



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)

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 der 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 rejetterons 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'allocations 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 Rechtsun-



sicherheiten 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 supplémentaires.

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, Rüeegger, 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, Rüeegger, 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.