dans l'assurance-maladie, pour que nous nous assurions que le catalogue des soins, qui est déjà très large, ne concerne que des prestations qui correspondent à ces trois critères.

Le Conseil des Etats avait accepté le principe, mais avait chargé la barque avec des dispositions supplémen-



taires.

La commission du Conseil national propose de revenir en partie à sa version; elle l'a modifiée quelque peu. D'abord, la majorité de la commission souhaite toujours que l'analyse du respect des critères soit confiée à des organismes tiers en dehors de l'administration. Elle souhaite aussi que cette analyse soit concentrée sur des prestations qui coûtent cher plutôt qu'elle puisse se faire sur des prestations qui ne coûtent presque rien, l'objectif numéro un étant de lutter contre l'augmentation continue des coûts de la santé. Par 17 voix contre 7 et 1 abstention, l'alinéa 3 a été adopté dans sa version majoritaire.

A l'alinéa 4, la majorité se rallie à la version du Conseil des Etats, qui propose d'exclure les traitements qui ne respecteraient pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). En effet, pour la majorité de la commission, il est essentiel que, lorsque l'on fait une "health technology assessment" (HTA), que l'on cherche à connaître l'efficacité d'un traitement médical, ce soit bien pour l'exclure si cette dernière

AB 2023 N 957 / BO 2023 N 957

n'est pas démontrée. Par 20 voix contre 4 et 0 abstention, la majorité propose d'aller dans ce sens. Enfin, à l'alinéa 7, la majorité estime, contrairement à la minorité Gysi Barbara, que d'autres procédures pour vérifier les EAE ne doivent pas être entreprises et qu'il ne convient pas de donner une nouvelle délégation au Conseil fédéral en la matière.

Aux articles 37a et 45 alinéa 2, il est question de la liberté de contracter dans le domaine des analyses de laboratoire. Ces dernières années, on a constaté dans ce domaine un manque de concurrence flagrant entre les acteurs. Les prix des analyses de laboratoire sont trop élevés. Depuis vingt ans, le prix global de ces dernières augmente alors que leurs coûts ont diminué, notamment en raison d'une importante automatisation dans le secteur. Cela aurait dû bénéficier au système de santé et aux assurés, mais ce ne fut pas le cas. Dans les cas de COVID-19, cela a été flagrant: les semaines où les tests COVID-19 étaient payés par l'Etat, ils coûtaient cher; les semaines où ils étaient payés par l'assuré, les mêmes tests coûtaient cinq à six fois moins cher. Monsieur le président de la Confédération, j'ai bien entendu le discours selon lequel les acteurs de la santé pouvaient s'opposer à cette proposition. C'est, peut-être, le meilleur signe pour nous indiquer que la mesure est bonne, puisque, pour faire baisser les coûts et les dépenses dans le domaine de la santé, il faudra bien, à un moment ou un autre, trouver des prestations qui ne plaisent pas à ceux qui encaissent le produit des dispositions que nous décidons. Si nous écoutons systématiquement et uniquement ceux qui émettent des factures, il sera difficile de lutter contre l'augmentation des coûts.

La majorité de la commission estime donc qu'il est urgent d'adopter la liberté de contracter dans le domaine des laboratoires, puisqu'il n'y a pas de rapport de confiance entre le patient et le laboratoire, comme il peut en exister entre le patient et le médecin. Si votre analyse de cholestérol se fait à l'autre bout du pays, peu vous importe en réalité. Ce qui est important, c'est qu'elle se fasse dans un délai raisonnable, à un prix convenable et qu'on lutte contre des analyses inutiles. Ainsi, la liberté de contracter doit permettre – comme elle l'a permis dans le cadre du COVID-19 –, de faire baisser les coûts de la santé. C'est peut-être un domaine marginal, mais c'est un domaine dans lequel nous pouvons faire des essais utiles. Par 10 voix contre 10 et 5 abstentions, avec la voix prépondérante de la présidente, la majorité vous invite ainsi à suivre cette voie-là.

A l'article 46 et 46a, dans le domaine des conventions tarifaires, la majorité de la commission souhaite maintenir le principe d'une obligation de régler dans un délai d'un an l'adoption des conventions tarifaires. Pour la majorité, comme pour le Conseil des Etats, l'automatisme concernant l'adoption de la convention, s'il n'y a pas eu d'adoption par le Conseil fédéral, n'est pas nécessaire. Un recours pour déni de justice est possible. C'est par 15 voix contre 8 et 1 abstention que la majorité estime qu'il n'est pas indispensable de prendre des mesures pour que les conventions soient décidées automatiquement.

Le Conseil des Etats a repris, à l'article 46a alinéa 3, une formulation différant légèrement de celle retenue initialement par le Conseil national. La volonté du Conseil des Etats ne diffère pas sur le principe de celle de notre conseil: il s'agit de permettre un tarif différencié, afin d'encourager certaines spécialisations marquées par la pénurie, comme les généralistes et les pédiatres, pour revaloriser leurs prestations. La formulation adoptée par le Conseil des Etats s'inspire d'une proposition des cantons, qui ont précisé l'application de cet article.

Pour expliquer la volonté des cantons, qui correspond à celle de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, qui a repris la formulation adoptée par le Conseil des Etats, il convient de préciser deux aspects: l'alinéa 3 du présent article s'applique aussi bien à la fixation qu'à l'approbation des tarifs et des structures tarifaires. Comme l'a relevé le rapporteur au Conseil des Etats, les règles à l'article 46a ne s'appliquent qu'à titre subsidiaire. Si les cantons ont la possibilité de fixer les tarifs différenciés, ils doivent avoir a fortiori la compétence d'approuver de tels tarifs lorsque ceux-ci ont été définis par les partenaires



tarifaires. Selon le même principe, l'alinéa 3 du présent article vaut aussi bien pour les structures tarifaires nationales que pour la fixation et l'approbation des tarifs.

Enfin, et je terminerai là – je vous remercie pour votre patience –, au chiffre II, la majorité suit le Conseil des Etats pour biffer la disposition transitoire relative à l'adoption de mesures immédiates en matière de Tarmed et de rémunérations inappropriées. Pour la majorité, il faut adopter un nouveau tarif et non plus corriger les anciens. La proposition serait trop longue pour adopter des modifications immédiates.

Par 9 voix contre 9, 5 absentions, et avec la voix prépondérante de la présidente, la majorité de la commission vous propose de suivre cette voie.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): A l'article 46a, le Conseil des Etats s'est rallié à la décision du Conseil national sur le sujet des tarifs différenciés. Le problème, c'est qu'ici nous parlons de convention tarifaire qui ne remplirait plus les exigences légales. Or en cas de nouvelle convention tarifaire, le terme "plus" pourrait porter à confusion puisqu'on pourrait penser qu'il s'agit d'une convention ancienne. Est-ce que, selon les débats en commission, cet article pourrait aussi s'appliquer pour une nouvelle convention tarifaire qui ne remplirait pas encore les exigences légales – c'est souvent le cas, notamment lorsqu'elle est en phase d'introduction – ? Est-ce que, selon vous, cela pourrait aussi s'appliquer dans un tel cas ?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Après avoir relu les débats en commission pour préparer ce rapport, je peux confirmer qu'il n'a pas été exclu que cela soit possible. Selon mon interprétation, c'est effectivement le cas.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Cher collègue, vous avez dit que peu importe si les échantillons sont analysés de l'autre côté de la Suisse pour autant que les délais soient raisonnables. Qu'est-ce que pour vous des délais raisonnables lorsque l'on sait que des petits laboratoires privés, de nuit, le week-end, dans un délai de vingt-quatre heures, sont capables, dans les zones périphériques, de livrer les résultats ?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je vous remercie de votre question, Monsieur Roduit. La Suisse est un petit pays. Je ne crois pas que le rôle de l'assurance-maladie soit d'assurer des rentes de situation à des petits laboratoires dans les régions. Son rôle est de permettre aux gens de se soigner au tarif le plus compétitif possible. Je pense qu'il est malheureux que certains acteurs de la santé profitent des débats sur l'assurance-maladie pour s'assurer une rente de situation.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Wir behandeln hier die Differenzen zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative. Die erste Differenz liegt in Artikel 32 Absätze 3 bis 7. Bei dieser Differenz geht es um die sogenannten Health Technology Assessments (HTA) bzw. um die Überprüfung medizinischer Leistungen, die zwar über die OKP finanziert werden, die aber veraltet sind.

Unser Rat hat beschlossen, dass Leistungen, die nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich erscheinen – das sind die WZW-Kriterien –, auf der Grundlage eines evidenzbasierten Verfahrens bewertet werden müssen. Der Ständerat sprach sich auch für diese Überprüfung der OKP-Pflichtleistungen aus. Er verzichtete jedoch auf die Klarstellung, dass unabhängige Dritte diese Prüfung vornehmen sollen. Hingegen präziserte er in den Absätzen 4 und 5 die Konsequenzen für die Erstattung der bewerteten Leistungen und in den Absätzen 6 und 7 zusätzliche Richtlinien für die Prüfung der WZW-Kriterien.

Ihre Kommission hat zusätzlich ergänzt, dass die zuständigen Behörden bei der Auswahl der zu evaluierenden Leistungen deren Anteil an den Gesamtkosten der OKP zu berücksichtigen haben. Ihre SGK-N will mit 17 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung daran festhalten, dass die Evaluationsverfahren explizit verwaltungsunabhängig durchzuführen sind. Die Kommission begrüsst mit 20 zu 5 Stimmen auch die Präzisierungen des Ständerates in Absatz 4, wonach

AB 2023 N 958 / BO 2023 N 958

Leistungen, welche die WZW-Kriterien nicht erfüllen, nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Minderheit sieht diese Bedingungen bereits durch das grundsätzliche WZW-Erfordernis in Absatz 1 erfüllt. Die Bestimmungen in Absatz 5, wo es um die Umsetzung der entsprechenden Streichung innert Jahresfrist geht, und in Absatz 6, wo es um die Registerauswertung und die Veröffentlichung der HTA-Ergebnisse geht, erachtet Ihre Kommission als nicht zielführend und lehnt diese – Absatz 5 mit 20 zu 4 Stimmen, Absatz 6 einstimmig – ab. Artikel 37a bestimmt die besonderen Voraussetzungen für die Leistungsabgeltung der Laboratorien, Artikel 45 Absatz 2 die Sicherung der medizinischen Versorgung. Unser Rat hat ohne Opposition beschlossen, hier ein ganz kleines bisschen Unternehmertum und Freiheit einzuführen, aber nur insoweit, als im jeweiligen Kanton



eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet ist. Der Ständerat verwirft diesen Ansatz der Kostendämpfung nicht nur oppositionslos, sondern auch diskussionslos. Er hat sich mindestens im Plenum gar nicht damit auseinandergesetzt, quasi aus Prinzip, was Ihre SGK-N schade findet. Nach eingehender Diskussion beantragt Ihnen Ihre Kommission, am bisherigen Beschluss festzuhalten.

Bei Artikel 46 Absatz 4ter sprechen wir über das Inkrafttreten eines veralteten Tarifvertrages, wenn die Genehmigungsbehörde keinen formellen Entscheid innert der gesetzlichen Frist gefällt hat. Sowohl unser Rat als auch der Ständerat haben Artikel 46 Absatz 4bis angenommen, wonach die zuständige Behörde einen Tarifvertrag innerhalb eines Jahres nach dessen Einreichung beurteilen muss. Die Differenz betrifft den vorgeschlagenen Automatismus des Inkrafttretens. Der Ständerat hat ohne Gegenstimme beschlossen, den Automatismus zu streichen. Ihre Kommission will mit 15 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung dem Ständerat folgen. Die Minderheit will am Beschluss des Nationalrates festhalten.

In Artikel 46a Absatz 3 hat der Nationalrat die Möglichkeit von differenzierten Tarifen eingeführt. Der Ständerat hat relativ lange darüber diskutiert, ob er überhaupt differenzierte Tarife möchte. Er hat sich schliesslich dafür ausgesprochen, aber noch eine Präzisierung vorgenommen. Differenzierte Tarife kommen demnach nur dann infrage, wenn eine Tarifstruktur die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt. Die zusätzlichen Möglichkeiten, die das Parlament dem Bundesrat mit der Modifikation dieses Artikels gibt, sollen die Tarifautonomie aber ausdrücklich nicht schwächen. Deshalb ist festzuhalten, dass ein laufender Tarifvertrag nur angepasst werden darf, wenn es erhebliche Änderungen der massgebenden Umstände erfordern. Die Erheblichkeit der Änderungen der Umstände ist auch gefordert, weil sie Kohärenz schafft zu Artikel 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Massgebende Prüfkriterien für eine mögliche Anpassung sind demzufolge, dass die Genehmigungsbehörde prüft, ob ein Tarif betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert ist und ob der Tarif eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung ermöglicht. Ihre Kommission schliesst sich hier ohne Minderheit dem Ständerat an.

Zu Artikel 49 Absatz 2bis: Unser Rat hat ohne Gegenstimme den Vorschlag für eine subsidiäre Kompetenz des Bundesrates gutgeheissen, strukturelle Massnahmen in den Tarifverträgen der Spitäler vorzunehmen, wenn sich diese nicht mehr als sachgerecht erweisen und die Tarifpartner sich nicht einigen können, dies analog zu den bereits bestehenden Kompetenzen im ambulanten Sektor. Der Ständerat hat mit 22 zu 18 Stimmen beschlossen, diese Bestimmung zu streichen. Ihre Kommission will einstimmig daran festhalten.

Art. 32

Antrag der Mehrheit

Abs. 3

... und ist verhältnismässig. Im Rahmen der Verhältnismässigkeit berücksichtigt die zuständige Behörde bei der Auswahl der zu evaluierenden Leistung deren Anteil an den Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Mit der Durchführung des Evaluationsverfahrens beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5–7

Streichen

Antrag der Minderheit

(Weichelt, Matter Michel, Mettler, Prelicz-Huber, Wettstein)

Abs. 4

Streichen

Antrag der Minderheit

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wettstein, Wyss)

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 32

Proposition de la majorité

Al. 3

... et respecte le principe de la proportionnalité. S'agissant de la proportionnalité, l'autorité compétente tient





compte, lors du choix de la prestation à évaluer, de la part des coûts totaux de l'assurance obligatoire des soins que représente ladite prestation. La Confédération charge des tiers indépendants de l'administration de réaliser la procédure d'évaluation.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5–7

Biffer

Proposition de la minorité

(Weichelt, Matter Michel, Mettler, Prelicz-Huber, Wettstein)

Al. 4

Biffer

Proposition de la minorité

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wettstein, Wyss)

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 4 – Al. 4

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/26878)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 82 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7 – Al. 7

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/26879)

Für den Antrag der Mehrheit ... 123 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 66 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 37a; 45 Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Roduit, Lohr, Matter Michel, Mettler, Prelicz-Huber, Siegenthaler, Studer, Weichelt, Wettstein, Wyss)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 37a; 45 al. 2

Proposition de la majorité

Maintenir

AB 2023 N 959 / BO 2023 N 959

Proposition de la minorité

(Roduit, Lohr, Matter Michel, Mettler, Prelicz-Huber, Siegenthaler, Studer, Weichelt, Wettstein, Wyss)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats





Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/26880)

Für den Antrag der Minderheit ... 107 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 78 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Art. 46 Abs. 4ter

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rüeegg, Schläpfer)

Festhalten

Art. 46 al. 4ter

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rüeegg, Schläpfer)

Maintenir

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/26881)

Für den Antrag der Mehrheit ... 138 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 51 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 46a Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 46a al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49 Abs. 2bis

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 49 al. 2bis

Proposition de la commission

Maintenir

Angenommen – Adopté

Art. 52 Abs. 3; 53 Abs. 1; 54b Titel

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 52 al. 3; 53 al. 1; 54b titre

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté



Ziff. II Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Maillard, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mettler, Roduit, Studer, Wasserfallen Flavia, Wyss)
Festhalten

Ch. II al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Maillard, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mettler, Roduit, Studer, Wasserfallen Flavia, Wyss)
Maintenir

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/26882)

Für den Antrag der Mehrheit ... 99 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 90 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Das Geschäft geht zurück an den Ständerat.



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Fortsetzung – Suite

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Art. 32

Antrag der Kommission

Abs. 3

Festhalten

Abs. 5–7

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 32

Proposition de la commission

Al. 3

Maintenir





Al. 5–7

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich werde den indirekten Gegenvorschlag vorstellen bzw. die Differenzbereinigung dazu. Der Nationalrat hat sich in wesentlichen Punkten dem Beschluss des Ständerates angeschlossen, es bleiben hauptsächlich zwei Differenzen. Wie Sie in der Fahne sehen können, ist das bei Artikel 32 KVG zu den Health Technology Assessments (HTA) und bei Artikel 49 KVG zu den neuen subsidiären Kompetenzen im stationären Bereich der Fall.

Ihre Kommission hat die Differenzen am 26. Juni 2023 behandelt. Ich werde jetzt die erste Differenz erläutern: In Artikel 32 haben wir verschiedene Bestimmungen, nämlich die Absätze 3 sowie 5 bis 7, die noch offen sind. In unserem Rat setzte sich bei Absatz 3 damals der Minderheitsantrag Hegglin Peter mit 23 zu 18 Stimmen durch. Mit diesem Antrag wurde gefordert, dass Artikel 32 um die Wirksamkeit ergänzt wird, um die WZW-Kriterien, die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, zu stärken und auch die HTA effektiver zu verlangen.

Bei Artikel 32 hat der Nationalrat Absatz 3, inklusive einer Ergänzung, und Absatz 4 mit 108 zu 82 Stimmen zugestimmt. Die Absätze 5 und 6 hat er ohne Gegenantrag abgelehnt. Absatz 7 hat er mit 123 zu 66 Stimmen abgelehnt. Das war die Ausgangslage für unsere Beratung.

Insgesamt sind sich der Ständerat und der Nationalrat einig darüber, dass Leistungen, bei denen Hinweise dafür bestehen, dass sie die WZW-Kriterien nicht oder nicht mehr erfüllen, anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden sollen. Das besagt Absatz 3. Die Räte sind sich auch darüber einig, dass Leistungen von der OKP nicht mehr vergütet werden sollen, wenn das Verfahren ergibt, dass sie die WZW-Kriterien nicht erfüllen. Bei Absatz 3 sieht die Fassung des Nationalrates zwingend vor, dass externe Dritte dieses Verfahren durchführen. Die Fassung des Ständerates ist diesbezüglich offener. In Absatz 5 sah er eine Frist für den Entscheid über die Vergütung sowie in den Absätzen 6 und 7 weitere Verfahren zur Überprüfung der WZW-Kriterien vor.

Wir haben uns in der Kommission mit 9 zu 2 Stimmen bei 1 Enthaltung entschieden, bei Absatz 3 am Beschluss des Ständerates festzuhalten. Die Differenz ist folgende: Der Ständerat will nicht, dass der Bund verwaltungsunabhängige Dritte beauftragen kann. Das ist die Differenz bei Absatz 3.

Bei Absatz 4 besteht keine Differenz mehr.

Bei Absatz 5 schliesst sich Ihre Kommission dem Nationalrat an; die Kommission war einstimmig dafür, dem Nationalrat zu folgen. Das wurde damit begründet, dass die Frist von einem Jahr wirklich als zu starr betrachtet werden könne.

Auch bei Absatz 6 folgt Ihre Kommission einstimmig dem Nationalrat. Sie möchte diese Differenz bereinigen. Es gebe, so die Begründung, keine gesetzliche Grundlage für die Register; sie seien privatrechtlich organisiert, und man hätte keine Übersicht.

Bei Absatz 7 schliesst sich Ihre Kommission ebenfalls einstimmig dem Nationalrat an. Sie ist der Meinung, es brauche keine Delegation an den Bundesrat.

Zusammenfassend ist die Ausgangslage so, dass bei Absatz 3 noch eine Differenz besteht. Bei den anderen Absätzen schliessen wir uns einstimmig dem Nationalrat an.

Berset Alain, président de la Confédération: C'est un dossier que vous avez déjà eu l'occasion de traiter plus tôt cette année.

Il y a la question de l'initiative populaire. Je crois que cet élément est clair: même si nous partageons naturellement les préoccupations portées par les initiants, à savoir le soin qu'il faut porter à une meilleure maîtrise des coûts, le rejet de l'initiative a été proposé et il est maintenant, je crois, aussi soutenu par les conseils. Cette question est donc réglée. Cela n'enlève rien à la pertinence de la question de fond.

Pour le reste, et en ce qui concerne en particulier le contre-projet indirect, votre conseil a également eu l'occasion d'en discuter plus tôt cette année. Il reste deux divergences; elles concernent le programme d'examen des technologies de la santé et l'adaptation des tarifs non conformes. Il nous semble relativement important d'éliminer ces divergences de manière à pouvoir adopter ce projet lors du vote final.

Pour ce qui concerne l'article 32 alinéa 3 relatif à l'examen des technologies de la santé, j'aimerais vous recommander

AB 2023 S 715 / BO 2023 E 715

de suivre votre commission et de maintenir la version du Conseil des Etats.

Pour ce qui concerne l'article 49 alinéa 2bis portant sur l'adaptation des structures tarifaires non conformes, il serait possible d'éliminer cette divergence en vous ralliant à la version du Conseil national, mais, évidemment,





il vous revient de décider de la manière dont vous voulez traiter ce dossier jusqu'à la fin. Je crois qu'on s'approche de cette fin; c'est une bonne chose parce qu'il faut aussi pouvoir avancer sur ces éléments.

Angenommen – Adopté

Art. 49 Abs. 2bis

Antrag der Kommission

Festhalten

Antrag Hegglin Peter

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49 al. 2bis

Proposition de la commission

Maintenir

Proposition Hegglin Peter

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: In Absatz 2bis von Artikel 49 soll für den stationären Bereich dieselbe subsidiäre Kompetenz eingeführt werden wie für den ambulanten Bereich. Diese ist bereits im bestehenden Artikel 43 Absatz 5bis geregelt. Der Ständerat hatte mit 22 zu 18 Stimmen beschlossen, die subsidiäre Kompetenz zu streichen. Der Nationalrat hat ohne Gegenantrag an Absatz 2bis festgehalten; er will eine subsidiäre Kompetenz. Der Bundesrat hat im ambulanten Bereich die Möglichkeit, subsidiär in eine Tarifstruktur einzugreifen, aber nur, wenn die Tarifpartner nicht selber die Pflege und Anpassung der Tarifstruktur gewährleisten können. Diese subsidiäre Kompetenz soll auch im stationären Bereich Anwendung finden. Die Kommission hat beraten. Die Kommission will dem Bundesrat keine unnötigen subsidiären Kompetenzen geben. Im stationären Bereich ist Swiss DRG für die Pflege der Tarife zuständig, und die Tarifpartnerschaft funktioniert bestens.

Mit 11 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung beantragt Ihnen die Kommission festzuhalten.

Es gibt noch einen Einzelantrag Hegglin Peter.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Ich entschuldige mich für meinen Einzelantrag. Aufgrund einer anderen dringenden Verpflichtung traf ich verspätet an der Sitzung der vorberatenden Kommission ein und konnte meine Anliegen nicht mehr einbringen.

Wir stehen kurz vor der nächsten Krankenkassenprämienrunde. Die Erhöhung wird massiv ausfallen. Es wird Vorwürfe und Anschuldigungen hageln, man wird uns Politikversagen vorwerfen. Die OKP als gescheitert zu erklären, greift aber zu kurz. Wir müssen alles daransetzen, die OKP gestärkt in die Zukunft zu führen und mit pragmatischen Schritten die Kostenentwicklung zu stabilisieren. Einen besonders gravierenden Kostenanstieg weist der stationäre Sektor auf. In den ersten sieben Monaten dieses Jahres stiegen die Kosten der Spitäler um 9,5 Prozent pro Kopf. Dieser Kostenanstieg muss sicher überprüft bzw. es muss geklärt werden, was die Gründe dafür sind.

Artikel 49 Absatz 2bis rettet das System nicht, er ist aber ein wichtiges Puzzleteil in unserem System. Am 14. März 2023 haben wir Artikel 49 Absatz 2bis nur ganz knapp, mit 22 zu 18 Stimmen, abgelehnt. Der Nationalrat hat ihn in der Sommersession einstimmig angenommen. Dies, glaube ich, erlaubt, ja verlangt, dass wir hierauf nochmals vertieft eingehen.

Worum geht es bei Artikel 49 Absatz 2bis? Der Bundesrat soll neu Anpassungen an Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen vornehmen können, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und wenn sich die Parteien bei einzelnen Pauschalen nicht einigen können. Es wäre eine subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, analog zu den bisherigen Regelungen für Einzelleistungen, Tarifstrukturen und Patientenpauschalen für ambulante Behandlungen; die Bestimmung orientiert sich dabei auch an Artikel 46a, den wir schon bereinigt und beschlossen haben.

Die Bestimmung würde einen gewissen Druck erzeugen, wenn die Verhandlungen harzig verlaufen. Dieser Druck würde den kostenbewusstesten Kräften helfen, da sie sich in der Regel einer Übermacht von Kantonen und Leistungserbringern gegenübersehen. Wenn Sie meinem Antrag folgten, würde der Bundesrat für alle Tarifstrukturen für Leistungen nach dem KVG über dieselben subsidiären Kompetenzen verfügen, die nur dann



angewendet werden, wenn die Tarifpartner die Pflege und Anpassung der Tarifstrukturen nicht in eigener Regie gewährleisten können.

In seinem Gegenvorschlag zur Initiative hat der Bundesrat vier kostendämpfende Massnahmen skizziert. Das vorliegende Anliegen wäre der vierten Massnahme zuzuordnen, um die Kostenziele einzuhalten. Wenn Sie das Anliegen ablehnen, schwächen Sie das Kostendämpfungspaket in einem weiteren substanziellen Punkt. Das KVG fordert bereits heute betriebswirtschaftlich bemessene und sachgerechte Tarifstrukturen und Tarife, und die Tarifpartner wären aufgefordert, diese regelmässig zu überprüfen und anzupassen. Kommen die Tarifpartner dieser Aufgabe nicht nach und kündigt keiner der Tarifpartner den Vertrag, hat die Genehmigungsbehörde – also der Bundesrat – keine Möglichkeit, nicht mehr sachgerechte Tarifstrukturen an die Entwicklung anzupassen.

Indem Sie meinem Antrag zustimmen, schliessen Sie diese Lücke bei den Instrumenten des Bundes. Damit würde die Durchsetzung der bestehenden Anforderungen des KVG ermöglicht. Besten Dank, wenn Sie meinem Antrag zustimmen.

Müller Damian (RL, LU): Ich bitte Sie hier eindringlich, der Kommission zu folgen. Die neuen subsidiären Kompetenzen, die Kollege Hegglin nun in seinem Einzelantrag erneut fordert, sind nicht gerechtfertigt. Die Revision und Pflege der stationären Tarifstrukturen werden von Swiss DRG durchgeführt; der Kommissionssprecher hat das bereits erwähnt. Die Pflege dieser Tarifstrukturen funktioniert gut und findet regelmässig statt. Eine Einführung subsidiärer Kompetenzen würde die falschen Signale an die Tarifpartner senden. Entsprechend wurde dies bereits sehr ausführlich in der Kommission diskutiert. Sie haben das bereits am Resultat gesehen, das Ihnen der Berichtersteller mitgeteilt hat. Eine Annahme des Einzelantrages Hegglin Peter wäre aus Sicht der Kommission das falsche Zeichen.

Ich bitte Sie, den Einzelantrag Hegglin Peter abzulehnen.

Berset Alain, président de la Confédération: J'aimerais vous inviter à soutenir la proposition Hegglin Peter de vous rallier à la variante du Conseil national et du Conseil fédéral. Ce qui est en cause, ce n'est pas tellement le fait de savoir si les partenaires tarifaires font leur travail ou pas. On espère évidemment qu'ils fassent leur travail.

Premièrement, il s'agit d'une compétence subsidiaire. Le mot le plus important dans l'expression "compétence subsidiaire" est "subsidiaire". Que se passe-t-il si les structures tarifaires ne sont plus du tout appropriées, mais si l'on n'arrive néanmoins pas à un accord des partenaires tarifaires pour les modifier? Faut-il alors tolérer que pour un temps inconnu, peut-être assez longtemps – on a d'ailleurs déjà eu des exemples qui vont dans ce sens –, il ne se passe rien, alors que tout le monde voit bien que cela ne va pas? C'est de cela qu'il s'agit.

Secondement, avec cette compétence subsidiaire, nous avons maintenant une certaine habitude de fonctionnement. Les conditions pour l'application de la subsidiarité sont élevées.

Le Conseil fédéral ne peut pas simplement décider, par un beau matin, qu'il veut modifier la structure tarifaire en s'appuyant sur la compétence subsidiaire. Non, il faut avoir invité plusieurs fois les partenaires tarifaires à aboutir, il faut avoir constaté que cela ne fonctionnait pas, et ensuite seulement, on peut envisager de modifier la structure tarifaire. Mais cela ne se fait pas sans consultation, et cela ne se fait pas sans

AB 2023 S 716 / BO 2023 E 716

possibilité de recours contre la structure tarifaire si, par hasard, le travail du Conseil fédéral conduisait, dans ce cas précis, à une structure qui n'est pas plus appropriée que la précédente.

Une fois les choses formulées de cette manière, on ne voit pas tellement les arguments qui pourraient s'opposer – à moins de souhaiter un blocage ou de vouloir freiner le système – à la proposition du Conseil national et du Conseil fédéral portée par M. Hegglin.

Je vous invite donc à éliminer cette divergence en soutenant la proposition Hegglin Peter.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5959)

Für den Antrag Hegglin Peter ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Kommission ... 13 Stimmen

(1 Enthaltung)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Vorlage geht zurück an den Nationalrat.

**1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"****1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"**

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir beginnen mit einer allgemeinen Diskussion.

Germann Hannes (V, SH), für die Kommission: Die Kostenbremse-Initiative verspricht tiefere Krankenkassenprämien. Erreicht werden soll dieses hehre Ziel mittels Einführung einer sogenannten Kostenbremse. Die Forderung nach einer Kostenbremse tönt selbstverständlich gut. Aber damit ist man noch lange nicht am Ziel. Denn konkrete Hinweise, wie diese Kostenbremse aussehen soll, gibt das Initiativkomitee nicht. Ohnehin sind wir in anderen Bereichen, wie in der letzten von uns behandelten Vorlage, daran, die Situation im Gesundheitswesen zu verbessern respektive die Kosten dort zu dämpfen, wo es möglich ist und die Qualität gleichwohl hoch gehalten werden kann. Wir haben jetzt über den indirekten Gegenvorschlag entsprechend entschieden. Auch dort wird dann ausformuliert, was man eigentlich erreichen möchte. Das kommt der Sache vielleicht schon etwas näher.

Mit dieser Initiative sollen wie gesagt bestehende Ineffizienzen und Fehlanreize reduziert werden. Dadurch sollen unnötige Kosten vermieden, das Kostenwachstum gebremst und der Prämienanstieg gestoppt werden, dies wiederum mit dem Ziel, die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler finanziell zu entlasten. Dazu sieht das Initiativkomitee wie gesagt vor, Artikel 117 der Bundesverfassung so zu ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der OKP einführt. In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern soll der Bund die Kostenübernahme durch die OKP regeln. Er soll wirksame Anreize zur Kostenreduktion setzen, sodass sich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt.

Die Tarifpartner sind aufgefordert, die Vertragsautonomie des KVG zu nutzen und sowohl die Tarife zeitgemäss zu gestalten als auch verbindliche Massnahmen zur Kostendämpfung zu vereinbaren. Gelingt dies nicht und liegen die Kosten pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative ein Fünftel über der Nominallohnentwicklung, sieht eine Übergangsbestimmung vor, dass Bund und Kantone Kostenbegrenzungsmassnahmen beschliessen sollen, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden. Die genaue Ausgestaltung der Kostenbremse sowie der von Bund und Kantonen zu ergreifenden Massnahmen zur Kostensenkung wird im Initiativtext nicht näher ausgeführt. Die Einzelheiten wären dann logischerweise im Gesetz zu regeln. Wie gesagt, haben wir vorhin über den indirekten Gegenvorschlag entschieden und diesen angenommen. Er soll dem Initiativkomitee eine Möglichkeit bieten, die Initiative zurückzuziehen oder auf alle Fälle mindestens Teile des Problems zu lösen.

Wir haben im Vorfeld der Initiative auch die Gesundheitsdirektoren der Kantone angehört. Auch von dieser Seite ist moniert worden, dass die Initiative gravierende Mängel aufweise. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz ist deshalb der Meinung, dass die Initiative selber nicht schon die Antwort auf die Herausforderung sei. Zum einen wird die starre Koppelung an das Wirtschafts- und Lohnwachstum als nicht sinnvoll erachtet. Zum andern kann festgestellt werden, dass die Initiative selber keine Massnahmen vorsieht, um zu steuern. Auch das haben die Gesundheitsdirektoren entsprechend moniert. Somit ist die Initiative eigentlich ein Instrument, das ohne Problemlösung daherkommt.

Was von der Gesundheitsdirektorenkonferenz begrüsst worden ist, ist der indirekte Gegenvorschlag. Mir persönlich geht auch dieser in die falsche Richtung, weil wir einfach zu viele offene Baustellen haben. Die Übersicht zu behalten, ist tatsächlich eine reichlich schwierige Angelegenheit. Aber wie gesagt, wir haben in der Kommission an diesen Baustellen gearbeitet. Mit all den Projekten, die auf dem Tisch liegen, kann man Lösungen herbeiführen. Ich gehe hier nicht auf die weiteren Details ein.

Ich meine, wir haben heute eine konkrete Vorlage, die einen möglichen Weg oder Zwischenweg aufzeigt. So ist letztlich in der Kommission mit 8 zu 5 Stimmen entschieden worden, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen. Jetzt, wo der indirekte Gegenvorschlag ausgearbeitet ist, kann ich das mit noch besserem Gewissen unterstützen.

Die Kommissionsmehrheit wie auch der Bundesrat beantragen Ihnen, die Initiative abzulehnen.

Maret Marianne (M-E, VS): Notre système de santé doit être de qualité et couvrir les besoins de toutes les générations, quels que soient l'âge et l'état de santé des personnes. Nous disposons de l'un des systèmes de santé les plus performants et modernes au monde, il faut que cela reste le cas. Mais la classe moyenne et les familles souffrent toujours plus de la hausse des primes. Nous ne pourrions véritablement pallier cet énorme



problème que si nous agissons directement sur les coûts. Toutes les autres propositions tendent à alléger la charge financière des assurés, mais ne résolvent en aucun cas le problème des dépenses qui devront être assumées inévitablement.

Dans ce sens, freiner la hausse des coûts des caisses-maladie est le seul geste clair et probant. Il faut s'attaquer au gaspillage et aux inefficacités. Aujourd'hui, les acteurs de la santé se renvoient perpétuellement la balle. Ni les médecins, ni l'industrie pharmaceutique, ni les hôpitaux, ni les cantons n'arrivent à se mettre d'accord pour mettre en oeuvre des mesures efficaces pour freiner la hausse des coûts. Des mesures d'économies existent, elles ont été formulées par un groupe d'experts il y a plusieurs années. Mais la volonté de mise en oeuvre de ces mesures est lacunaire – et c'est un euphémisme.

Voulons-nous continuer à payer nos médicaments quatre à cinq fois plus cher qu'à l'étranger, pour un coût de 400 millions de francs par an? La surthérapie, le gaspillage des médicaments, les intérêts économiques, les traitements inutiles ou leur manque d'efficacité et les incitations négatives, ainsi que le prix des médicaments, bien sûr, sont à l'origine de l'explosion des primes.

La responsabilité principale incombe à l'irresponsabilité de certains prestataires individuels. Il faut éliminer les coûts inutiles. Si nous ne les éliminons pas, le risque est grand que le catalogue de base des prestations soit réduit, ce qui s'avérerait particulièrement dangereux pour la classe moyenne, sachant qu'il y aura probablement un transfert vers les assurances complémentaires que tout un chacun ne peut s'offrir. Ne rien faire aujourd'hui représente une grande menace de médecine à plusieurs vitesses.

Cette initiative amène des réponses à ces problèmes en exigeant que le Conseil fédéral, l'Assemblée fédérale et les cantons interviennent, lorsque les coûts de la santé augmentent plus fortement que l'évolution des salaires. Nous savons tous

AB 2023 S 717 / BO 2023 E 717

ce qu'il y a à faire, mais nous ne le faisons pas. Nous devons agir, mais nous n'agissons pas. Seule une inscription dans la Constitution fédérale nous obligerait à assumer nos responsabilités. Aujourd'hui, la population suisse attend désespérément un vrai geste de notre part.

C'est pourquoi je pense qu'il est urgent de dépolitiser ce thème, et je vous demande de recommander d'accepter cette initiative, car le contre-projet ne suffit pas.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Ich führe die Minderheit bei Artikel 2 an; die Minderheit beantragt Ihnen Annahme der Initiative. Ich erlaube mir, schon jetzt zu sprechen und dafür später auf ein Votum zu verzichten. Vorab noch zu meiner Interessenbindung: Ich bin Präsident des Verbandes der kleinen und mittleren Krankenkassen, und ich sehe mich demzufolge auch als Vertreter der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

Ich empfehle Ihnen, die Initiative anzunehmen, und dies aus folgenden Gründen: Das mittlere Einkommen in der Schweiz beträgt knapp 6700 Franken. Eine vierköpfige Familie muss heute durchschnittlich 840 bis 1200 Franken pro Monat für die Grundversicherung bezahlen. Von 2011 bis 2021 stieg die Prämienbelastung für eine vierköpfige Familie um 30 bis 50 Prozent, abhängig von Wohnort, Franchise, Versicherung und Versicherungsmodell. Im gleichen Zeitraum stiegen die Nominallöhne nur um 6 Prozent, das Wirtschaftswachstum betrug im selben Zeitraum plus 5 Prozent.

Leider geht diese Entwicklung ungebremst weiter. Schlimmer noch: Im laufenden Jahr hat sich das Kostenwachstum beschleunigt. Bis Mitte Jahr betrug das Pro-Kopf-Wachstum 6,4 Prozent. Während der laufenden Session wird Bundespräsident Alain Berset ein Prämienwachstum zu kommunizieren haben, das gemäss Branchenprognosen bei 8 bis 9 Prozent liegen wird. Für eine vierköpfige Familie bedeutet dies zusätzliche Kosten von etwa 1000 Franken im Jahr. Diese Zahlen sind alarmierend und auf die Dauer nicht tragbar.

Im Jahr 2017 hat das EDI mit einer Expertengruppe 38 Sparmassnahmen erarbeitet. Ziel war es, die vom BAG mit rund 20 Prozent bezifferten Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu eliminieren. Diese Massnahmen sind mehrheitlich sinnvoll und weisen bei konsequenter Umsetzung ein Potenzial zur Kostendämpfung auf. Mit Blick auf die auslaufende Legislatur muss aber gesagt werden, dass vor allem Massnahmen gutgeheissen wurden, die kaum einen direkten Einspareffekt erzielen, wie etwa der Versand einer Rechnungskopie, die Festsetzung der Bussenhöhe für Leistungserbringer oder die vereinfachte Zulassung für Generika. Jene Massnahmen, die ganz klar zur Kostendämpfung beigetragen hätten, wie das Referenzpreissystem für Generika oder die Einführung von Kostensteuerungsmassnahmen in Tarifverträgen, wurden erst nach einem Rückkommensantrag der Mitte-Fraktion gutgeheissen, dies allerdings in stark abgeschwächter Form.

Auch der Gegenentwurf zur Kostenbremse-Initiative hat einen vergleichbaren Verlauf genommen. Verschiedene Massnahmen, die zur Korrektur von überhöhten Tarifen gedient hätten, sind weggefallen. Die Möglichkeit, nicht oder nur teilweise wirksame Leistungen aus dem Leistungskatalog zu streichen, hat lediglich in



abgeschwächter Form überlebt. Die Kosten- und Qualitätsziele haben letztlich nur einen ideellen Charakter, da konkrete Massnahmen nicht angedacht sind. Efas, vielerorts als Kostendämpfungsmassnahme par excellence verkauft, ist vorab ein neuer Finanzierungsschlüssel ohne direkten Einfluss auf die Kostenseite. Die Leistungserbringer werden nach wie vor die Leistungen abrechnen, die sie für richtig halten. Mit der Pflege könnte zudem ein Kostenblock in die Vorlage kommen, zu dessen Entwicklung wir heute nur unterschiedliche Wachstumsszenarien kennen. Ob sich mit einer solchen Vorlage Kosten einsparen lassen, muss sich noch weisen.

Aber auch der Bundesrat war nicht zu sehr mutigen Taten und Massnahmen bereit. Es liegen zwar Verordnungsänderungen auf dem Tisch, die durch Preissenkungen bei Generika, eine wirtschaftliche Marge für den Vertrieb von Medikamenten, klare Effizienzvorgaben für Spitaltarife oder die Streichung von nicht wirksamen Leistungen Einsparungen in der Höhe von über einer Milliarde Franken zulassen würden. Doch offenbar fehlt auch im Bundesrat der Wille, gegen die Interessen der Pharmaindustrie oder der Leistungserbringer vorzugehen. Die Kostenbremse-Initiative erhöht dann eben den Druck.

Die Mitte hat diese Initiative genau aus den beschriebenen Gründen lanciert. Die Kostenspirale wird alljährlich alarmistisch beklagt, und es werden Massnahmen gefordert. Aber bei der Umsetzung werden diese Massnahmen mit angeblichen Verknappungsorgen oder behaupteten neuen Fehlanreizen wieder wegdiskutiert. Aus diesem Grund braucht es ein Mittel, das den Druck für das Ergreifen tatsächlicher Massnahmen erhöht. Sofort wurde bei der Kostenbremse ein Kostendeckel mit im Herbst auslaufenden Budgets als Gegenargument vorgeschoben. Das Ziel ist klar: Man will der Bevölkerung Angst machen, um ein unliebsames Instrument zu verhindern. Die Initiative bringt aber keinen Kostendeckel, sondern lediglich eine Zielvorgabe. In unserem föderalistischen System liesse sich auch kein fixer Mechanismus umsetzen. Das wissen auch die Gegner der Initiative. Aber sie fürchten den zusätzlichen Druck, der durch ein strenges Kostenmonitoring entstehen würde. Die Leistungserbringer, die für die stärksten Kostenschübe verantwortlich sind, müssten sich rechtfertigen. Möglicherweise würde der Druck auch dazu führen, dass der Bundesrat die erwähnten Verordnungsmassnahmen tatsächlich umsetzen würde.

Kostenziele gibt es bereits seit längerer Zeit im Fürstentum Liechtenstein. Von drakonischen Massnahmen oder von einem Kostendeckel mit Leistungsverknappung kann dort keine Rede sein. Vielmehr werden die Kostentreiber intensiv diskutiert, und Massnahmen erhalten mehr Dringlichkeit. All das zeigt, dass ein stärkerer Hebel im Gesundheitswesen, wie wir ihn bei den Bundesfinanzen mit der Schuldenbremse seit Langem kennen, seine Berechtigung hat.

Gäbe es denn eine Alternative zu dieser Initiative? Ich meine nein. Mit dem zweiten Kostendämpfungspaket werden auch die letzten Massnahmen aus der Expertenrunde von 2017 durchberaten sein. Mit neuen Leistungen, die die Apotheker abrechnen können, und Zusatzausgaben bei der Mutterschaft muss an der kostendämpfenden Wirkung des Paketes sogar gezweifelt werden. Für die Zeit danach, d. h. nach erfolgter Abstimmung zur Kostenbremse-Initiative, und für den Fall einer Ablehnung dieser Initiative durch das Volk sind keine weiteren Kostendämpfungsmassnahmen angedacht.

Für heute empfehle ich Ihnen deshalb, die letzte noch verbleibende Möglichkeit zu ergreifen, um zumindest den Bund, die Kantone und die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen, um mit wirksamen Anreizen die Kostensteigerung für die OKP abzuschwächen, und bitte Sie, meine Minderheit zu unterstützen.

Dittli Josef (RL, UR): Herr Kollege Hegglin tut jetzt so, als läge gar kein Gegenvorschlag vor, und er tut so, als würde diese Initiative etwas ändern. Das tut sie aber nicht. Sie bremst auch gar nicht.

Zuerst zum Gegenvorschlag: Als ehemaliger Finanzdirektor habe ich durchaus Verständnis dafür, dass man sich auch im Gesundheitsbereich Vorstellungen macht über die finanzielle Entwicklung des Gesundheitswesens. Darum haben wir jetzt diesen Gegenvorschlag gemacht. Wir haben ein Regime installiert, in welchem man sich Gedanken macht über diese Zielvorstellungen, in welchem man sie transparent macht und aufzeigt, wie das Ganze sein sollte, in welchem man sie diskutiert, mit allem Drum und Dran. Wir haben dies an ein paar Bedingungen geknüpft. Dieser Gegenvorschlag ist an sich ein gutes Instrument, um sich über die finanzielle Entwicklung im Gesundheitswesen Gedanken zu machen.

Die Initiative kommt zwar gut daher, aber was bewirkt sie letztlich? Wenn das Kostenwachstum eine bestimmte Grenze überschritten hat, sollen "Massnahmen ergriffen werden". Ja, was für Massnahmen denn? Dann sind wir wieder gleich weit wie heute. Massnahmen können wir heute schon ergreifen und diskutieren. Nehmen wir an, diese Schwelle würde überschritten. Das hiesse, dass wir Massnahmen ergreifen müssen. Also müsste man irgendein Gesetz formulieren, es in die Vernehmlassung geben, es käme in den Erstrat, in den Zweirat, möglicherweise würde noch das Referendum ergriffen.

**AB 2023 S 718 / BO 2023 E 718**

Diese Möglichkeiten stehen uns doch alle bereits offen. Diese Initiative – trotz ihres Grundgedankens, dass man sich über die Zielvorstellungen im Finanzbereich des Gesundheitswesens Gedanken macht – führt zu nichts. Sie ist völlig überflüssig. Darum hat der Bundesrat mit diesem Gegenvorschlag hier etwas aufgegriffen, das wir jetzt im Parlament verfeinert haben. Das ist der Weg, den wir beschreiten sollten. Ich bitte Sie, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Stöckli Hans (S, BE): Wenn man im Titel "für tiefere Prämien" liest, ist es klar, dass man dem zustimmen sollte. Niemand zahlt gerne mehr Prämien, als unbedingt nötig ist. Auch die Idee der Kostenbremse, analog zu den anderen Bremsen, kann man durchaus diskutieren, ich jedenfalls kann das. Aber mir geht es leider gleich wie meinem Vorredner. Einerseits hat man schon bei den Bedingungen etwas Schwierigkeiten, indem man sich in der Berechnung nur auf die wirtschaftliche Entwicklung, auf den Lohn stützt. Andere Elemente hingegen – Frau Maret hat es auch gesagt –, wie Demografie, Lebenserwartung, technologische Entwicklungen, werden aussen vor gelassen. Damit sind schon die Berechnungsvoraussetzungen einseitig.

Das ginge ja noch, weil man mit viel gutem Willen und Gefühl Ergänzungen anbringen könnte. Aber dann kommt der entscheidende Punkt: wo man die Bremse dann ziehen sollte. Das überlässt diese Initiative vollkommen den Akteuren, die nach Artikel 117 der Bundesverfassung heute schon diese Aufgabe haben. Das ist eben das Problem; diese Initiative kann gar nicht halten, was sie verspricht. Dementsprechend ist es falsch, zu meinen, mit dieser Initiative könne man Lösungen finden.

Der Bundesrat hat die richtigen Schlüsse gezogen, die wir dann noch etwas zurechtgebogen haben. Mit dem indirekten Gegenvorschlag haben wir nun einen Weg bereitet, der die Möglichkeit offenlassen sollte, dass diese Initiative gar nicht dem Volk unterbreitet werden muss; denn das wäre eine Abstimmung, die zusätzliche Aufregung brächte, ohne dass ein sichtbarer Nutzen vorhanden wäre.

Als Vorbemerkung zum nächsten Geschäft: Diese Hin-und-her-Schieberei der kostendämpfenden Massnahmen darf natürlich nicht dazu führen, dass die Leute, die die Prämien bezahlen müssen, dann die Zeche zahlen. Vielmehr ist es mehr als nur angebracht, auf der anderen Seite Lösungen vorzuschlagen – aber das kommt dann beim nächsten Traktandum.

Berset Alain, président de la Confédération: En fait, je suis déjà intervenu tout à l'heure en pensant que les deux éléments seraient liés dans la discussion.

Vous connaissez la position du Conseil fédéral. Il recommande de rejeter l'initiative, mais, je le rappelle, en partageant sur le fond l'objectif visé par l'initiative, parce qu'il est absolument crucial de freiner l'augmentation des coûts dans le système de santé. Le Conseil fédéral a d'ailleurs apporté beaucoup de projets durant les dernières années: le grand projet de maîtrise des coûts, de 2019 je crois, un deuxième projet en 2022 qui faisait suite aux travaux d'un groupe d'experts effectués dans les années 2017 et 2018. Il faut bien constater qu'il n'en est pas resté grand-chose. Cela n'étonnera donc probablement personne: la maîtrise des coûts est aujourd'hui un problème. Nous avons dit, en 2018 et 2019, que le Conseil fédéral était arrivé au bout de ce qu'il pouvait faire en régie propre – si on peut le dire ainsi – et qu'il fallait, pour pouvoir poursuivre les efforts en matière de maîtrise des coûts, modifier des lois. Il n'y a pas eu de majorité au Parlement pour les domaines dans lesquels les mesures les plus fortes ont été proposées; elles ne sont donc pas entrées en vigueur, et la possibilité de maîtriser les coûts ne s'est pas concrétisée.

Cela dit, il y a aujourd'hui un contre-projet à l'initiative. Il est important et intéressant; il permet d'améliorer pas mal de choses. C'est avec cet argument que le Conseil fédéral s'est fixé comme objectif le rejet de l'initiative mais le soutien au contre-projet, qui est à bout touchant. Je vous invite à suivre le Conseil fédéral, avec également un vote négatif sur l'initiative.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Titre et préambule, art. 1***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté***Art. 2***Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Bischof, Ettlín Erich, Häberli-Koller, Maret Marianne)

... die Initiative anzunehmen.

Art. 2*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Bischof, Ettlín Erich, Häberli-Koller, Maret Marianne)

... d'accepter l'initiative.

Germann Hannes (V, SH), für die Kommission: Ich habe meine Ausführungen bereits in der allgemeinen Diskussion gemacht. Es ist ein relativ einfacher Gegenstand, daher kann ich hier gleich beim Bundesrat anschliessen. Wir haben genügend Projekte, die sich in der Umsetzung befinden. Die Vorgaben sind, wie gesagt, so nicht umsetzbar, bzw. sie helfen dem Gesundheitswesen nicht wirklich weiter. Denn der Kostenanstieg ist und bleibt da, er ist aber auch mit einem sehr grossen Mehrwert verbunden. Somit gehe ich materiell nicht mehr weiter auf die Details ein.

Eine Bemerkung könnte man vielleicht noch machen: Dass das medizinisch gerechtfertigte Kostenwachstum eben auch das Wirtschafts- und Lohnwachstum übersteigen kann, beispielsweise aus demografischen Gründen, ist bis jetzt nicht gesagt worden. Wie wir wissen, ist aber genau das der Fall. Und wird dies, wie in der Initiative, nicht berücksichtigt, erhöht das einfach den Druck, sodass Rationierungen vorgenommen werden und es zu einer Zweiklassenmedizin kommen kann.

Darum meine ich, dass die Ziele der Initiative so nicht umgesetzt werden können. Es wäre besser, auf gesetzlicher Stufe etwas zu tun, statt in der Verfassung Vorgaben zu machen, die uns am Schluss nicht wirklich helfen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Meine Ausführungen habe ich am Anfang gemacht, ich möchte aber auf die Bemerkung von Kollege Stöckli eingehen. Er hat gesagt, die Initiative bringe ja keine Massnahmen, es sei nichts angedacht. Ich möchte doch darauf hinweisen – ich habe es in meinem Votum gesagt –, dass z. B. ein strenges Kostenmonitoring auf Massnahmen hinwirken könnte und dass auch der Bundesrat noch Verordnungsänderungen in der Schublade hat, die er an die Hand nehmen könnte.

Ich bin überzeugt, dass sich der Nachfolger von Bundespräsident Alain Berset in der nächsten Legislatur auch mit grundlegenden Fragen oder Reformen in diesem Bereich beschäftigen muss. Ich könnte mir hier z. B. vorstellen, dass wir beim Kontrahierungszwang Anpassungen oder auch Lockerungen vornehmen könnten.

Ich erinnere Sie an früher, da hatte die Landwirtschaft auch ein System mit garantierten Absatzmengen, mit garantierten Preisen. Im Gesundheitswesen haben wir ein ähnliches

AB 2023 S 719 / BO 2023 E 719

System mit garantierten Preisen, aber nicht mit einer garantierten Menge; vielmehr ist das Mengenwachstum unbeschränkt. Diesbezüglich müsste man sich auch Gedanken machen. Ich meine, die Initiative gibt Rückenwind, damit man entsprechende Überlegungen anstellt.

Deshalb empfehle ich Ihnen, meiner Minderheit zu folgen.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Herr Bundespräsident verzichtet auf ein Votum.



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Herbstsession 2023 • Dritte Sitzung • 13.09.23 • 08h15 • 21.067
Conseil des Etats • Session d'automne 2023 • Troisième séance • 13.09.23 • 08h15 • 21.067



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5960)

Für den Antrag der Mehrheit ... 29 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 14 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung statt. Die Vorlage ist bereit für die Schlussabstimmung.





21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Titel

Antrag der Kommission

Bundesgesetz ... (KVG) (Massnahmen ... Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen)

Titre

Proposition de la commission

Loi fédérale ... (LAMa) (Mesures ... objectifs en matière de coûts et de qualité)

Angenommen – Adopté



**Art. 32 Abs. 3***Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Silberschmidt, Amaudruz, Bircher, Bläsi, Dobler, Farinelli, Glarner, Heimgartner, Herzog Verena, Nantermod, Schläpfer)

... und ist verhältnismässig. Im Rahmen der Verhältnismässigkeit berücksichtigt die zuständige Behörde bei der Auswahl der zu evaluierenden Leistung deren Anteil an den Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. (Rest streichen)

Art. 32 al. 3*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AB 2023 N 1614 / BO 2023 N 1614

Proposition de la minorité

(Silberschmidt, Amaudruz, Bircher, Bläsi, Dobler, Farinelli, Glarner, Heimgartner, Herzog Verena, Nantermod, Schläpfer)

... et respecte le principe de la proportionnalité. S'agissant de la proportionnalité, l'autorité compétente tient compte, lors du choix de la prestation à évaluer, de la part des coûts totaux de l'assurance obligatoire des soins que représente ladite prestation. (Biffer le reste)

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Wir haben noch eine Differenz zum Ständerat betreffend den indirekten Gegenvorschlag zur sogenannten Kostenbremse-Initiative. Dabei geht es um ein Herzstück des Gegenvorschlags, und zwar um die sogenannten Health Technology Assessments.

Worum geht es hier? Es geht hier darum, dass die Behörden die Möglichkeit haben – die haben sie heute schon, aber die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit will das ausbauen –, dass bestehende Leistungen, welche zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden, vermehrt darauf hin überprüft werden, ob sie auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Es geht also darum, dass der Leistungskatalog, dessen Umfang Jahr für Jahr anwächst, regelmässig kritisch überprüft wird, ob das, was die Allgemeinheit mitvergütet, wirklich auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

Der nationalrätlichen SGK war es bisher ein Anliegen, dass bei diesen Health Technology Assessments das Verhältnismässigkeitsprinzip hochgehalten wird. Das heisst, die Behörde soll sich auf diejenigen Ausgaben fokussieren, die im Verhältnis zu den Gesamtausgaben relevant sind, und nicht nur dort sogenannte Health Technology Assessments durchführen, wo die Kosten im Verhältnis zu den Gesamtkosten weniger relevant sind. Wir fordern eigentlich, dass die grossen Brocken stärker kontrolliert werden und nicht kleine Ausgaben, die nichts ausmachen, anstelle der grossen Ausgaben im Vordergrund stehen. Der Nationalrat war bis anhin dieser Meinung. Der Ständerat hat dann gesagt, er wolle eigentlich, dass diese Health Technology Assessments nicht ausschliesslich von Externen durchgeführt werden; auch der Bund solle sie durchführen können.

Wir haben einen Antrag als Kompromissvorschlag eingereicht, wonach wir den letzten Satz von Artikel 32 Absatz 3 streichen und somit auch dem Bundesrat die Kompetenz geben wollen, diese Health Technology Assessments durchzuführen. Aber wir wollen daran festhalten, dass das Verhältnismässigkeitsprinzip hochgehalten wird. Damit sind wir nun leider in der Minderheit, und wir würden Ihnen beliebt machen, dass Sie diese Minderheit wieder zur Mehrheit machen, wie Sie das im Nationalrat bis anhin getan haben.

Es ist wichtig, dass diese Health Technology Assessments gestärkt werden. Wir müssen vermehrt überprüfen, ob das, was die Allgemeinheit in der Grundversicherung bezahlt, wirklich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Wir müssen auch darauf achten, dass die grossen Ausgabeposten überprüft werden. Dem kann entgegnet werden, dass das Verhältnismässigkeitsprinzip ja bereits im Gesetz verankert sei. Das mag so sein. Aber wir haben in der Vergangenheit auch schon gesehen, dass die Auslegung des Gesetzes, je nachdem, wer es auslegt, eben auch anders gemacht wird, als wir das als Gesetzgeber wollen. Deshalb sind wir der Meinung, dass wir in Artikel 32 Absatz 3 klar festschreiben müssen, wie wir die Verhältnismässigkeit verstehen – gerade auch, wenn in Zukunft immer mehr Health Technology Assessments gemacht werden. Hoffentlich sind es nicht nur einzelne pro Jahr, sondern mehrere, die gemacht werden. Wir müssen festlegen, dass bei



einer Priorisierung – wenn es zu einer käme – die Leistungen unter die Lupe genommen werden, die mehr Ausgaben verursachen, und nicht diejenigen, welche weniger Ausgaben zur Folge haben.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Kompromissvorschlag der Minderheit zuzustimmen. Bisher waren Sie auf dieser Linie. Wir haben, wie gesagt, den letzten Satz gestrichen. Das war eigentlich das Einzige, was den Ständerat gestört hat. Die Verhältnismässigkeit als solche hat den Ständerat nicht gestört. Deshalb würde es mich freuen, wenn wir hier als Nationalrat ein klares Zeichen setzen und festhalten, dass wir dort ansetzen wollen, wo die Kosten hoch sind, und nicht dort, wo sie tief sind.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meiner Minderheit zu folgen. Ich kann Ihnen auch noch die Haltung der FDP-Liberalen Fraktion bekannt geben: Sie wird ebenfalls der Minderheit folgen.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Notre groupe souhaite au plus vite voir aboutir ce contre-projet qui permettra de freiner en partie – je dis bien en partie – les coûts de la santé. A cet effet, nous soutiendrons, dans le cadre de la dernière divergence, à l'article 32 alinéa 3, la version du Conseil des Etats, qui juge inutile, voire contre-productive, l'évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations par des tiers indépendants de l'administration. Nous ne souhaitons pas alourdir la procédure, partant du principe que l'administration a les compétences pour le faire dans le cadre de ses tâches et de ses ressources. Selon les informations reçues ce matin, des économies sont même possibles à ce niveau.

Enfin, il faut prendre conscience qu'en se ralliant à la position de notre conseil aux alinéas 5, 6 et 7 de l'article 32, le Conseil des Etats a fait un pas dans notre direction et notre volonté d'alléger cette procédure. N'oublions pas, aussi, qu'en se ralliant à notre position à l'article 49 alinéa 2bis, visant à attribuer au Conseil fédéral des compétences subsidiaires complémentaires dans le domaine stationnaire, le Conseil des Etats a démontré qu'il souhaitait éliminer les dernières divergences, tout en acceptant le principe de garde-fou.

Quant à la proposition de la minorité Silberschmidt, nous la refuserons, ayant de la peine à comprendre l'importance de la nuance apportée par notre collègue, qu'il appelle lui-même un compromis, dans ce qui est déjà un compromis. Nous avons ici l'occasion de régler la dernière divergence avec le Conseil des Etats; nous devons la saisir.

Enfin, nous soutiendrons la proposition justifiée de la Commission de rédaction de compléter le titre de la loi dans le sens de l'article 54, que notre délégation avait déjà introduite en commission, à savoir "Mesures visant à freiner les coûts. Objectifs en matière de coûts et de qualité".

Mäder Jörg (GL, ZH): In der ursprünglichen Formulierung enthielt der Antrag den Satz: "Mit der Durchführung des Evaluationsverfahrens beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte." Das ist eine konkrete Forderung, die sich nicht aus anderen Dingen direkt ableiten lässt. Man muss sie explizit stellen.

Was jetzt noch übrig ist, ist eine implizite Forderung, eine Forderung, die in anderen Bestimmungen, in anderen Grundsätzen schon enthalten ist – also eigentlich ein grundsätzliches Führungsprinzip. Dass man kosteneffizient arbeiten soll, das sollte überall klar sein. Ich hoffe, das ist auch in der Wirtschaft ein Grundsatz, den man nicht bei jeder Anstellung immer wieder mantramässig wiederholen muss. Das heisst, dieser Ansatz, der hier gefordert ist, bringt keine neuen Informationen. Dies ist eine Art des Mikromanagements, das eines Rates nicht würdig ist.

Aber, Kollege Silberschmidt, Ihrer Logik folgend hätte ich zwei Aufträge für Sie:

Im Anschluss an die Session können Sie erstens bitte das ganze KVG nochmals durchgehen und bei jeder Bestimmung, wo Sie die Verwaltung daran erinnern wollen, verhältnismässig zu arbeiten, einen Antrag oder, besser gesagt, eine Motion schreiben – dank unserem neuen Tool "Curia minus" ist das jetzt ja sehr viel einfacher. Wenn Sie mit dem KVG durch sind, gibt es noch das AHVG, und auf Fedlex werden Sie noch zahlreiche weitere Gesetze finden, an denen Sie sich abarbeiten können.

Mein zweiter Arbeitsauftrag: Beerdigen Sie doch bitte Ihren ehrenwerten Grundsatz einer schlanken Gesetzgebung.

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die SP-Fraktion und die grüne Fraktion verzichten auf ein Votum und unterstützen den Antrag der Mehrheit. Die SVP-Fraktion verzichtet ebenfalls auf ein Votum und unterstützt den Antrag der Minderheit Silberschmidt.

AB 2023 N 1615 / BO 2023 N 1615

Berset Alain, président de la Confédération: Le coeur du projet du Conseil fédéral, à savoir les objectifs en matière de coûts et de qualité, a été adopté. Cela est vraiment à saluer. Il reste une seule divergence qui concerne le programme d'examen des technologies de la santé. J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de





vosre commission sur ce point et à éliminer cette divergence, parce que, franchement, la version de la minorité Silberschmidt est absolument inutile. En effet, elle rallonge inutilement cet article en tentant une définition un peu maladroite de ce que pourrait être la proportionnalité. La proportionnalité figure dans la version du Conseil des Etats. La proportionnalité consiste évidemment à tenir compte de ce que demande la minorité, à savoir du coût des prestations au moment de faire ce choix. Mais elle peut aussi tenir compte d'autres critères, par exemple l'apparition d'une nouvelle étude qui permettrait de remettre en cause ou de vouloir que l'on se concentre sur un point ou sur un autre, ou du progrès technique dans la santé. Ces critères pourraient justifier, dans la pondération, que l'on ne prenne pas en compte que les coûts globaux – naturellement repris –, mais aussi d'autres éléments.

J'aimerais vous inviter à éviter cet ajout inutile, à suivre la majorité de votre commission et à éliminer la dernière divergence afin que ce projet soit prêt pour le vote final.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil s'est réunie ce matin pour traiter de la dernière divergence restante de l'objet du Conseil fédéral 21.067, "Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie)". Nous arrivons ainsi au terme des discussions, avec cette dernière petite divergence concernant l'analyse des critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation des prestations médicales.

Dans une proposition de minorité Silberschmidt, notre collègue demande de définir, comme vient de le dire Monsieur le conseiller fédéral, la proportionnalité, en exigeant que l'analyse des critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation ne soit faite que dans le cadre – ou surtout dans le cadre – des prestations qui présentent un coût notable pour le système de santé. Cela est en effet une définition de la proportionnalité, qui peut découler directement de l'interprétation du terme lui-même. Pour la minorité Silberschmidt, il est nécessaire de préciser cela dans la loi afin d'éviter des analyses qui seraient dispendieuses et non nécessaires.

Pour la majorité de la commission, cet ajout n'est pas nécessaire et revient à maintenir une divergence, qui peut être liquidée à ce stade et nous permettre d'avancer plus rapidement. C'est un peu aussi par gain de paix que la majorité a décidé d'avancer maintenant avec ce projet, de le soutenir et de le soumettre au vote final, ce qui permettrait aussi d'opposer un contre-projet à l'initiative populaire.

Par 14 voix contre 11, la majorité de la commission vous invite ainsi à suivre le Conseil des Etats.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/27317)

Für den Antrag der Mehrheit ... 109 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 77 Stimmen

(1 Enthaltung)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Vorlage geht an den Ständerat zurück.



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Différences – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Titel

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Der Nationalrat hat am 14. September dieses Jahres die Kostenbremse-Initiative und den Gegenvorschlag dazu beraten. Bei der Differenz zu den Health Technology Assessments (HTA) in Artikel 32 hat er sich dem Beschluss des Ständerates angeschlossen.

Es verbleibt trotzdem eine Differenz. Die Subkommission der Redaktionskommission für die deutsche Sprache hat festgestellt, dass der Titel des Erlasses zu prüfen sei. So haben die beiden Räte im Erlass selbst den Begriff





AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Herbstsession 2023 • Achte Sitzung • 21.09.23 • 08h15 • 21.067
Conseil des Etats • Session d'automne 2023 • Huitième séance • 21.09.23 • 08h15 • 21.067



"Kostenziele" konsequent angepasst und stattdessen "Kosten- und Qualitätsziele" geschrieben. Deshalb stellt sich die Frage, ob der Titel des Entwurfes auch entsprechend angepasst werden soll. Um die Prozesse effizient zu gestalten, hat Ihre Kommission die SGK-N gebeten, den Titel zu prüfen. Ebenso hat sie einem allfälligen Rückkommen zugestimmt. Die SGK-N hat sich einstimmig dafür ausgesprochen, den Titel anzupassen, und der Nationalrat hat dieser Änderung ebenfalls ohne Gegenantrag zugestimmt.

Wir haben diese Differenz am 20. September in der Kommission ohne Diskussion behandelt, und wir bitten Sie ohne Gegenantrag, diese Differenz zu bereinigen und hier dem Antrag der Kommission zuzustimmen, d. h., im Titel das Wort "Kostenzielen" durch "Kosten- und Qualitätszielen" zu ersetzen.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Herr Bundespräsident verzichtet auf ein Votum.

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Das Geschäft ist bereit für die Schlussabstimmung.





21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Schlussabstimmung – Vote final

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/27667)
Für Annahme des Entwurfes ... 110 Stimmen
Dagegen ... 31 Stimmen
(55 Enthaltungen)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en





matière de coûts et de qualité)

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/27668)

Für Annahme des Entwurfes ... 163 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(33 Enthaltungen)

AB 2023 N 2155 / BO 2023 N 2155



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Schlussabstimmung – Vote final

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/6125)
Für Annahme des Entwurfes ... 20 Stimmen
Dagegen ... 14 Stimmen
(10 Enthaltungen)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en





AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Herbstsession 2023 • Vierzehnte Sitzung • 29.09.23 • 08h45 • 21.067
Conseil des Etats • Session d'automne 2023 • Quatorzième séance • 29.09.23 • 08h45 • 21.067



matière de coûts et de qualité)

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/6126)

Für Annahme des Entwurfes ... 39 Stimmen

Dagegen ... 1 Stimme

(4 Enthaltungen)

AB 2023 S 1025 / BO 2023 E 1025



Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

vom 29. September 2023

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 139 Absatz 5 der Bundesverfassung¹,
nach Prüfung der am 10. März 2020² eingereichten Volksinitiative «Für tiefere
Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 10. November 2021³,
beschliesst:*

Art. 1

¹ Die Volksinitiative vom 10. März 2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

² Sie lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 117 Abs. 3 und 4⁴

³ Er [der Bund] regelt in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung so, dass sich mit wirksamen Anreizen die Kosten entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln. Er führt dazu eine Kostenbremse ein.

⁴ Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

¹ SR 101

² BBl 2020 4772

³ BBl 2021 2819

⁴ Die endgültige Nummerierung dieses Absatzes wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt; dabei stimmt diese die Nummerierung ab auf die anderen geltenden Bestimmungen der Bundesverfassung und nimmt, wenn eine Anpassung der Nummerierung nötig ist, diese im ganzen Text der Initiative vor.

Art. 197 Ziff. 12⁵

12. Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 (Kranken- und Unfallversicherung)

Liegt die Steigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 durch Volk und Stände mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallöhne und haben die Krankenversicherer und die Leistungserbringer (Tarifpartner) bis zu diesem Zeitpunkt keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung festgelegt, so ergreift der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden.

Art. 2

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen.

Nationalrat, 29. September 2023

Der Präsident: Martin Candinas
Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Ständerat, 29. September 2023

Die Präsidentin: Brigitte Häberli-Koller
Die Sekretärin: Martina Buol

⁵ Die endgültige Ziffer dieser Übergangsbestimmung wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt.



Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)»

du 29 septembre 2023

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu l'art. 139, al. 5, de la Constitution¹,
vu l'initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» déposée le 10 mars 2020²,
vu le message du Conseil fédéral du 10 novembre 2021³,

arrête:

Art. 1

¹ L'initiative populaire du 10 mars 2020 «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

² Elle a la teneur suivante:

La Constitution est modifiée comme suit:

Art. 117, al. 3 et 4⁴

³ Elle [la Confédération] règle, en collaboration avec les cantons, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations, la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins de manière à ce que, moyennant des incitations efficaces, les coûts évoluent conformément à l'économie nationale et aux salaires moyens. Elle introduit à cet effet un frein aux coûts.

⁴ La loi règle les modalités.

¹ RS 101

² FF 2020 4644

³ FF 2021 2819

⁴ Le numéro définitif de la présente disposition sera fixé par la Chancellerie fédérale après le scrutin; celle-ci le déterminera en fonction des autres dispositions en vigueur de la Constitution et procédera à l'adaptation, le cas échéant, dans l'ensemble du texte de l'initiative.

Art. 197, ch. 12⁵

12. Disposition transitoire ad art. 117, al. 3 et 4 (Assurance-maladie et assurance-accidents)

Si, deux ans après l'acceptation par le peuple et les cantons de l'art. 117, al. 3 et 4, la hausse des coûts moyens par assuré et par année dans l'assurance obligatoire des soins est supérieure de plus d'un cinquième à l'évolution des salaires nominaux et que, à cette date, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations (partenaires tarifaires) n'ont pas arrêté de mesures contraignantes pour freiner la hausse des coûts, la Confédération prend en collaboration avec les cantons des mesures visant à faire baisser les coûts, qui produisent effet à partir de l'année suivante.

Art. 2

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil national, 29 septembre 2023

Le président: Martin Candinas
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Conseil des États, 29 septembre 2023

La présidente: Brigitte Häberli-Koller
La secrétaire: Martina Buol

⁵ Le numéro définitif de la présente disposition transitoire sera fixé par la Chancellerie fédérale après le scrutin.



Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)»

del 29 settembre 2023

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto l'articolo 139 capoverso 5 della Costituzione federale¹;
esaminata l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore
sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)», depositata il 10 marzo 2020²;
visto il messaggio del Consiglio federale del 10 novembre 2021³,

decreta:

Art. 1

¹ L'iniziativa popolare del 10 marzo 2020 «Per premi più bassi – Freno ai costi nel
settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» è valida ed è sottoposta al voto del
Popolo e dei Cantoni.

² L'iniziativa ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 117 cpv. 3 e 4⁴

³ La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, gli assicuratori-malattie e i for-
nitori di prestazioni, disciplina l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione ob-
bligatoria delle cure medico-sanitarie in modo che, mediante incentivi efficaci, i costi
evolvano conformemente all'economia nazionale e ai salari medi. A tal fine introduce
un freno ai costi.

⁴ La legge disciplina i particolari.

¹ RS 101

² FF 2020 4282

³ FF 2021 2819

⁴ La numerazione definitiva del presente capoverso sarà stabilita dopo la votazione
popolare dalla Cancelleria federale; questa la coordinerà con le altre disposizioni vigenti
della Costituzione federale e, se necessario, la adeguerà in tutto il testo dell'iniziativa.

Art. 197 n. 12⁵

12. Disposizione transitoria dell'art. 117 cpv. 3 e 4 (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)

Se due anni dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4 da parte del Popolo e dei Cantoni l'aumento dei costi medi per assicurato e per anno nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è superiore di oltre un quinto all'evoluzione dei salari nominali ed entro tale data gli assicuratori-malattie e i fornitori di prestazioni (partner tariffali) non hanno definito misure vincolanti per contenere l'aumento dei costi, la Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, prende provvedimenti per ridurre i costi, con effetto a partire dall'anno successivo.

Art. 2

L'Assemblea federale raccomanda al Popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio nazionale, 29 settembre 2023

Il presidente: Martin Candinas
Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Consiglio degli Stati, 29 settembre 2023

La presidente: Brigitte Häberli-Koller
La segretaria: Martina Buol

⁵ Il numero definitivo della presente disposizione transitoria sarà stabilito dalla Cancelleria federale dopo la votazione popolare.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(KVG)

**(Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und
Qualitätszielen)**

Änderung vom 29. September 2023

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 10. November 2021¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 21 Abs. 2 Bst. d und e sowie Abs. 4

² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:

- d. zur Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54;
- e. zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz.

⁴ Es stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Art. 32 Abs. 3 und 4

³ Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, werden anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist verhältnismässig.

⁴ Leistungen, die gemäss dem evidenzbasierten Verfahren die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet.

¹ BBl 2021 2819

² SR 832.10

Krankenversicherung. BG (Massnahmen zur Kostendämpfung –
Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen)

Art. 46 Abs. 4^{bis}

^{4bis} Die Genehmigungsbehörde muss den Tarifvertrag innerhalb eines Jahres nach der Einreichung des Tarifgenehmigungsgesuchs prüfen. Müssen die Tarifpartner das Gesuch in klar definierten Bereichen ergänzen, so kann die Genehmigungsbehörde die Frist zur Prüfung einmal verlängern.

Art. 46a Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt

¹ Stellt die Genehmigungsbehörde fest, dass ein genehmigter Tarifvertrag die Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 nicht mehr erfüllt, so kann sie die Tarifpartner auffordern, den Tarifvertrag anzupassen.

² Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung des Tarifvertrags einigen, so widerruft die Genehmigungsbehörde die von ihr erteilte Genehmigung und setzt nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

³ Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich als nicht mehr sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} berücksichtigen.

Art. 48

Aufgehoben

Art. 49 Abs. 2^{bis}

^{2bis} Der Bundesrat kann Anpassungen an den Strukturen vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.

Art. 52 Abs. 3 zweiter Satz

³ ... Das EDI bezeichnet die im Praxislaboratorium des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann. ...

Art. 53 Abs. 1

¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 46a Absatz 2, 47, 47b Absatz 2, 51 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Gliederungstitel vor Art. 54

5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Art. 54 Kosten- und Qualitätsziele

Der Bundesrat legt nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest.

Art. 54a Kosten- und Qualitätsziele der Kantone

¹ Jeder Kanton kann unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele jeweils für vier Jahre festlegen.

² Der Kanton hört die Versicherer, die Versicherten und die Leistungserbringer vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele an.

Art. 54b Fristen

Der Bundesrat legt die Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest.

Art. 54c Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

¹ Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein.

² Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring. Sie überwacht die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche und gibt zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu den Massnahmen ab. Die Kommission publiziert ihre Beschlüsse.

³ Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone, der Leistungserbringer sowie von Fachleuten.

Art. 56 Abs. 5

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass:

- a. die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien unter Berücksichtigung klinischer Leitlinien geprüft wird;
- b. diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. September 2023

Kosten- und Qualitätsziele werden erstmals für das Kalenderjahr festgelegt, das nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 29. September 2023 beginnt.

III

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Es ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative vom 10. März 2020³ «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)».

³ Es ist im Bundesblatt zu publizieren, sobald die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» zurückgezogen oder abgelehnt worden ist.

⁴ Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

³ BBl 2020 4772

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

(LAMal)

**(Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière
de coûts et de qualité)**

Modification du 29 septembre 2023

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 10 novembre 2021¹,
arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 21, al. 2, let. d et e, et al. 4

² Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:

- d. fixer des objectifs en matière de coûts au sens de l'art. 54;
- e. mesurer les objectifs de qualité et l'efficacité des coûts.

⁴ Il met les données récoltées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

¹ FF 2021 2819

² RS 832.10

LF sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité)

Art. 32, al. 3 et 4

³ En présence d'indices annonçant qu'une prestation n'est pas ou n'est plus efficace, adéquate ou économique, celle-ci sera évaluée dans le cadre d'une procédure basée sur des données probantes. La procédure d'évaluation se fonde sur des critères transparents et les connaissances scientifiques les plus récentes et respecte le principe de la proportionnalité.

⁴ Les prestations qui, selon la procédure basée sur des données probantes, ne remplissent pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins.

Art. 46, al. 4^{bis}

^{4bis} L'autorité d'approbation doit vérifier la convention dans l'année qui suit le dépôt de la demande d'approbation. Si les partenaires tarifaires doivent compléter la demande dans des domaines clairement définis, l'autorité d'approbation peut prolonger une fois le délai.

Art. 46a Adaptation d'une convention tarifaire qui ne remplit plus les exigences légales

¹ Si l'autorité d'approbation constate qu'une convention tarifaire approuvée ne remplit plus les exigences de l'art. 46, al. 4, elle peut inviter les partenaires tarifaires à l'adapter.

² Si les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une adaptation de la convention tarifaire dans un délai d'un an, elle révoque l'approbation qu'elle a donnée et fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

³ Dans l'exercice de ses compétences, l'autorité cantonale compétente peut fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations pour les structures tarifaires nationales qui ne s'avèrent plus appropriées. Ce faisant, elle doit tenir compte des éventuelles adaptations apportées par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 43, al. 5^{bis}.

Art. 48

Abrogé

Art. 49, al. 2^{bis}

^{2bis} Le Conseil fédéral peut adapter les structures lorsqu'elles s'avèrent inappropriées et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision des structures.

Art. 52, al. 3, 2^e phrase

³ ... Le DFI désigne les analyses effectuées dans le laboratoire du cabinet médical pour lesquelles le tarif peut être convenu conformément à l'art. 46. ...

LF sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité)

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 45, 46, al. 4, 46a, al. 2, 47, 47b, al. 2, 51, et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

Titre précédant l'art. 54

Section 5 Mesures visant à maîtriser les coûts

Art. 54 Objectifs en matière de coûts et de qualité

Le Conseil fédéral fixe, après consultation des assureurs, des assurés, des cantons et des fournisseurs de prestations, des objectifs en matière de coûts et de qualité pour les prestations pour quatre ans.

Art. 54a Objectifs des cantons en matière de coûts et de qualité

¹ Chaque canton peut fixer ses objectifs en matière de coûts et de qualité pour quatre ans en tenant compte des objectifs fixés par le Conseil fédéral en matière de coûts et de qualité au sens de l'art. 54.

² Les cantons consultent les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations avant de fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité.

Art. 54b Délais

Le Conseil fédéral fixe les objectifs en matière de coûts et de qualité au plus tard douze mois avant le début de la période à laquelle ils doivent s'appliquer.

Art. 54c Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins

¹ Le Conseil fédéral institue une Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins.

² La commission est responsable du monitoring des coûts et de la qualité. Elle surveille l'évolution des différents domaines de prestations et formule à l'intention de la Confédération et des partenaires tarifaires des recommandations sur les mesures à prendre. Elle publie ses décisions.

³ Le Conseil fédéral nomme les membres de la commission. Il veille à une représentation appropriée des assureurs, des assurés, des cantons, des fournisseurs de prestations et des spécialistes.

Art. 56, al. 5

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir l'adéquation des prestations et le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à:

LF sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité)

- a. une prise en charge dans le cas particulier qui soit examinée selon des critères uniformes tenant compte des recommandations pour la pratique clinique;
- b. éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

II

Disposition transitoire de la modification du 29 septembre 2023

Les objectifs en matière de coûts et de qualité sont fixés pour la première fois pour l'année civile qui commence deux ans après l'entrée en vigueur de la modification du 29 septembre 2023.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle constitue le contre-projet indirect à l'initiative populaire du 10 mars 2020 « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »³.

³ Elle est publiée dans la Feuille fédérale dès lors que l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » a été retirée ou rejetée.

⁴ Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

³ FF 2020 4644

Legge federale sull'assicurazione malattie

(LAMal)

(Misure di contenimento dei costi – Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

Modifica del 29 settembre 2023

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del 10 novembre 2021¹,

decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 21 cpv. 2 lett. d ed e, nonché 4

² I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- d. stabilire gli obiettivi in materia di costi di cui all'articolo 54;
- e. misurare gli obiettivi in materia di qualità e l'efficienza sotto il profilo dei costi.

⁴ L'Ufficio federale mette i dati rilevati a disposizione dei fornitori di dati, dei Cantoni, della ricerca, della scienza e del pubblico.

Art. 32 cpv. 3 e 4

³ Le prestazioni per le quali vi sono indizi che non sono o non sono più efficaci, appropriate o economiche sono valutate mediante una procedura basata su dati probanti. La procedura si basa su criteri trasparenti e sulle più recenti conoscenze scientifiche ed è proporzionata allo scopo.

⁴ Le prestazioni che non soddisfano i criteri dell'efficacia, appropriatezza ed economicità secondo la procedura basata su dati probanti non sono remunerate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

¹ FF 2021 2819

² RS 832.10

Assicurazione malattie. LF (Misure di contenimento dei costi
– Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

Art. 46 cpv. 4^{bis}

^{4bis} L'autorità verifica la convenzione tariffale entro un anno dalla sua presentazione. Può prorogare una volta tale termine se i partner tariffali devono completare la domanda di approvazione in determinati settori chiaramente definiti.

Art. 46a Adeguamento di una convenzione tariffale che non soddisfa più i requisiti legali

¹ L'autorità d'approvazione può esigere che i partner tariffali adeguino una convenzione tariffale già approvata se accerta che quest'ultima non soddisfa più i requisiti di cui all'articolo 46 capoverso 4.

² Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non si accordano entro un anno su un adeguamento della convenzione tariffale, l'autorità revoca l'approvazione che ha rilasciato e, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.

³ Nell'esercizio dei propri poteri l'autorità cantonale competente può, nel caso di strutture tariffali nazionali che si rivelano inadeguate, stabilire tariffe differenziate in base ai campi di specializzazione medica o ai gruppi di fornitori di prestazioni. Tiene conto degli eventuali adeguamenti operati dal Consiglio federale in virtù dell'articolo 43 capoverso 5^{bis}.

Art. 48

Abrogato

Art. 49 cpv. 2^{bis}

^{2bis} Il Consiglio federale può adeguare le strutture se queste ultime si rivelano inadeguate e se le parti alla convenzione non si accordano su una revisione.

Art. 52 cpv. 3, secondo periodo

³ ... Il DFI designa le analisi effettuate nel laboratorio dello studio medico per le quali la tariffa può essere stabilita secondo l'articolo 46. ...

Art. 53 cpv. 1

¹ Contro le decisioni dei governi cantionali ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 46a capoverso 2, 47, 47b capoverso 2, 51 e 55 può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale.

Assicurazione malattie. LF (Misure di contenimento dei costi
– Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

Titolo prima dell'art. 54

Sezione 5: Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi

Art. 54 Obiettivi in materia di costi e di qualità

Sentiti gli assicuratori, gli assicurati, i Cantoni e i fornitori di prestazioni, il Consiglio federale stabilisce obiettivi quadriennali in materia di costi e di qualità riguardo alle prestazioni.

Art. 54a Obiettivi dei Cantoni in materia di costi e di qualità

¹ Tenendo conto degli obiettivi stabiliti dal Consiglio federale in virtù dell'articolo 54, ogni Cantone può stabilire propri obiettivi quadriennali in materia di costi e di qualità.

² Prima di stabilire i propri obiettivi, il Cantone sente gli assicuratori, gli assicurati e i fornitori di prestazioni.

Art. 54b Termini

Il Consiglio federale stabilisce gli obiettivi in materia di costi e di qualità almeno 12 mesi prima dell'inizio del quadriennio cui essi si riferiscono.

Art. 54c Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

¹ Il Consiglio federale istituisce una Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² La Commissione è responsabile del monitoraggio dei costi e della qualità. Sorveglia l'evoluzione nei singoli settori di prestazioni ed elabora all'attenzione della Confederazione e dei partner tariffali raccomandazioni concernenti le misure. Pubblica le proprie decisioni.

³ Il Consiglio federale nomina i membri della Commissione. Assicura la rappresentanza equa degli assicuratori, degli assicurati, dei Cantoni, dei fornitori di prestazioni nonché degli specialisti.

Art. 56 cpv. 5

⁵ I fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali misure destinate a garantire l'impiego appropriato e l'economicità delle prestazioni. Essi vegliano in particolare affinché:

- a. l'assunzione dei costi nel singolo caso sia esaminata secondo criteri uniformi e tenendo conto delle linee guida cliniche;
- b. sia evitata una ripetizione inutile di atti diagnostici, quando l'assicurato consulta più fornitori di prestazioni.

Assicurazione malattie. LF (Misure di contenimento dei costi
– Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

II

Disposizione transitoria della modifica del 29 settembre 2023

Gli obiettivi in materia di costi e di qualità sono stabiliti per la prima volta per l'anno civile che inizia due anni dopo l'entrata in vigore della modifica del 29 settembre 2023.

III

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

² Essa è il controprogetto indiretto all'iniziativa popolare del 10 marzo 2020³ «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)».

³ Sarà pubblicata nel Foglio federale non appena l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» sarà stata ritirata o respinta in votazione popolare.

⁴ Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

³ FF 2020 4282