



16.3987

**Motion Ettlin Erich.
Obligatorische
Krankenpflegeversicherung.
Den Kostenanstieg dämpfen
durch geeignete Massnahmen
zur Kostenbegrenzung**

**Motion Ettlin Erich.
Hausse des coûts
dans l'assurance obligatoire
des soins. Prendre des mesures
de maîtrise des coûts adaptées**

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.17 (ORDNUNGSANTRAG - MOTION D'ORDRE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.11.17

16.3988

**Motion Ettlin Erich.
Einführung einer Vergütungspflicht
bei im Ausland freiwillig
bezogenen OKP-Leistungen**

**Motion Ettlin Erich.
AOS. Introduction d'une obligation
de remboursement pour les prestations
que le patient choisit
de se procurer à l'étranger**

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.17 (ORDNUNGSANTRAG - MOTION D'ORDRE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.11.17

Antrag der Mehrheit
Ablehnung der Motionen 16.3987 und 16.3988

Antrag der Minderheit
(Ettlin Erich, Bischof, Bischofberger)
Annahme der Motion 16.3987





Antrag der Minderheit

(Ettlin Erich, Bischofberger)
Annahme der Motion 16.3988

Proposition de la majorité

Rejeter les motions 16.3987 et 16.3988

Proposition de la minorité

(Ettlin Erich, Bischof, Bischofberger)
Adopter la motion 16.3987

Proposition de la minorité

(Ettlin Erich, Bischofberger)
Adopter la motion 16.3988

Präsidentin (Keller-Sutter Karin, Präsidentin): Es liegen zwei schriftliche Berichte der Kommission vor. Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der beiden Motionen.

Eberle Roland (V, TG), für die Kommission: Ich werde mir erlauben, gleich zu beiden Motionen im selben Kontext zu sprechen.

Die SGK-SR hat sich an ihrer Sitzung vom 13. November dieses Jahres mit dem Expertenbericht Diener über Modelle und Ansätze zur Mengensteuerung im Gesundheitswesen auseinandergesetzt. Dieser Expertenbericht beschlägt in seinem Inhalt und mit seinen rund drei Dutzend vorgeschlagenen Massnahmen weite Bereiche des Schweizer Gesundheitswesens mit seiner Vielfalt an verschiedenen Interessengruppen. Damit tangiert dieser Bericht, der dem Bundesrat nun als Grundlage für Vorschläge zur Optimierung der Effizienz im Gesundheitswesen im Allgemeinen dient, auch sehr viele bereits eingereichte parlamentarische Vorstösse. Die SGK-SR hat aufgrund dieser Sachlage entschieden, bis zum Vorliegen eines konkreten Massnahmenplans des Bundesrates auf die Einreichung von entsprechenden Vorstössen zu verzichten, solche zu sistieren oder direkt zur Ablehnung zu empfehlen. Dies soll der Verwaltungsökonomie dienen und Doppelspurigkeiten vermeiden helfen.

Die Mehrheit der SGK-SR empfiehlt Ihnen unter diesem Aspekt, die beiden Vorstösse abzulehnen. Dabei stützt sich die ablehnende Mehrheit auf die Argumentation des Bundesrates, welcher – mit Verweis auf den obenerwähnten Expertenbericht Diener – noch kein konkretes Modell von Kostenbegrenzungsmassnahmen bearbeiten möchte, sondern aufgrund der Resultate des Berichtes Diener in einem ersten Schritt überlegen will, wie das Thema der Kostenbegrenzung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anzugehen sei. Es sei hier deutlich gesagt: Kommissionsmehrheit und Bundesrat unterstützen dabei aber grundsätzlich die Zielsetzung der Kostensenkung im Gesundheitswesen und halten damit indirekt natürlich auch die Ideen des Motionärs Ettlin Erich für prüfenswert.

Bezüglich der zweiten Motion, die ich unter das kurze Motto "Einkaufstourismus für Gesundheitsleistungen befürworten oder nicht?" stellen würde, ist festzuhalten, dass der Bundesrat eine breite und generelle Aufweichung des im KVG stipulierten Territorialitätsprinzips ablehnt. Andererseits ist der Bundesrat bekanntlich bereit, die Möglichkeiten von grenzüberschreitender Zusammenarbeit mit entsprechenden Projekten auf ihre Wirkung hin zu testen. Die betreffende Vorlage wird bekanntlich im kommenden Jahr in Kraft treten. Sie sieht in gewissen klar begrenzten Bereichen eine kontrollierte Öffnung gegenüber dem Ausland vor.

In zwei weiteren Bereichen signalisiert der Bundesrat Bereitschaft zur Überprüfung. Zum einen geht es um die Frage der Mittel- und Gegenständeliste (Migel), welche auch in der Motion Heim 16.3169, "Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände", thematisiert ist. Zum andern geht es um die gleiche Fragestellung in Bezug auf die teilweise Öffnung bei den Bezügen von Arzneimitteln.

Die SGK-SR hat sich nicht vertieft mit der Frage der Zulassung des Einkaufs von Gesundheitsleistungen im Ausland im Allgemeinen auseinandergesetzt. Allerdings kommt eine integrale Aufhebung des Territorialitätsprinzips für die Mehrheit der Kommission kaum infrage.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen beantragt die Kommission, bei 9 zu 4 Stimmen und 0 Enthaltungen, beide Motionen abzulehnen.



Ettlin Erich (C, OW): Die Motionen stehen ja zur Diskussion, und ich würde doch gerne schnell begründen, warum ich daran festhalten möchte, auch wenn die Mehrheit der Kommission eine andere Sicht hat. Meine erste Motion verlangt eine Kostenbremse. Ich möchte hier nochmals betonen, dass sie kein Globalbudget verlangt. Das ist nicht das Gleiche. Die Kostenbremse soll durch eine maximale Kostenentwicklung, die beweglich ist, dafür sorgen, dass der Druck erhöht wird und auch tatsächlich Massnahmen umgesetzt werden. Darum geht es uns und mir.

Ich muss wohl nicht betonen, dass bei vielen Prämienzahlern die Schmerzgrenze erreicht ist oder bald erreicht sein wird. Es gibt kein ärztliches Rezept gegen diese Schmerzen, es gibt nur die Prämienvverbilligung, die jedoch nur einen Drittel betrifft. Ich sage immer: Was ist mit dem mittleren Drittel, das keine Prämienvverbilligung hat und jährlich von einer Kostenerhöhung um 4 Prozent betroffen ist? Ich spüre, wenn ich mit den Leuten rede, dass das ein echtes Problem ist.

AB 2017 S 809 / BO 2017 E 809

Der Expertenbericht Diener wurde erwähnt. Er hält auch fest, dass im Leistungsbereich der OKP Effizienzreserven von bis zu 20 Prozent ausgeschöpft werden könnten. Das wäre möglich und liegt offenbar am System. Das sind tiefhängende Früchte, und die müsste man eigentlich pflücken. Warum pflücken wir sie nicht? Weil der Druck zu wenig gross ist. Wir machen weiter wie bisher. Aber die Leute sind unter Druck – die Leute, die die Prämien zahlen und die jährliche Erhöhung schlucken müssen.

Unser Versagen besteht nicht darin, dass wir nicht wissen, was man machen könnte, sondern es ist das Nichtumsetzen und das Verzögern, weil immer jemand etwas zu verlieren hat. Ich verstehe das gut und muss gleichzeitig hier meine Interessenbindungen offenlegen: Ich bin Verwaltungsrat der CSS. Die Krankenversicherungen sind auch ein Teil des Systems, in welchem immer jemand etwas zu verlieren hat.

Ich wiederhole mich, aber ich habe zum Thema noch das Bonmot im Kopf: "Es muss etwas geschehen, aber es darf nichts passieren." Wir können als Parlament nicht so weitermachen. Wir haben die Pflicht, zu handeln und Veränderungen anzustossen. Das ist unsere Aufgabe.

Vor allem wenn ich auf die Motion zur Kostenbremse angesprochen werde, höre ich zwei Aussagen. Erstens: So geht es nicht. Zweitens: BIP- und Lohnentwicklung haben nichts mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu tun.

Zur ersten Aussage: Ja, wie geht es denn? So wie bisher geht es offensichtlich nicht. Wir sagen, das Gesundheitssystem sei gut, aber es koste einfach zu viel – aber dann ist es nicht gut! Es ist doch etwas nicht gut, wenn ein wichtiger Bestandteil – dass die Leute es bezahlen können – fehlt oder in die falsche Richtung geht. Also, es geht nicht so weiter wie bisher.

Ein namhafter Experte hat in einem Artikel geschrieben, dass wir die Experten machen lassen sollen und nicht die, die keine Ahnung haben. Er hat gesagt, irgendein Finanzexperte wolle sich jetzt da plötzlich ins Gesundheitswesen schleichen. Da muss ich sagen: Die Experten machen das ja schon lange. Und was ist das Resultat? Es ist zu teuer. Und was ist das für ein Politverständnis? Natürlich müssen hier Leute Dinge anstossen, die nicht mit Wissen aus dem Spezialgebiet kommen, weil diese Leute, also wir, gewählt sind und die Bevölkerung von uns erwartet, dass wir etwas machen.

Zum Thema Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts und der Löhne: Das hat nichts mit den Prämien zu tun. Wenn die Prämien um 4 Prozent pro Jahr steigen und ich dem Mittelstand sage, dass sein Lohn nicht steigt, kann ich nicht sagen: Du hast Glück, das hat keinen Zusammenhang! Dann tröstet das den Mittelstand nicht. Oder denken Sie, dass es ihm helfen würde zu sagen: "Okay, das ist jetzt halt so, und das Gesundheitswesen kostet viel"? Das schafft nicht Vertrauen in unsere Arbeit. Wir müssen da etwas machen.

Wir haben mit dem Expertenbericht die Massnahmen auf dem Tisch, Kollege Eberle hat es gesagt, und das ist gut. Die Vorschläge dieser zwei Motionen sind auch drin, das ist auch gut. Ich danke vor allem auch dem Bundesrat, dass er diesen Expertenbericht angestossen hat, und den Experten, die eine wohlausgewogene Liste an Möglichkeiten aufgezeigt haben, aber eigentlich das gemacht haben, was wir alle gewusst haben. Die Möglichkeiten liegen auf dem Tisch. Wir müssen sie eigentlich nur umsetzen.

Aber der Bericht ist ein Bericht: Er ist kein Massnahmenkatalog mit Umsetzungsvorschlägen und Plänen, konkreten Schritten, Meilensteinen usw. Das wird dann noch gemacht, das wurde uns gesagt. Mit Motionen soll aber etwas umgesetzt werden, es soll Zug in den Kamin kommen, wie ein deutscher Minister gesagt hat. Ich möchte damit Zug in den Kamin bringen und konkrete Aufträge verteilen, nämlich eine Kostenbremse einführen, das Territorialitätsprinzip angehen und konkrete Resultate vorgeben.

Noch etwas zur Einführung einer Kostenbremse: Dies führe zur Rationierung und zur Zweiklassenmedizin, sagt man mir. Ja, die Zweiklassenmedizin kommt – aber sie kommt dann, wenn wir nichts machen! Wenn die Kosten jährlich um 4 Prozent steigen, dann haben wir zwingend irgendwann die Zweiklassenmedizin, weil



sich die Leute die Prämien nicht mehr leisten können. Dann wird es so kommen, dass sie in Prämienmodelle gehen, bei denen sie viel zu viel Selbstbehalt tragen und das auch nicht mehr bezahlen können. Hier müssen wir also Gegensteuer geben.

Noch zur zweiten Motion und damit zur Möglichkeit, im Ausland Medikamente und Migel-Hilfsmittel einzukaufen, sofern es dort billiger ist: Da wurde von Kollege Eberle von Einkaufstourismus gesprochen. Hier möchte ich noch anfügen: Der Text der Motion sieht vor, dass man diese im Ausland beschaffen kann und die Krankenversicherungen diese vergüten können, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt. Es ist kein Jekami, es muss eine ärztliche Verschreibung vorliegen, und das wird auch dazu führen, dass sich die Mengenausweitung in Grenzen hält und die Qualitätserfordernisse erfüllt sind. Das ist bei einer klaren Verschreibung gegeben.

Insofern bitte ich Sie, beide Motionen anzunehmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Tout d'abord, j'aimerais remercier votre conseil ainsi que Monsieur Erich Ettlin pour votre engagement auprès du Conseil fédéral. Nous sommes vraiment du même côté pour freiner l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Je dois dire que je suis particulièrement heureux de constater que cette année 2017 aura été certainement marquée par un engagement politique plus fort dans ce domaine. Nous avons réussi, pour la première fois, par exemple, avec la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, à faire quelque chose dans le cadre de Tarmed et du domaine ambulatoire qui permette de contenir les coûts. Je crois qu'il y a encore beaucoup de mesures qui nous attendent.

Cela dit, sans vouloir revenir sur le vote précédent, je vois une certaine contradiction entre le fait de vouloir limiter les coûts et la décision de votre conseil visant à ce que les tarifs des analyses faites par les laboratoires soient négociés par les partenaires tarifaires. Mais je vous ai donné mon avis à ce sujet tout à l'heure, laissons cela.

J'en viens maintenant aux deux motions. La première concerne les mesures de maîtrise des coûts. Nous sommes naturellement très intéressés par toutes les idées innovantes. Vous avez mentionné – je crois qu'il faut le situer dans ce cadre – le rapport du groupe d'experts qui a été rendu cet automne. Nous avons lancé ce travail il y a un peu plus d'une année et il a vraiment bien fonctionné. A la fin, le groupe d'experts, qui a adopté ce rapport à l'unanimité – il est relativement important de le souligner ici –, nous a transmis 38 mesures. Dans ce cadre et depuis la stratégie Santé 2020, nous avons évidemment fait du financement durable des soins, et notamment aussi de la maîtrise des coûts, notre priorité. C'est quelque chose qui trouve aussi sa traduction dans les travaux du groupe d'experts. Nous allons maintenant poursuivre le travail et le Conseil fédéral a prié mon département de lui transmettre, jusqu'au printemps 2018, des recommandations sur les mesures proposées. Nous allons concrétiser ces mesures en tenant compte des lignes directrices suivantes: tous les acteurs doivent contribuer à freiner les coûts; les incitations qui visent à multiplier les prestations doivent être corrigées, c'est un des grands problèmes que nous avons; le partenariat tarifaire doit être non seulement maintenu mais renforcé, il faudra certainement aussi prendre des mesures dans ce domaine; tous les acteurs doivent utiliser toute leur marge de manoeuvre pour que le progrès médical et l'innovation profitent à tous; tous les acteurs sont tenus de publier les données sur la qualité à des fins d'amélioration et de transparence.

Dans ce cadre, je peux dire à Monsieur Ettlin, qui est l'auteur de cette motion, que nous allons naturellement aussi tenir compte de l'idée qu'il présente. Mais il nous paraît faux, aujourd'hui, alors que nous sommes en train de faire ce travail, de dire que cette mesure est soutenue par une motion, tandis que les autres ne le sont pas. Nous souhaitons pouvoir aborder ce sujet dans son ensemble, y compris cette mesure. Nous allons donc faire ce travail, il n'y a pas besoin de cette motion pour cela. Je souhaitais vous dire que nous allons poursuivre ce travail.

Monsieur Ettlin a dit que la motion ne visait pas à plafonner les prestations. La question qui se pose dans les

AB 2017 S 810 / BO 2017 E 810

domaines où l'évolution des coûts dépasse ce facteur de 1,1 est celle de savoir ce qui se passe. Et là, il n'a pas encore dit quelles étaient les mesures qui devraient intervenir si les coûts évoluaient plus rapidement dans certains domaines et qu'il faudrait les freiner. Il n'y a pas d'autres possibilités que de prendre des mesures assez difficiles, et probablement des mesures qui limitent les coûts et qui ont peut-être des conséquences sur des volumes globaux, et ce, évidemment, sans renoncer à la qualité dans l'accès aux soins, puisque c'est aussi central pour le Conseil fédéral.

Concernant la deuxième motion, 16.3988, je ne vais pas répéter ce que j'ai dit tout à l'heure sur la maîtrise des coûts et sur le travail que nous avons réalisé ensemble. La question du principe de territorialité est importante. Il y a quelques exceptions à ce principe actuellement. Le Conseil fédéral s'est déclaré jusqu'ici ouvert, dans



le cadre d'une réflexion globale, à envisager aussi certaines mesures. Je ne vais pas les détailler maintenant. Donc, la préoccupation de cette motion est également incluse dans les réflexions et les mesures proposées par le groupe d'experts. Il nous semble donc, ici aussi, qu'il n'est ni utile ni judicieux de traiter cela par une motion. En effet, tout cela fera l'objet d'un approfondissement par le Conseil fédéral; et le Parlement aura l'occasion de traiter ces sujets.

Il n'y a pas besoin de ces motions pour que nous avançons sur ces sujets. C'est la raison pour laquelle je vous invite, au nom du Conseil fédéral, à suivre la majorité de la commission et à rejeter les deux motions.

16.3987*Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Motion ... 14 Stimmen

Dagegen ... 25 Stimmen

(2 Enthaltungen)

16.3988*Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Motion ... 16 Stimmen

Dagegen ... 25 Stimmen

(2 Enthaltungen)