



19.046

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Änderung (Massnahmen
zur Kostendämpfung – Paket 1)**

**Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
Modification (Mesures
visant à freiner la hausse
des coûts, 1er volet)**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.06.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.20 (FORTSETZUNG - SUITE)

Antrag der Mehrheit
Eintreten

Antrag der Minderheit
(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Nichteintreten

Proposition de la majorité
Entrer en matière

Proposition de la minorité
(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Ne pas entrer en matière

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Après la discussion d'entrée en matière, nous procéderons à la discussion par article, qui a été divisée en trois blocs. La composition de ceux-ci vous a été distribuée avec les indications utiles pour le déroulement des débats.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Die Schweizer Bevölkerung ist mit unserem Gesundheitswesen zufrieden. Unser Gesundheitsversorgungssystem hat sich gerade während dieser Krise als leistungsfähig und zuverlässig erwiesen. Daher sei auch bei dieser Gelegenheit den in dieser Krise engagierten Personen, insbesondere dem Pflegepersonal sowie den tatkräftigen Ärztinnen und Ärzten, für ihren Einsatz zugunsten der Patientinnen und Patienten und unseres Versorgungssystems herzlich gedankt.

Unsere gute Gesundheitsversorgung wird von den Patientinnen und Patienten geschätzt. Die stetig steigenden Gesundheitskosten sind indes ein Problem und stehen seit Jahren in der Kritik. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 haben sich die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung praktisch verdreifacht. Die unverhältnismässig stark steigenden Prämien sind eine grosse bis kaum mehr tragbare Belastung für viele Haushalte. Nicht selten ist die Prämienrechnung höher als die Steuerrechnung.

Verschiedene Studien und Experteneinschätzungen weisen für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanzierten Kosten ein Effizienzsteigerungspotenzial von rund 20 Prozent aus, und dies ohne Qualitätseinbussen. Erzielt werden könnte dieses Potenzial durch eine bessere Koordination der Leistungen, die Verhinderung von Mehrfachuntersuchungen und unnötigen Behandlungen und eine bessere Medikamenten-Compliance. Gemäss Sonderabfallstatistik des BAFU landen jährlich über viertausend Tonnen Medikamente





im Abfall.

Um den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu reduzieren, hat das EDI gestützt auf die bundesrätliche Strategie Gesundheit 2020 eine Expertenkommission einberufen. Im August 2017 hat die Kommission einen Bericht mit 38 Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen unterbreitet. Basierend auf dem Expertenbericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" hat der Bundesrat mit der Botschaft vom 21. August 2019 ein erstes Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgelegt. Die Vorlage beinhaltet insgesamt neun Massnahmen mit Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes sowie, daraus abgeleitet, gleichgerichtete Änderungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, des Bundesgesetzes über die Militärversicherung und des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung.

Die SGK des Nationalrates hat die Beratungen an ihrer Sitzung vom 30. Januar dieses Jahres aufgenommen. Sie hat umfassende Hearings zu den einzelnen Massnahmen mit allen Akteuren, den Leistungserbringern, Versicherern, Patientenorganisationen, Kantonen und der Pharmabranche, durchgeführt. Nach weiteren Hearings an der Sitzung vom 20. Februar ist die Kommission einstimmig auf die Vorlage eingetreten. Der vorliegende Nichteintretensantrag wird denn auch nicht mit einer grundsätzlichen Ablehnung des ersten Kostendämpfungspaketes begründet, sondern mit dessen Aufteilung in zwei Vorlagen 1a und 1b.

Die ganze Vorlage "Paket 1" der bundesrätlichen Botschaft mit den unterschiedlichen Massnahmen ist sehr komplex, und insbesondere zum Referenzpreissystem wurden der Verwaltung von der Kommission umfangreiche Abklärungsaufträge erteilt. Die zehn Massnahmen des Kostendämpfungspaketes betreffen unterschiedliche Bereiche. Die meisten Massnahmen sind unabhängig voneinander. Um nicht die ganze Vorlage zu verzögern, hat die Kommission mit knapper Mehrheit beschlossen, die Vorlage aufzuteilen. Das vorliegende Paket 1a umfasst Massnahmen zur Rechnungskontrolle, zur Tarifgestaltung und Tarifentwicklung sowie einen Artikel für Pilotprojekte. Hingegen wurden das Referenzpreissystem für Medikamente, Massnahmen zur Steuerung der Kosten und das Beschwerderecht der Versicherer gegen die kantonale Spitalliste in das Paket 1b verschoben.

An den Sitzungen vom 15. und 26. Mai wurde die Detailberatung zu folgenden Massnahmen durchgeführt:

1. Zwingende Rechnungskopie des Leistungserbringers für die Versicherten, einschliesslich Sanktionsmöglichkeiten: In Abweichung zum bundesrätlichen Entwurf beantragt die Kommission, dass im System des Tiers payant der Versicherer der versicherten Person zusammen mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers übermittelt. Der Bundesrat wollte die heutige Regelung, wonach der Leistungserbringer die Rechnungskopie übermitteln muss, auf Gesetzesstufe verankern und den Fall eines Versäumnisses mit einer Strafbestimmung sanktionieren. Nach Auffassung der Kommission ist es einfacher und letztlich kostengünstiger, wenn beide Dokumente aus einer Hand zu den Versicherten gelangen. Auf diese Weise könnten sie die Rechnungskontrolle besser vornehmen.

Weiter hat die Kommission die Motion 20.3452 beschlossen, mit der sie den Bundesrat beauftragen will, eine Änderung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier vorzulegen, damit die Leistungserbringer im elektronischen Patientendossier elektronische Rechnungen ablegen können. Die Kommission möchte einen zusätzlichen Anreiz für den Einsatz des elektronischen Patientendossiers schaffen. Die Motion dürfte in der Herbstsession behandelt werden.

2. Die maximale Höhe der möglichen Busse bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen wird neu mit 20 000 Franken beziffert. Gemäss Fassung des Bundesrates werden auch Leistungserbringer gebüsst, welche den Patienten im System des Tiers payant keine Rechnung übermitteln.

3. Es soll eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur auch für ambulante Patientenpauschalen geschaffen werden. Heute müssen im ambulanten Bereich nur Einzelleistungstarife gesamtschweizerisch einheitlich sein. Künftig soll dies auch für ambulante Pauschalen gelten. Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen Ausnahmen in Bezug auf diese Einheitlichkeit von Pauschaltarifstrukturen vorsehen. Die

AB 2020 N 755 / BO 2020 N 755

subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen wird auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife ausgeweitet. Die Kommission unterstützt die Massnahme des Bundesrates, damit auch im ambulanten Bereich Pauschalen gefördert werden. Pauschalen wirken kostendämpfend, während Einzelleistungstarife zur Kumulation von Tarifpositionen auch für unnötige Leistungen verleiten.

4. Vorgesehen ist die Schaffung einer Tariforganisation im ambulanten Bereich, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten ärztlichen Einzelleistungs- und Pauschaltarifstrukturen zuständig ist. Die Kommission unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros im



ambulanten Bereich – analog zu Swiss DRG, der Organisation für den stationären Bereich. Ergänzend zum Bundesrat beantragt die Kommission, dass auch die Versicherer dieser Organisation kostenlos die Daten bekannt geben müssen, welche zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.

5. Leistungserbringer und Versicherer sollen verpflichtet werden, dem Bundesrat oder der Kantonsregierung auf Verlangen diejenigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind; mit eingeschlossen ist eine Sanktionsmöglichkeit. Die Kommission unterstützt die Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer, die Daten dem Bundesrat und/oder der zuständigen Kantonsregierung abzugeben, damit diese die Tarife genehmigen oder allenfalls selbst festlegen können.

6. Es soll ein Experimentierartikel eingeführt werden, um innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des normalen Rahmens des KVG zu ermöglichen. Inhaltlich, räumlich und zeitlich begrenzte Pilotprojekte dürfen von den Regeln des KVG abweichen, damit neue Modelle erprobt werden können, welche kostengünstiger sind.

Die Kommission will den Fokus indes nicht einzig auf die Kosteneindämmung, sondern auch auf die Qualitätssicherung legen. Mehrheitlich beantragt die SGK-N ein anderes Konzept, als es der Bundesrat vorschlägt: Pilotprojekte sollen von den Versicherern und Leistungserbringern vereinbart und dem EDI zur Genehmigung unterbreitet werden müssen. Die Teilnahme an den Pilotprojekten muss für alle Akteure freiwillig sein. Mehrere Minderheiten beantragen hingegen, wie der Bundesrat, dass vom Gesetz abweichende Pilotprojekte nur in abschliessend aufgezählten Bereichen und nur mit Bewilligung des EDI möglich sein sollen. Mit beiden Konzepten wird aber beabsichtigt, dass Pilotprojekte zeitlich, inhaltlich und räumlich begrenzt sind sowie evaluiert werden müssen.

7. Die beantragten Anpassungen in der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung waren in der Kommission unbestritten. Es geht um eine parallele und ähnliche Ausgestaltung betreffend die Datenlieferungspflicht wie im KVG. Unbestritten war auch die Ersetzung in verschiedenen Artikeln von Ausdrücken wie "Bundesamt" durch "BAG" oder "das Departement" durch "das EDI". Die finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen können nicht quantifiziert werden. Zum einen hängen sie von der konkreten Umsetzung durch die betroffenen Akteure ab, zum andern werden kostendämpfende Effekte zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erst mittelfristig eintreten.

Nach der Qualitätsvorlage, über welche die Räte vor einem Jahr in der Schlussabstimmung der Sommersession 2019 befunden haben, bringt diese Vorlage weitere Systemoptimierungen für ein effizienteres und effektiveres Gesundheitswesen. Die Reform stärkt die Tarifpartnerschaft, mit einem gewissen Druck vonseiten der Behörden. Der Bundesrat kann jederzeit subsidiär eingreifen; sind die Tarifpartner nicht in der Lage, ihre Autonomie zu nutzen, wird der Bundesrat ersatzweise Massnahmen verfügen können.

Die Vorlage 1a des Kostendämpfungspakets wurde in der Gesamtabstimmung mit 20 zu 1 Stimmen bei 3 Enthaltungen angenommen. Namens der Kommission bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Maillard Pierre-Yves (S, VD), pour la commission: Les débats sur les moyens de limiter la hausse des coûts à charge de l'assurance-maladie sont presque aussi réguliers que les hausses de prime elles-mêmes, lesquelles frappent de plus en plus lourdement les ménages de notre pays. Pourtant, des possibilités existent de maîtriser ces coûts. Notre pays n'a pas toujours connu une hausse aussi difficile à maîtriser. Avant 2012 notamment, la Suisse figurait parmi les pays de l'OCDE qui arrivaient à maîtriser le mieux ces coûts. Puis la suspension de la clause du besoin, pour laquelle nous avons heureusement trouvé une solution tout à l'heure, le nouveau financement hospitalier, les blocages tarifaires, ont rendu la situation de plus en plus difficile. Il faut donc agir. Le Conseil fédéral l'a fait. Il a pris des mesures de sa compétence, qui ont eu une certaine efficacité, notamment dans le domaine des tarifs ambulatoires et du système Tarmed, que le Conseil fédéral a corrigé, avec des effets réels de maîtrise des coûts.

Le Conseil fédéral nous soumet maintenant un objet, qui vise à une modification partielle de la LAMal, pour freiner l'évolution des coûts à sa charge. Il s'agit du premier volet d'une démarche faisant suite à des travaux d'un groupe d'experts. Le Conseil fédéral a adopté ce premier paquet de neuf mesures le 21 août 2019. Dans ce premier paquet sont prévues les mesures suivantes: la possibilité de tester des projets pilotes dérogeant temporairement à la LAMal, l'établissement d'une organisation tarifaire nationale dans le secteur ambulatoire, sur le modèle de la société Swiss DRG pour le secteur stationnaire, l'obligation de conclure, dans les contrats tarifaires, des mesures visant à corriger les augmentations injustifiées de coûts et de volumes de prestations, l'introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments génériques permettant de plafonner



leur coût en fonction des pratiques de pays comparables au nôtre et dans lesquels ce prix est au moins deux fois inférieur, l'obligation pour tous les prestataires de soins de fournir une copie de la facture à l'assuré, l'introduction de tarifs forfaitaires pour les traitements ambulatoires, la livraison de données des partenaires tarifaires aux cantons et à la Confédération, un droit de recours des assureurs contre les listes hospitalières, une adaptation du montant maximal de l'amende encourue en cas d'infraction aux dispositions légales ou contractuelles. Ce sont là les neuf mesures proposées par le Conseil fédéral, qui estimait que leur potentiel d'économies se situait dans une fourchette allant de 300 à 500 millions de francs par an. Le Conseil national a été saisi de ce projet comme premier conseil. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a commencé son examen le 21 février 2020 et est entrée en matière à l'unanimité.

Après avoir procédé à de nombreuses auditions des milieux concernés, elle a commencé l'examen par article en mars, et elle a décidé de se concentrer d'abord sur les articles de loi qui ne semblaient pas provoquer d'opposition de principe et paraissaient relativement consensuels. Cet état dans le domaine de la santé, est particulièrement difficile à atteindre, comme le débat qui va suivre va nous permettre de le constater. Les quatre mesures réputées les moins disputées sont donc les suivantes: le contrôle des factures, l'encouragement du forfait ambulatoire, l'instauration d'une organisation tarifaire ambulatoire et l'article sur les projets pilotes.

En ce qui concerne le contrôle des factures, par 12 voix contre 10 et 3 abstentions, la commission propose que, dans le système du tiers payant, l'assureur transmette à l'assuré, en même temps que le décompte des prestations, une copie de la facture du fournisseur de prestations. Le Conseil fédéral voulait inscrire dans la loi la réglementation actuelle selon laquelle c'est le fournisseur de prestations qui est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture adressée à l'assureur, afin de donner davantage de poids à cette obligation. La commission estime qu'il est plus simple et plus avantageux que les deux documents soient transmis à l'assuré par la même source. Cette méthode permettrait d'améliorer le contrôle des factures.

En outre, la commission a décidé d'élaborer une motion chargeant le Conseil fédéral de modifier la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, afin que les fournisseurs de prestations puissent déposer les factures électroniques dans un

AB 2020 N 756 / BO 2020 N 756

volet particulier du dossier électronique du patient. Elle souhaite en effet créer une incitation supplémentaire en faveur de l'utilisation du dossier électronique.

En ce qui concerne les forfaits ambulatoires, par 17 voix contre 3 et 3 abstentions, la commission approuve les mesures préconisées par le Conseil fédéral en vue d'encourager les forfaits dans le domaine ambulatoire également. Elle part du principe que les prestations peuvent être ainsi fournies plus efficacement et que l'aspect administratif de la facturation peut être simplifié.

En ce qui concerne l'organisation tarifaire, par 16 voix contre 8 et 1 abstention, la commission salue la création d'une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire. A la différence du Conseil fédéral, elle propose que les assureurs aient eux aussi l'obligance de communiquer gratuitement à cette organisation les données qui sont nécessaires à l'élaboration, au développement et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Dans le cadre de la structure tarifaire actuelle, par 17 voix contre 8, la commission approuve le fait que les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données dont il a besoin pour approuver les tarifs et pouvoir éventuellement les fixer lui-même.

Enfin, j'en viens à l'article autorisant les projets pilotes. Ces derniers, qui sont limités dans leur objet, leur durée et leur application territoriale, pourront s'écarter des règles prévues par la loi fédérale sur l'assurance-maladie afin d'expérimenter de nouveaux modèles meilleur marché et plus efficaces.

Par 14 voix contre 8 et 2 abstentions, la commission propose que les projets pilotes fassent l'objet d'une convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations et soient soumis à l'approbation du Département fédéral de l'intérieur. En outre, la participation au projet pilote doit se faire sur une base volontaire.

Notre débat d'aujourd'hui se déroulera, comme l'a dit la présidente, avec un débat d'entrée en matière pour commencer – la minorité de Courten propose de refuser l'entrée en matière. Puis, en cas d'entrée en matière, nous aurons trois blocs de discussion. Avec le bloc 1, nous traiterons des articles 42 et 59 LAMal et des questions de transmission à l'assuré d'une copie de la facture, de sanctions en cas de factures incorrectes et de droit des patients à être assistés dans le contrôle des factures. Trois minorités de Courten et une minorité Wasserfallen Flavia seront discutées dans ce bloc.

Le bloc 2 traitera des articles 26, 43, 47 et 53 LAMal, et des questions des forfaits ambulatoires, de l'organisation tarifaire pour les traitements ambulatoires et du maintien à jour de la structure tarifaire. Cinq minorités provenant de la conseillère nationale Prelicz-Huber et des conseillers nationaux de Courten et Lorenz Hess



seront discutées dans ce bloc.

Le bloc 3 concernera l'article 59b alinéa 2. Il s'agit de la disposition permettant des projets pilotes. Ici, nous aurons quinze minorités provenant des conseillères nationales Barbara Gysi, du conseiller national Nantermod, des conseillères nationales Prelicz-Huber, Flavia Wasserfallen et Porchet.

Deux ans et huit mois après le rapport du groupe d'experts publié en octobre 2017, nous traitons donc de la moitié des propositions du Conseil fédéral, qui elles-mêmes ne correspondent qu'à la moitié des propositions de ce groupe. Nous en sommes donc à un quart des propositions des experts abordé en premier conseil après 32 mois. Et même ce petit quart, réputé consensuel, suscitera de vigoureuses oppositions. En tout cas, ce que nous pouvons dire, c'est que l'état d'urgence ne menace pas la hausse des coûts de la santé et des primes de la LAMal, et que le Conseil fédéral, dans l'attente des résultats de nos travaux, devra continuer à utiliser les outils à sa disposition.

Je vous invite, au nom de la commission, à entrer en matière sur ce projet.

Präsident (Aebi Andreas, erster Vizepräsident): Herr de Courten begründet den Nichteintretensantrag seiner Minderheit und spricht auch für die SVP-Fraktion.

de Courten Thomas (V, BL): Ich gebe zuhanden des Amtlichen Bulletins meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Präsident von Intergenerika und damit genau von der Massnahme betroffen – dem Referenzpreissystem –, die im Massnahmenpaket 1 bis jetzt nicht behandelt wird.

Mit den Versprechen, die der Bundesrat uns hinsichtlich Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen abgibt, verhält es sich ähnlich wie mit den Versprechen, die der Bundesrat uns bezüglich der Zuwanderung abgibt: Wunschenken, Versprechen und Realität klaffen weit auseinander. Bei der Einführung des KVG durch Bundesrätin Ruth Dreifuss versprach sie der Schweiz, mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Gesundheitskosten und die Krankenkassenprämien in den Griff zu bekommen. Seither steigen die Kosten und die Prämien unaufhörlich. Mittlerweile sind die obligatorischen Zwangsabgaben – also die Prämien – für jedes Familienbudget unbestritten eine erhebliche bis unerträgliche Belastung geworden.

Der Handlungsbedarf ist deshalb unbestritten. Das Reformkonzept, das uns der Bundesrat nun hier vorlegt, wiederholt aber die Fehler der Vergangenheit, statt sie zu kurieren. Ein bestehendes KVG, das eigentlich alle Instrumente zur Kostenregulierung enthielte, wird, statt dass geltendes Recht endlich durchgesetzt wird, verschlimmbessert: noch mehr statt endlich weniger Regulierungen und Bürokratie, noch mehr Staat und noch mehr Kompetenzen für die Verwaltung, um die Akteure im Gesundheitswesen zu drangsalieren, anstelle von Eigenverantwortung, Freiraum, Selbstbeschränkung, kontrolliertem Wettbewerb und Innovation.

Der Handlungsbedarf verpflichtet eigentlich alle Player im Gesundheitswesen dazu, ihre Beiträge zur Kostendämpfung zu leisten. Das darf aber kein Anlass zu staatlichem Aktionismus sein, der die Ziele verfehlt und sogar kontraproduktive Wirkungen im System auslöst. Reformen im Gesundheitswesen sind in der Regel Zangengeburt. Das sind wir uns gewohnt. Was hier nun aber auf dem Tisch liegt, ist fast noch kritischer als eine Zangengeburt. Eigentlich ist es schon eher eine Totgeburt.

Deshalb beantrage ich Ihnen heute, dieses Projekt zu stoppen und damit den Weg für einen neuen Anlauf frei zu machen. Das ganze Paket, das haben die Kommissionssprecher ausgeführt, entstammt einem professoralen Expertenbericht mit insgesamt 38 wenig überraschenden Vorschlägen. Viele davon wurden nämlich schon früher auf den Tisch gelegt und meist verworfen. Der Bundesrat hat einige davon ausgesucht und sie einfach rezykliert. Die Flughöhen sind sehr unterschiedlich, die Massnahmen stehen kaum in einem Zusammenhang und teilweise sogar in Widerspruch zueinander.

Insgesamt ist das kein stringenter Reformplan, sonst müsste nicht noch ein Paket 2 hinterhergeschoben werden, das mittlerweile zwar in der Vernehmlassung war, uns aber konkret noch nicht vorliegt – der Bundesrat arbeite noch daran, heisst es. Dem ist vielleicht auch deshalb so, weil sein Paket 1 nun auch schon wieder aufgeschnürt worden ist und dem Ratsplenum heute nun häppchenweise in vermeintlich verdaubaren Portionchen vorgelegt wird. Was heute fehlt, soll dann später ins Paket 2 kommen, aber auch das ist noch unklar.

Meine Damen und Herren, das ist kein Konzept, das ist ein Gewurstel. Gewisse wichtige Handlungsfelder, heisse Eisen eben, wie die Mehrfachrollen der Kantone, die Lockerung des Vertragszwangs, die Einschränkung des Leistungskatalogs im KVG oder die Fokussierung von Solidarität und sozialem Ansatz im KVG für jene, die es wirklich nötig haben, statt mit der Giesskanne für alle, werden zudem kaum angepackt.

Die Menge und die zeitlich gestaffelte Bearbeitung der Massnahmen wird es nahezu verunmöglichen, Wirkungen und Nebenwirkungen den einzelnen Massnahmen zuzuschreiben. Welche Kosten in welcher Höhe gespart werden sollen, ist völlig unklar; das kann Ihnen niemand sagen, auch die Kommissionssprecher könnten das heute nicht. Ob überhaupt ein Effekt auf die Prämien durchschlägt, ist noch viel ungewisser. Das Risiko



ist deshalb absehbar, dass dieses Müesli an Massnahmen Schritt für Schritt an der Praxis scheitern wird. Die Beratungen von mehreren hintereinander gestaffelten Paketen blockiert so den Reformkanal im

AB 2020 N 757 / BO 2020 N 757

Gesundheitswesen über mehrere Jahre, bindet Ressourcen und verunmöglicht andere wichtige Reformen. Der Bundesrat hat, wie sich das eigentlich auch gehört, eine Regulierungsfolgenabschätzung zu seinem Paket in Auftrag gegeben. Eine solche sollte eigentlich der Überprüfung dienen, ob gesetzliche Massnahmen und Regulierungen überhaupt sinnvoll sind und welche Effekte – Wirkungen und Nebenwirkungen, wie man sie vom Arzt kennt – sie bringen. Damit soll verhindert werden, dass wirkungslose, wenig wirksame oder gar schädliche Reformen umgesetzt werden. Die Regulierungsfolgenabschätzung wurde im vorliegenden Revisionspaket aber nur für die Massnahme M22, das bekannte Referenzpreissystem bei Arzneimitteln, durchgeführt, die wir heute erst gar nicht behandeln, weil sie dermassen umstritten ist.

Der Bericht dieser Regulierungsfolgenabschätzung wurde übrigens erst am 21. Dezember 2018 publiziert, eine Woche nach Abschluss des Vernehmlassungsverfahrens. Damit wurde allen interessierten und betroffenen Kreisen die Möglichkeit genommen, sich zu dieser Folgenabschätzung zu äussern. In der Botschaft zuhanden des Parlamentes werden die Regulierungsfolgenabschätzung und deren wesentliche Resultate – die da wären: erhebliche Zweifel gegenüber den bundesrätlichen Referenzpreisvorschlägen – nur kurz erwähnt; die Resultate wurden gar ausgeblendet. Zu allen anderen Punkten dieser Vorlage wurde keine Regulierungsfolgenabschätzung durchgeführt.

Die Tatsache, dass in der vorliegenden Revisionsvorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung weitgehend fehlt und ein Thema, das Referenzpreissystem, verspätet vorgelegt, aber nicht berücksichtigt wurde, erschwert die umfassende Beurteilung des Nutzens der vorgelegten Reformvorschläge erheblich. Derart erhebliche Mängel führen mich zur Überzeugung, dass es nun zurück auf Feld eins gehen muss.

Ich bitte Sie genau deshalb, nicht auf die Vorlage einzutreten.

Gysi Barbara (S, SG): Zum hier vorliegenden ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein paar grundlegende Gedanken der SP-Fraktion: Die letzten Wochen haben uns gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierendes und qualitativ gutes Gesundheitswesen ist, wie wichtig aber auch ein starkes öffentliches Gesundheitswesen ist und wie wichtig die Krankenversicherung für alle Menschen in unserem Land ist. Denn dadurch konnten die nötigen Kapazitäten bereitgestellt und die Menschen gut gepflegt werden. Wir mussten zwar Todesfälle beklagen, aber alles in allem sind wir daran, die Pandemie relativ gut zu meistern.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist eine Tatsache. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben sich die Ausgaben seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes mehr als verdoppelt. Für den Anteil der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die von den Krankenversicherungen getragen werden, werden Kopfprämien erhoben. Dieses System kennen Sie. Dass sich die Krankenkassenprämien mehr als verdoppelt haben, ist für viele Prämienzahlende ein sehr grosses Problem. Wir haben also nebst dem Kostenproblem auch ein Kostenverteilungsproblem.

Die SP Schweiz will darum eben auch dort ansetzen und mit ihrer Prämienentlastungs-Initiative die maximale Belastung der privaten Haushalte, also der Prämienzahlenden, begrenzen. Maximal 10 Prozent des verfügbaren Haushalteinkommens sollen für die Krankenkassenprämien ausgegeben werden müssen. Der Rest ist über Prämienverbilligungen zu decken.

Zu den Kosten und zur Kostenentwicklung: Verschiedene Faktoren beeinflussen diese, das wissen wir.

1. Bevölkerungsentwicklung: Es leben mehr Menschen in unserem Land als 1996, als das KVG in Kraft getreten ist. Damals waren es weniger als 7 Millionen, aktuell sind es rund 8,7 Millionen Menschen. Mehr Menschen benötigen schlicht auch mehr Leistungen. Das kostet dann auch mehr.

2. Demografie: Die Bevölkerung wird älter. Wir haben dadurch auch mehr multimorbide Patientinnen und Patienten. Auch das ist mit mehr Kosten verbunden.

3. Medizinische und medizinisch-technische Entwicklung: Hier ist sehr viel passiert. Neue Behandlungsmethoden, neue Medikamente, neue Hilfsmittel: Krankheiten, die vor zwanzig Jahren noch zum raschen Tod führten, können heute oftmals erfolgreich behandelt werden. Doch auch das ist kostenintensiv.

4. Markt: Zur Kostenentwicklung trägt das Marktgetriebene wesentlich bei. Das muss gestoppt werden. Das Gesundheitswesen ist zwar ein Markt, in dem gewisse Marktmechanismen nicht spielen – etwa, dass bei einem Überangebot die Preise sinken oder, wenn ein Personalmangel vorhanden wäre, die Löhne ansteigen würden. Nehmen Sie als Beispiel die immer noch tiefen Löhne des Pflegepersonals. Aber es ist ein Markt, in dem sich durchaus viel Geld verdienen lässt – zumindest von den einen, zum Beispiel von gut bezahlten und auch dank Boni begüterten Chefärzten und ein paar wenigen Chefärztinnen. Aber auch in der Pharmabranche



und im medizinisch-technischen Bereich lässt sich gut Geld verdienen. Auch private Akteure und Eigentümer wollen Geld verdienen. Zunehmend fliessen auch Renditen ins Ausland ab, sitzen doch die Verwaltungsräte oder die Eigner grosser Spitalkonzerne auch im Ausland.

5. Fehlanreize im System: Die Mengenausweitung wird finanziell belohnt und führt zu unnötigen Behandlungen. 20 bis 30 Prozent der medizinischen Massnahmen sind unnötig. Mangelnde Koordination und fehlende Steuerung führen auch zu teuren Lösungen, mangelnde Transparenz zu höheren Kosten.

Es ist uns klar: Es braucht Eingriffe, um das Kostenwachstum zu bremsen. Es braucht mehr Transparenz im Tariffsystem, damit es auch die Patientinnen und Patienten besser nachvollziehen können. Die SP-Fraktion ist klar der Meinung, dass Bund und Kantone vermehrt Kompetenzen brauchen und dass das Gesundheitswesen von ihnen gesteuert werden muss, nicht von den Krankenkassen.

Es soll auch gesagt sein, dass das Gesundheitswesen ein Teil der Gesamtwirtschaft ist. Es kostet also nicht nur, es bietet auch Arbeitsplätze – direkt und indirekt – und trägt somit zum Bruttosozialprodukt bei.

Zur Vorlage konkret: Sie haben gehört, dass das Massnahmenpaket 1 aufgeteilt wird. Die wirklich umstrittenen Fragen, die auch finanziell einige Auswirkungen haben, bleiben offen. So wurde etwa das Referenzpreissystem auf starken Druck der Generikahersteller bereits zurückgestellt. Auch die Fragen zur Versorgungssicherheit wurden thematisiert. Wie bereits ausgeführt wurde, werden darüber Zusatzberichte verfasst.

Auch die Krankenkassen und ihre Verbände versuchen Einfluss zu nehmen, mit Erfolg. Die Patientinnen und Patienten und ihre Organisationen haben es da schon einiges schwerer. Dazu werden wir uns in der Detailberatung äussern, weil wir einige Minderheitsanträge zugunsten der Patientinnen und Patienten vertreten werden.

Die finanziellen Auswirkungen des Pakets 1a sind unklar. Wir haben heute ein Gesetz fertig behandelt, sodass es für die Schlussabstimmung bereit ist; es betrifft die Zulassung von Leistungserbringern, womit sich Milliarden von Franken einsparen lassen. Das Einsparvolumen dieses Pakets ist unklar. Die zurückgestellten Punkte sind sicher wesentlich finanzrelevanter. Dennoch sind wir der Meinung, dass es Reformen braucht.

Wir empfehlen Ihnen Eintreten auf die Vorlage.

Crottaz Brigitte (S, VD): Notre système de santé compte parmi les meilleurs au monde, mais il est soumis à une très forte tension. Cette tension est due aux coûts d'abord, car les primes d'assurance et les dépenses liées à la maladie ont atteint la limite du supportable pour une part importante des ménages, qui supportent 30 pour cent des coûts, ce qui est l'un des pourcentages les plus élevés au sein de l'OCDE. Ceci conduit près de 20 pour cent des Suisses à renoncer à des soins pour des raisons financières. Ces coûts représentent une telle charge qu'ils menacent les principes de solidarité et de mutualisation, qui fondent le système de santé. Dans l'attente d'une baisse des coûts, il faut trouver des solutions pour soulager les assurés des charges extrêmes qui

AB 2020 N 758 / BO 2020 N 758

pèsent sur leur budget, ce qui sera atteint si l'initiative d'allègement des primes déposée par le parti socialiste obtient un large soutien, ce qui est bien sûr notre souhait.

Le système de santé est ensuite sous tension du fait qu'il est avant tout axé sur des maladies aiguës, prises en charge selon une logique de type industriel. Il permet ainsi la facturation de 4000 actes, mais pas les mesures de prévention, de promotion de la santé, de coordination des soins ou d'interprofessionnalité, alors qu'elles devraient être au coeur de la stratégie sanitaire pour lutter contre l'épidémie des maladies chroniques non transmissibles, qui sont devenues la première cause de mortalité dans le monde. Cette prévention se doit d'agir sur les déterminants de la santé que sont l'environnement socioéconomique, culturel et environnemental. Notre système de santé obéit aussi à des impacts chiffrés, des procédures et des coûts standardisés. Les professionnels de la santé sont soumis à des injonctions contradictoires: d'une part, des procédures croissantes de contrôle et de limitation et, d'autre part, la nécessité de soigner et d'accompagner au mieux chaque patient, ce qui contribue à une augmentation préoccupante de la souffrance au travail du côté des soignants. L'effort énorme qu'ils ont produit durant la crise sanitaire est d'autant plus méritoire, et j'espère que chacune et chacun ici s'en souviendra.

Pour en revenir aux coûts de la santé, que l'on devrait plutôt appeler les coûts des soins, ils subissent une augmentation inexorable. On peut l'expliquer en partie par l'évolution démographique et technologique, mais surtout par une marchandisation croissante de la santé. En effet, on peut voir que le coût des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins atteint environ 8 milliards de francs par an, donc un quart du budget total, certains traitements pouvant atteindre 100 000 francs par année. On voit que les industries pharmaceutiques sont en position de force pour imposer leurs prix. Sans réforme drastique dans ce domaine, c'est



la viabilité du système qui est menacée.

Nous traitons aujourd'hui d'un projet de modification de la LAMal instaurant un train de cinq mesures, dont deux principalement pourraient permettre d'espérer une maîtrise des coûts. Dans la première, il est précisé que les patients vont recevoir une copie de leur facture et pourront la contrôler. La minorité Wasserfallen Flavia introduit la possibilité que les associations de patients puissent donner des conseils individuels aux patients. Cela leur permettrait de les aider à comprendre ces factures souvent incompréhensibles et de les contester si nécessaire. Cela leur permettrait également de renforcer les compétences des patients et de les responsabiliser.

En cas de surfacturation, ce sont non seulement les patients, mais aussi les assureurs et les cantons qui paient des suppléments.

La deuxième mesure introduit la possibilité de proposer des projets pilotes, mais le projet est trop restrictif à nos yeux et donne des pouvoirs trop étendus aux assureurs et aux fournisseurs de prestations. Plusieurs minorités que nous soutiendrons demandent en particulier que l'on introduise des notions de promotion de la santé.

En conclusion, nous soutiendrons ce projet, mais nous espérons que le prochain paquet de mesures visant à réduire les coûts de la santé sera rapidement proposé et que des mesures plus drastiques destinées à maîtriser les coûts seront discutées.

Lohr Christian (M-CEB, TG): Endlich ist es da: das Massnahmenpaket 1 zur Kostendämpfung in unserem Gesundheitswesen. Endlich können wir heute also intensiv und auch schon im Detail darüber diskutieren, wie wir die Kostenentwicklung in der Schweiz in den nächsten Jahren angehen wollen, damit eine breite, gute Gesundheitsversorgung für alle finanzierbar und gewährleistet bleibt.

Die Mitte-Fraktion macht sich seit jeher dafür stark, dass faire Regelungen für alle Partner des Gesundheitsmarkts getroffen werden, die aber stets zum Wohle der Patientinnen und Patienten sind. Wir sehen echten Handlungsbedarf, damit besonders auch die Prämienbelastung, namentlich für Familien der breiten Mittelschicht, sich nicht noch mehr in Sphären hineinbewegt, die nicht mehr verkraftbar sind. Es muss etwas getan, es muss etwas bewegt werden. Es kann etwas bewegt werden, und ich bin sicher, es wird sich in nächster Zeit auch etwas bewegen.

Wir müssen die aufgegleiste Debatte jetzt führen und Entscheidungen treffen. Die Diskussion in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, aber auch schon der Umgang mit vielen Vorstössen von unserer Seite zuvor hat einiges deutlich gemacht: Es geht hier um einen entscheidenden Bereich, um einen Bereich auch, in dem einiges an Geld verdient werden kann. Unserer Ansicht nach ist in der jüngsten Zeit dann aber immer wieder zu fest und zu einseitig nur davon gesprochen worden, dass unser Gesundheitssystem eine gute, ja eine sehr hohe Qualität aufweise. Es ist ein gutes Gesundheitssystem, das wir nicht erst jetzt während der Corona-Pandemie zu schätzen gewusst haben. Was in diesen Gesprächen, in diesen Anhörungen mit den verschiedenen Interessenvertretern aber klar zum Vorschein kam, ist, dass es vielerorts etwas an Mut fehlt. Es fehlt vielleicht auch an einer tiefgründigeren Einsicht oder, sagen wir, vielleicht auch an der Aussicht, wie man mit Modifikationen umgehen kann und soll.

Es ist nun aber unsere Aufgabe, dass wir uns mit den Mechanismen des Gesundheitswesens beschäftigen, damit wir Wege finden, um die Kostendämpfung voranzutreiben. Hat der Bund in den vergangenen Jahren seine Hausaufgaben wirklich immer gemacht? Können sich die Versicherer, die Ärzte, die Pharmaindustrie, die Apotheker und andere Leistungserbringer in den therapeutischen Bereichen jetzt, wenn wir über neue Wege debattieren, aus der Verantwortung ziehen? Können sie sagen, sie wollten jetzt nicht mit innovativen, neuen Ideen mit dabei sein, um voranzugehen und neue Zukunftsmodelle zu entwickeln? Man darf aber auch die Frage stellen: Welche Rolle haben die Patientenorganisationen in dieser ganzen Thematik? Nein, es geht heute eben nicht darum, Schwarzer Peter zu spielen, das wäre absolut falsch verstanden. Denn Teil der gesamten Lösung, dies soll an dieser Stelle mit aller Deutlichkeit gesagt werden, müssen immer alle sein.

Die Vertreter unserer Fraktion haben den Beschluss mit vorangetrieben, dass das Massnahmenpaket 1 aufgeschnürt worden ist, damit endlich erste Entscheidungen getroffen werden. Zum einen wehren wir uns gegen die – ja, ich sage es einmal klar und deutlich – ewige Taktiererei in diesen Themenbereichen. Zum andern benötigen wir aber auch die Einsicht, dass gewisse Modellberechnungen, wenn sie seriös sein sollen, mehr Zeit brauchen und deshalb weitere offene Fragen erst in einem zweiten Schritt diskutiert werden können. Verschiedene Punkte sind aber bereits heute reif und können jetzt angesprochen und zu Ende geführt werden.

Es ist mehr als legitim, wenn wir uns unseren politischen Verantwortungen stellen und verlangen, dass beispielsweise Tarifpartner im Gesundheitswesen den Weg zu Einigungen suchen und beschreiten. Ebenso muss es ein Anliegen sein, die Leistungen vernünftig und korrekt verrechnen zu können. Angesprochen sind bei der



Rechnungskontrolle auch die beiden Themen Fairness und Transparenz, die heute als Standard gelten. Der Ruf nach verstärkter Nachvollziehbarkeit ist ja ebenso laut genug. Auf den Tisch kommt des Weiteren die Tariforganisation.

Auch muss ein modernes Gesundheitssystem über entsprechende Experimentierartikel verfügen, damit uns neue Ansätze in Pilotprojekten für die umfassend zu betrachtende medizinische Betreuung weiterbringen. Der Markt an Ideen scheint dabei grenzenlos zu sein. Auch wenn eine gewisse Achtsamkeit in diesem Sektor wirklich angezeigt scheint, ist Innovationsbereitschaft grundsätzlich positiv zu bewerten. Neue Wege zu beschreiten, bedeutet nicht automatisch, alles zu ändern und Bewährtes aufzugeben.

Ein noch zentraleres Thema wird künftig im Gesundheitsbereich die Digitalisierung darstellen. Die vielen Chancen gilt es hier zu nutzen und mit den Gefahren sorgsam umzugehen. Der Schutz des Persönlichkeitsrechts ist beim Datenaustausch jedoch immer zwingend zu berücksichtigen. Mit Bestimmtheit auch heute einiges zu reden geben werden die Pauschalen für ambulante Leistungen.

AB 2020 N 759 / BO 2020 N 759

Für die Mitte-Fraktion ist klar, dass das Massnahmenpaket 1a erst ein erster kleiner Schritt ist, um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen aktiv voranzutreiben. In dieser Vorlage werden wir gangbare Lösungen unterstützen, zu weit gehende Anträge und Vorschläge jedoch ablehnen. Die einzelnen Argumente werden Sie in der Detailberatung von meinen Delegationskollegen erfahren.

Ob wir den gewünschten Weg zu einer weiterhin für alle bezahlbaren Gesundheitsversorgung gehen können, hängt unter anderem aber auch von einem Aspekt ab, über den heute eigentlich gar nicht gesprochen wird: Für unser System ist es wichtig, dass in den einzelnen Bereichen, in den einzelnen Segmenten das gegenseitige Vertrauen in die Gesundheitsversorgung wieder gestärkt wird. Es sollen qualitativ gute, ehrlich erbrachte Leistungen sein, die auch so behandelt werden. Dazu gehört aber auch das eigenverantwortliche Handeln aufseiten der Patientinnen und Patienten.

Die Mitte-Fraktion ist einstimmig für Eintreten auf das Geschäft.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Selbstverständlich sind auch die Grünen für eine Optimierung von Steuerung und Finanzierung zur Kosteneindämmung im Gesundheitsbereich – dort, wo es Sinn macht. Deshalb werden wir auch auf die Vorlage eintreten. Wir sind auch überzeugt: Es gibt ein beträchtliches Sparpotenzial. In die Vorlage sind einige Punkte aufgenommen, für uns sind es allerdings nicht die wichtigsten. Wir haben in der Vergangenheit verschiedene Diskussionen geführt, die wir als verfehlte Kostendiskussionen bezeichnen, weil vor allem auf dem Buckel der Betreuung und der Pflege gespart wurde. Gespart wurde bei der Vorsorge, und gleichzeitig sind die Kosten und die Krankenkassenprämien gestiegen. Dafür wurden Teile des Gesundheitswesens in einen lukrativen Milliardenmarkt umgebaut. Speziell von einer ungenügenden Finanzierung betroffen sind die Langzeitpflege und die Spitex.

Wir haben grosse Probleme mit Tarmed und DRG. Sie schaffen Fehlanreize, sowohl für eine Überversorgung als auch für eine Unterversorgung, und beides ist sehr teuer. Wir haben einerseits zu viele unnötige Operationen. Wir haben andererseits aber auch fehlende Eingriffe, was dann auch wieder Folgekosten generiert. Hier wäre Sparpotenzial vorhanden, nicht zuletzt mit einer neuen Finanzierung, die wesentlich mehr das Prinzip der Vorsorge als einfach Zahlen beachtet.

Denn gerade die Corona-Krise hat gezeigt, dass das Gesundheitswesen systemrelevant ist; es hat sich gezeigt, dass wir zu wenig Pflegepersonal haben, in der Intensivpflege musste Überzeit geleistet werden, währenddem die Leute in anderen Abteilungen arbeitslos waren. Dieser Unsinn kommt von einem unnötigen Konkurrenzdenken, das anstelle einer guten Koordination herrscht. Es ist schon paradox, wenn Privatspitäler, die normalerweise über die Zusatzversicherung sehr gutes Geld verdienen, Kurzarbeit anmelden und damit staatliche Hilfe wollen. Das Vorsorgedenken hat gefehlt; wir hatten zu wenig Medikamente, zu wenig Schutzmaterial, und eben auch die gute Koordination hat gefehlt. Wäre dies gegeben gewesen, hätten wir eine gute Versorgung im Gesundheitsbereich erreichen können, inklusive dem Arbeitsgesetz.

Im Entwurf wurde nun wenigstens bei den Tarifen im ambulanten Bereich die nationale Organisation aufgenommen. Wir unterstützen das, es muss aber gemeinsam mit den Kantonen gemacht werden.

Selbstverständlich soll es für Patienten und Patientinnen eine Rechnung geben. Dass das überhaupt gesetzlich geregelt werden muss, erstaunt uns; wie gesagt, müsste es eine Selbstverständlichkeit sein. Es müssen Daten – für uns auch eine Selbstverständlichkeit – an Bund und Kantone herausgegeben werden. Diese Massnahmen fördern die Transparenz und die Eigenverantwortung und beinhalten ein Sparpotenzial. Deshalb soll es bei Nichteinhalten eine Busse geben.

Wir setzen sehr viel Hoffnung in den Experimentierartikel. Dort könnte tatsächlich Neues ausprobiert werden



– mehr Prävention, mehr Gesundheitsförderung, die Einführung von neuen Finanzierungsmöglichkeiten, nicht zuletzt mit einer öffentlichen Krankenkasse. Wir wollen eine Ausbildungsoffensive in der Pflege. Bis jetzt sind das leider alles Minderheitsanträge, aber wir hoffen auf eine Mehrheit.

Gar keine Freude haben wir an der Idee der Behandlungen im Ausland. Ist es tatsächlich so, dass wir unsere alten Eltern in Indien pflegen lassen wollen, weil es da billiger ist?

Es geht aber nicht nur um das Einsparen von Kosten. Es geht auch um eine Überprüfung, wie die Finanzierung durch die öffentliche Hand gemacht wird. In den letzten fünfzig Jahren hat sich die öffentliche Hand zurückgezogen, immer mehr mussten Prämienzahler und -zahlerinnen übernehmen. Das geht für uns nicht. Wir müssen wegkommen von der unsozialen Kopfprämie, dafür braucht es mehr Finanzierung durch die öffentliche Hand. Wir hoffen auf die Prämiententlastungs-Initiative, über die wir bald abstimmen werden.

In der Gesamtabstimmung werden wir uns – je nach Abstimmungsergebnis bei den Minderheiten – mehr oder weniger zustimmend verhalten.

Porchet Léonore (G, VD): Notre système de santé est basé sur les efforts démesurés que fait la population pour le financer. Ce constat fait du thème abordé aujourd'hui une urgence. Avant de commencer, il semble important de rappeler que notre devoir ici n'est pas de favoriser l'appétit mercantile des assureurs-maladie ou des groupes pharmaceutiques, mais bien de représenter nos électeurs et électrices qui aimeraient voir leurs primes maladie baisser. En la matière, le projet du Conseil fédéral est donc un premier pas dans la bonne direction, porté par une démarche d'expertise et de consultation qu'il faut saluer. Mais les Verts soutiendront ce projet sans enthousiasme, car à aucun moment il ne remet en question le système lui-même – un système bourré de mauvais incitatifs, de manque de solidarité; un système qui monte les acteurs les uns contre les autres et qui ne laisse aucune place aux patients et aux patientes. Il est pourtant indispensable de donner les moyens aux patients de collaborer au système de la santé et aux projets de soins qui les concernent. Cela permettra autant d'améliorer la qualité des soins que de favoriser l'adhésion aux prescriptions médicales. Pour y parvenir, il faut consacrer un peu de temps pour réfléchir à la qualité humaine et technique des soins avant de penser aux coûts et de voir la santé comme un vaste marché économique où il y a de l'argent à gagner et à économiser. Il faut aussi donner aux patients plus de pouvoir direct, en s'assurant que leurs compétences et leur volonté ont une place considérable, et considérée, sur le plan thérapeutique. Nous devons leur donner les moyens de participer à l'amélioration et à l'optimisation du système.

C'est pourquoi nous soutiendrons la proposition de la minorité Wasserfallen Flavia à l'article 59abis, qui constitue un premier petit pas dans cette direction.

Notre rapport à la médecine et à la santé en général doit donc être repensé à l'échelle humaine et locale en favorisant notamment les professions qui créent du lien et qui permettent la coordination des soins, la prévention et la promotion de la santé. Je pense aux médecins de famille et au personnel infirmier en particulier. Leur formation doit être encouragée, leur salaire revalorisé, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée rendue possible. Ces investissements, auxquels vise l'initiative "pour des soins infirmiers forts", rendront à terme le système plus efficient, tout en renforçant un service public qui a démontré toutes les facettes de son caractère indispensable pendant la crise du coronavirus. Ainsi, face aux dysfonctionnements, nous devons repenser notre système de manière courageuse et abandonner les vieilles recettes d'optimisation économique sur le dos de l'infrastructure, de la qualité des soins et de la santé du personnel médical. Nous devons ouvrir les champs des possibles. Malheureusement, le Conseil fédéral nous propose un projet qui n'a pas cette envergure.

L'article 59b relatif aux essais pilotes permettant d'imaginer des fonctionnements qui sortent du cadre actuel de la LAMal en est le meilleur exemple. L'impression que donne sa lecture est que le Conseil fédéral répond surtout aux demandes de longue date des groupes d'assurance-maladie, en proposant par exemple le retour de la limitation du choix du médecin, pourtant rejetée encore et encore par la population.

AB 2020 N 760 / BO 2020 N 760

Le groupe des Verts vous propose donc plusieurs minorités pour améliorer cet article, portant en particulier sur des essais dans le domaine de la prévention et de la promotion des soins. Nous demandons aussi la possibilité de tester enfin la caisse unique à un niveau cantonal. Bureaucratie, salaires de direction indécents, frais de publicité, chasse aux bons risques, intimidation administrative des assurés, refus de remboursement de prestations médicales pourtant sur ordonnance, rémunération de politiciens peu scrupuleux, incapacité à répondre à l'explosion des coûts: nous vous proposons d'essayer autre chose que ces caisses-maladie privées qui cherchent à faire du fric avec notre santé.

Pour les Verts, ce projet part d'une bonne intention sans toutefois s'attaquer aux principes problématiques de notre système de santé et à ses déficits les plus graves: un système de financement qui incite à la surpres-



cription de prestations et de médicaments; un soutien complètement insuffisant à la prévention, à la promotion de la santé et à la coordination des soins; un manque flagrant de solidarité entre riches et pauvres, alors que les ménages économiquement modestes sont oubliés et plient sous le poids des primes.

Parce que la recette n'est pas à la hauteur de l'urgence, les Verts la soutiendront sans enthousiasme.

Nantermod Philippe (RL, VS): Le 24 août 2017, un groupe d'experts rend son rapport avec près de 40 mesures à la clé pour apporter enfin des solutions aux coûts du système de santé, qui continuent à augmenter année après année. Le 21 août 2019, presque deux ans après la remise du rapport du groupe d'experts, le Conseil fédéral publie son message. Entre-temps, il a pu consulter et écouter les experts. Enfin, il a présenté aux commissions de notre Parlement des propositions pour réformer le système de santé. Ce sont là des propositions qui apporteraient de petites corrections de notre système de santé. Il n'y a rien qui viserait à changer fondamentalement le système. Il n'y a rien d'extrêmement ambitieux, mais toutes ces propositions restent néanmoins nécessaires.

Le groupe libéral-radical soutient dans l'ensemble les propositions qui ont été faites. Finalement, ce n'est que la moitié des propositions qui ont été formulées par le groupe d'experts qui arrive sur la table des commissions. Et ces mêmes commissions, comme les rapporteurs l'ont dit, ont encore divisé par deux ces propositions pour ne garder finalement que celles qui étaient les moins susceptibles de rencontrer une opposition. Parce qu'on le sait, dans le domaine de la santé, il est extrêmement difficile de former des majorités et d'approuver des réformes.

Pourtant, le temps court. La population de notre pays attend des changements dans le système de santé. Pas forcément des changements extrêmement profonds: la population ne veut pas mettre à bas, supprimer, démolir un système qui est reconnu comme étant un des systèmes les plus performants du monde. On l'a vu ces dernières semaines dans le cadre de la crise du coronavirus: quoi qu'on en dise, quoi qu'en on pense, nous n'avons pas fait face à une pénurie de lits d'hôpitaux; nous n'avons pas fait face à une pénurie de matériel médical. Globalement, nous avons le personnel nécessaire, nous avons le dispositif nécessaire pour faire face à une des plus grosses pandémies que notre pays ait eu à connaître. Notre système de santé est de qualité, mais il coûte trop cher. L'évolution des coûts, surtout, n'est pas maîtrisée, et c'est pour cela que nous avons besoin des mesures qui sont proposées.

Le problème dans le système de santé, c'est que ce n'est jamais la faute de personne. Il y a une capacité extraordinaire, quand on écoute les professionnels de la santé, à se refiler la patate chaude. Lorsque vous pointez du doigt un problème dans le monde hospitalier, c'est le problème des médecins en réalité. Lorsque vous posez la question aux médecins, le problème des coûts vient des assurances. Lorsque vous posez la question aux assurances, c'est le problème des entreprises pharmaceutiques. Mais, en réalité, on le sait bien, dans un domaine où plus de 30 milliards de francs sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la responsabilité est partagée. Si nous voulons freiner l'augmentation des coûts, il faudra que la responsabilité soit assumée par tous les acteurs du système.

Les libéraux-radicaux veulent un système de santé de qualité. Nous l'avons et nous voulons le maintenir. Nous voulons assurer la transparence dans ce domaine et nous voulons une maîtrise des coûts. Tout cela doit passer par la liberté de choix du patient. C'est pour cette raison que nous soutiendrons la proposition de transmettre la copie de la facture à l'assuré, parce qu'il faut que l'assuré sache ce qu'il coûte, comprenne les prestations qui ont été dispensées et puisse s'assurer lui-même que la facturation corresponde à la prestation qui a été fournie.

C'est pour cela que nous soutiendrons les forfaits ambulatoires, parce que nous avons pu tester les forfaits dans le stationnaire avec un certain succès. C'est pour cela que nous soutiendrons la mise en place d'une structure tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire, qui permettra aussi de faire évoluer un tarif ayant malheureusement été excessivement bloqué ces dernières années. C'est pour cela que nous soutiendrons aussi les sanctions en cas de violation des obligations qui existent dans la loi sur l'assurance-maladie, notamment en ce qui concerne la qualité des soins et l'efficacité économique des prestations qui sont fournies. C'est pour cela aussi que nous soutenons les projets pilotes, parce qu'il faut essayer, essayer, et toujours essayer, pour trouver des solutions qui permettront ensuite d'améliorer le système de santé, qui pèse plus de 10 pour cent du produit intérieur brut.

Mais ce n'est pas assez, les propositions qui sont sur la table aujourd'hui ne permettront pas de réformer durablement notre système de santé. Le groupe libéral-radical veut davantage, il veut aussi le monisme dans le système de santé, le projet dit EFAS, nous en avons besoin. Nous voulons plus de concurrence entre les fournisseurs de prestations, non seulement pour renforcer la qualité, mais aussi pour maîtriser les coûts. Nous voulons plus d'innovation dans les modèles d'assurance et nous voulons enfin le dossier électronique du



patient que l'on nous promet depuis des années.
Les Suisses attendent des mesures, pas des excuses.

Mäder Jörg (GL, ZH): Die Schweiz hat ein exzellentes Gesundheitssystem, was unter anderem einer der Gründe für unsere hohe Lebenserwartung ist. Die Schweiz hat aber auch ein teures und ein bezüglich seiner Finanzierung sehr komplexes Gesundheitssystem. Wohlgemerkt ist die Finanzierung des Gesundheitssystems weltweit ein schwieriges Unterfangen; wir stehen hier nicht alleine da.

Die Kosten fallen nicht gleichmässig an, weder bezüglich Alter noch bezüglich Einzelpersonen. Während Gesunde und solche, die sich nur landläufige Krankheiten wie einen Schnupfen einfangen, ihre Kosten oft recht einfach im Griff haben, sind andere bedingt durch schwere Krankheiten, Geburtsgebrechen oder Unfälle oft kaum Herr der Lage. Auch zeigen sich Auswirkungen oft erst stark verzögert. Wer auf der Notfallstation liegt, wird kaum die Musse haben, sich eingehend mit der Situation zu beschäftigen.

Das alles und noch mehr macht es für den Einzelnen schwer, stets die korrekten Entscheidungen zu treffen. Es macht es für die Gesellschaft schwer, zu definieren, was unter Selbstverantwortung geht und was wir als Gesellschaft via staatliche Finanzierung oder Versicherungen, insbesondere obligatorische Versicherungen, leisten. Kurzum: Das Ganze ist kompliziert, emotional und ethisch aufgeladen – beste Voraussetzungen dafür, dass die Finanzierung nicht das ist, was sie sein sollte, nämlich zielgerichtet, effektiv und effizient.

Entsprechend lang und episch sind die Diskussionen darüber, was anders sein sollte, und die Listen der möglichen Vorschläge. Der Bundesrat hat sich einen Bericht von Experten unter der Führung der ehemaligen Ständerätin Verena Diener erstellen lassen. Darauf basierend hat er einen Massnahmenkatalog erstellt und ihn in zwei Blöcke aufgeteilt. Die SGK-N hat den ersten Block wiederum in zwei geteilt.

In der Kommission wurde diese Aufteilung heftig diskutiert. Wäre es nicht sinnvoller, das Ganze als einen Block zu betrachten? Ich finde klar: nein. Der Bundesrat hat das Ganze schon aufgeteilt. Die Ein-Block-Frage ist damit bereits

AB 2020 N 761 / BO 2020 N 761

beantwortet. Aber selbst wenn dies nicht der Fall wäre, fände ich die Aufspaltung sinnvoll. Viele dieser Massnahmen, wenn nicht die allermeisten, können auch für sich selber stehen. Man könnte sie einzeln als Vorstoss einreichen und sauber behandeln. Es besteht also kein innerer Zwang, keine Einheit der Materie, die eine gemeinsame Beratung erfordert.

Das andere Argument für eine gemeinsame Behandlung wäre die Option, die Massnahmen gegenseitig auszutarieren. Das klingt hübsch. Oder weniger hübsch formuliert: Lasst uns Kuhhandel betreiben! Ja, manchmal ist das notwendig, trotzdem sollten wir es möglichst selten tun. Wir sollten die Massnahmen für sich, einzeln, betrachten und bewerten und sollten es akzeptieren, wenn wir in der Minderheit sind. Wenn nicht, gewichten wir Deals höher als sinnvolle Überlegungen und Entscheide. Das provoziert unsorgfältige Entscheide einerseits, Machtpoker und Blockaden andererseits. Ich glaube nicht, dass das unsere Aufgabe ist.

In diesem Paket 1a finden Sie die Massnahmen aus dem Paket 1 des Bundesrates, bei denen die Kommission schnell entscheidungsfähig war. Das heisst nicht, dass wir einer Meinung waren, sondern dass die vorgelegten Unterlagen und die geführten Diskussionen ausreichend waren, um sich eine Meinung zu bilden, selbst wenn die einzelnen Meinungen auseinandergingen. Andere Aspekte, insbesondere das Referenzpreissystem bei Arzneimitteln, benötigen deutlich mehr Einarbeitung, sodass wir sie in das Paket 1b verschoben haben.

Die grünliberale Fraktion strebt ein humanes, innovatives und gerechtes Gesundheitssystem an. Die Welt ist im stetigen Wandel, auch das Gesundheitssystem. Die aktuelle Corona-Krise hat dies nicht grundsätzlich geändert, eher akzentuiert und beschleunigt. Es ist wichtig, dass wir neue Entwicklungen, Möglichkeiten und Erkenntnisse zeitnah einfließen lassen. Wir wollen das Gesundheitssystem kontinuierlich weiterentwickeln und nicht auf grosse Würfe hoffen, die dann wieder Jahrzehnte halten müssen. Wir setzen auf Information und Transparenz, auf klare, verständliche Strukturen. Wir setzen auf Digitalisierung und Innovation, speziell im Gesundheitswesen, ohne dabei den Datenschutz und die menschlichen Aspekte aus den Augen zu lassen. Es geht nicht darum, dass die digitale Welt den Menschen ersetzt. Im Gegenteil, sie soll ihn unterstützen und entlasten, sodass der Mensch dort seine Stärke ausspielen kann, wo er unersetzlich ist: im persönlichen Kontakt.

Die grünliberale Fraktion beantragt Eintreten.

Berset Alain, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est très heureux qu'il soit enfin possible de discuter de ce projet avec vous toutes et tous. C'est effectivement une longue histoire qui a conduit à ce projet – cela a été rappelé; je vais brièvement y revenir. Je vais rappeler quelques éléments fondamentaux.

La Suisse dispose d'un excellent système de santé mais ses coûts augmentent de manière disproportionnée.



Si vous regardez la situation, de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, en 1996, à 2017 – une période de vingt ans –, les coûts bruts à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour laquelle on paie des primes, ont presque triplé: ils sont passés de 12 milliards de francs à 32 milliards de francs. Et, en moyenne, les primes d'assurance-maladie ont augmenté de presque 4 pour cent chaque année. Il est clair que c'est trop. Le Conseil fédéral est très conscient de cette problématique.

Dans la stratégie de santé 2020, fixée en 2013 déjà, on avait abordé cette question. Elle avait également été abordée dans les objectifs pour la législature 2015–2019: nous avons fixé comme objectif de corriger, là où c'était possible, cette situation, avec un financement durable du système de santé – cela reste un des objectifs de la stratégie de santé 2030.

Il y a déjà eu quelques effets positifs, dans le cadre des compétences du Conseil fédéral, avec le réexamen des médicaments, qui a lieu tous les trois ans. Vous savez que ce réexamen a été effectué de manière très constante et très marquée depuis 2012/2013. Il l'a été en 2019, avec à la clé des économies qui se montent à près de 450 millions de francs dans ce domaine.

Il y a un deuxième élément que j'aimerais mentionner, c'est la révision du Tarmed avec la deuxième intervention du Conseil fédéral, qui a permis d'avoir une certaine maîtrise des coûts l'année qui a suivi – en 2018, les coûts n'ont augmenté que de 0,7 pour cent –, ce qui nous a permis pour les années 2018 à 2020 d'avoir une évolution des primes relativement mesurée. Mais c'est un travail qui ne s'arrête jamais. Dans ce cas, il y a eu un effet, mais cela ne va pas continuer de la même manière sans que d'autres mesures soient prises.

C'est la raison pour laquelle il faut continuer à maîtriser les coûts de la santé.

L'historique a été rappelé. Nous avons demandé à un groupe d'experts de présenter des mesures. Ce groupe a été unanime – c'est suffisamment intéressant et rare pour le mentionner – et nous a livré un rapport qui présentait 38 mesures avec un potentiel d'efficacité. Toute une partie de ces mesures étaient déjà réalisées, une autre partie était déjà en cours, mais une autre partie encore ne l'était pas. Nous avons saisi l'occasion de ce rapport d'experts pour élaborer des projets complémentaires, et avons souhaité transmettre deux paquets au Parlement. Vous avez le premier sous les yeux; il vous a été transmis en août 2019. Le deuxième paquet devrait être mis en consultation très prochainement.

Il s'agit ici de s'adresser directement à l'ensemble des acteurs du système de santé: les fournisseurs de prestations, les assureurs, les cantons, l'industrie pharmaceutique, les assurés eux-mêmes, qui tous et toutes peuvent, et même doivent, prendre davantage de responsabilités pour que notre système de santé reste financièrement viable.

Il faut agir dans tous les domaines où cela est possible, je l'ai dit. Les quatre grandes catégories de coûts sont connues: le stationnaire hospitalier; l'ambulatoire; les médicaments; l'ambulatoire hospitalier. Les mesures du premier volet visent particulièrement le domaine ambulatoire. Le second volet, je vous l'ai dit, est prévu pour le deuxième semestre 2020; il devrait être mis en consultation dans l'intervalle.

Il est difficile à ce stade de dire quel est le potentiel d'économies. Nous avons une situation dans laquelle, avec le progrès technique et le vieillissement de la population, les coûts de la santé augmentent. Il s'agit donc de les freiner.

Il est relativement difficile d'envisager ou d'évaluer le potentiel concret de chacune des mesures. Suite à une analyse d'impact de la réglementation on a estimé, par exemple, que l'introduction d'un système de prix de référence dans le domaine des médicaments permettrait des économies annuelles de 310 à 480 millions de francs. Pour les autres, il est difficile de les chiffrer précisément.

Le 21 février dernier, votre commission a décidé, à l'unanimité, d'entrer en matière sur le projet. Il nous paraissait clair également que le premier paquet reprenait des mesures qui nous paraissaient jusque-là relativement peu contestées, ou assez fortement soutenues. Selon l'appréciation de votre commission, c'était un peu plus compliqué que cela. La commission a donc déjà décidé de scinder en deux ce premier paquet. On est donc à la moitié de la moitié de l'effort que souhaite le Conseil fédéral dans ce domaine, comme le disait le rapporteur. Vous avez donc maintenant un premier paquet 1a.

Pour vous dire franchement, nous estimions, il y a encore un ou deux ans, qu'il s'agissait là de mesures qui étaient incontestables et qui n'allaient pas poser de problèmes pour entrer rapidement en vigueur. On constate aujourd'hui que c'est déjà un peu plus compliqué.

Je ne dresserai pas toute la liste, mais le volet 1a concerne notamment la question de la copie de la facture pour les assurés – qui peut être contre une telle idée? –; la promotion des forfaits dans le domaine ambulatoire; l'organisation tarifaire nationale; le maintien de la structure tarifaire à jour; le montant maximal de l'amende, tandis que des articles visent à permettre des projets pilotes. Il s'agit d'autant d'éléments qui ont été depuis longtemps demandés et pour lesquels une réalisation aussi rapide que possible est souhaitée.

Quelques modifications sont proposées par votre commission, nous allons pouvoir en discuter tout à l'heure.



Nous souhaitons que les travaux puissent avancer rapidement. Il y a d'autres mesures, les mesures restantes telles que celles

AB 2020 N 762 / BO 2020 N 762

portant sur le prix de référence dans le domaine du médicament où l'on sent que cela ne va pas être une promenade de santé – si vous me permettez l'expression. Il y a également les mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts – ce ne sera pas simple non plus – et celles en lien avec le droit de recours des assureurs; elles forment le volet 1b qui sera abordé prochainement par votre commission.

Ces réformes sont nécessaires. Et j'ai apprécié les interventions qui ont été faites dans le débat d'entrée en matière. Les interventions doivent être suivies d'actes, évidemment. Il s'agit d'entrer en matière et de pouvoir trouver un chemin qui permettent de réunir une majorité dans les deux conseils, un chemin qui conduise à l'entrée en vigueur de la réforme afin qu'elle puisse déployer ses effets.

Nous avons relevé ensemble toute une série d'éléments pour lesquels des révisions sont absolument nécessaires. Vous avez un premier train de mesures sur la table. J'aimerais vous inviter à entrer en matière et à vous permettre, à nous permettre d'avancer ensemble sur la voie de la maîtrise des coûts de la santé.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Der Minderheitssprecher hat der Kommission bei der Reform des Krankenversicherungsgesetzes "ein Gewurstel" unterstellt. Diese Aussage möchte ich nicht so im Raum stehenlassen, denn er forderte gleichzeitig, dass endlich die Mehrfachrolle der Kantone angegangen werden müsse. Da muss ich einfach darauf hinweisen, dass das Gesundheitswesen eine Sache der Kantone ist und wir auf Bundesebene die Krankenversicherung regeln. Man kann mit der Krankenversicherung nicht generell den Föderalismus, d. h. eine verfassungsmässige Aufgabe der Kantone, übersteuern. Wenn wir den Föderalismus in diesem Bereich auflösen wollen, wenn wir den Kantonen effektiv Rollen wegnehmen wollen, dann braucht es eine Verfassungsänderung. Solange wir diese Verfassungsänderung nicht haben, müssen wir im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes Optimierungen zustande bringen.

Es sollte inzwischen eigentlich klar sein, dass wir generell in den Sozialversicherungen, auch im Krankenversicherungsbereich, nur mit kleinen Schritten vorankommen. Das haben wir bei der Krankenversicherung in den letzten Jahren getan. Wir haben vor einem Jahr die Qualitätsvorlage verabschiedet; wir haben heute die Zulassungssteuerung verabschiedet, welche den Kantonen das Recht gibt, als zentralen Kostendämpfungsbeitrag die Zuwanderung von ausländischen Ärzten eigenständig zu regeln; und wir haben nun einen ersten Teil des Kostendämpfungspaketes vorliegen, welcher in drei Bereichen Systemverbesserungen bringen wird.

Erstens geht es um eine Intensivierung der Rechnungskontrolle mit stärkerem Einbezug der Versicherten, die geschieht, damit sie ihre Rechnung überhaupt bekommen und zusammen mit ihrem Versicherer kontrollieren können.

Zweitens geht es um eine Tariforganisation für die Erarbeitung und Weiterentwicklung ambulanter Tarife analog Swiss DRG. Wir wissen, dass wir mit Swiss DRG grosse Erfolge haben und weniger Blockaden als im ambulanten Bereich. Deshalb ist eine solche Organisation nötig.

Drittens ist auch der Pilotartikel, dieser Experimentierartikel, ein wesentliches Element. Der Pilotartikel ist eine der zentralen Massnahmen der Expertenkommission. Es ist zwar richtig, dass bereits heute verschiedene Möglichkeiten für die Tarifpartner bestehen, im Rahmen des KVG zu experimentieren – aber eben im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes. Ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes geht das nicht. So wollte beispielsweise der Kanton Glarus ein Pilotprojekt machen, um eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu testen, konnte dies aber nicht, weil es gegen zwingende Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes verstösst. Es braucht daher einen solchen Experimentierartikel, der es Versicherern und Leistungserbringern ermöglicht, ausserhalb des engen Rahmens des KVG Vereinbarungen abzuschliessen.

Zusammenfassend bitte ich Sie, auf diese wichtige Vorlage einzutreten und dann auch den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Maillard Pierre-Yves (S, VD), pour la commission: Après ce débat d'entrée en matière, qui n'est pas le premier et qui ne sera sans doute pas le dernier que nous aurons sur la croissance des coûts de la santé, permettez-moi d'évoquer ici un petit souvenir personnel. C'était lors d'une de ces séances où les acteurs du domaine de la santé se réunissent pour discuter de l'évolution des coûts et de la manière de mieux les maîtriser. Vous aviez à cette séance des représentants des pharmas, des fournisseurs de prestations, des médecins, des spécialistes, des distributeurs d'équipements, des représentants des hôpitaux et, évidemment, des fabricants de toutes sortes d'équipements remboursés par la LAMal. Le sujet de la table ronde était; comment maîtriser



le mieux les coûts de la santé? Invité à répondre à cette question, j'avais demandé que ceux qui avaient prévu pour l'année suivante une évolution du chiffre d'affaires inférieure ou égale à la hausse du coût de la vie lèvent la main. Ni les hôpitaux, ni les médecins, ni les spécialistes, ni les fabricants d'équipements, ni les pharmas n'avaient prévu une évolution du chiffre d'affaires inférieure ou égale à celle du coût de la vie! Chacun de ces milieux avait prévu une croissance de son chiffre d'affaires largement supérieure à l'évolution du coût de la vie. Dans ces conditions, la somme de ces comportements qui consistent à fournir des prestations et à, si possible, augmenter son chiffre d'affaires, ne peut pas aboutir à des coûts de la santé maîtrisés. C'est la raison pour laquelle il est bien nécessaire qu'un acteur essaie un tout petit peu de maîtriser cette croissance des prestations, cette croissance des chiffres d'affaires, cette croissance des profits. Et cet acteur, dans le système que nous connaissons, cela ne peut être que l'Etat, l'Etat fédéral en l'occurrence, qui essaie ici d'obtenir un certain nombre de compétences ou, dans certains cas également, l'Etat à l'échelle cantonale.

Mais chaque fois que l'Etat essaie de proposer des réglementations, de proposer des mesures de maîtrise des coûts, chacun des milieux essaie de s'y opposer. C'est ce que nous constatons dans la démarche initiée par le Conseil fédéral au sujet des mesures proposées par les experts. Nous voyons à quel point, dès la procédure de consultation, on a déjà une première réduction. Le Conseil fédéral, sachant à quelles difficultés il s'exposera, opère une première réduction. La commission en opère une seconde et, enfin, notre conseil essaie quand même d'en tirer quelque chose.

C'est un résumé assez fataliste, mais qui ne doit pas nous décourager. Nous avons ici quelques mesures qui vont dans le bon sens. Nous vous invitons à entrer en matière mais, encore une fois, nous devons être tous très conscients que, sans régulation par l'Etat fédéral ou par les cantons, il n'y a aucun espoir que l'évolution des coûts de la santé à la charge de l'assurance-maladie et à la charge des payeurs de primes puisse rejoindre peu ou prou l'évolution du coût de la vie. C'est la raison pour laquelle il faut entrer en matière et essayer – quand bien même c'est difficile – de progresser.

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Nous votons sur la proposition de non-entrée en matière de la minorité de Courten.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20473)

Für Eintreten ... 139 Stimmen

Dagegen ... 52 Stimmen

(0 Enthaltungen)

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1a) **2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a)**

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Ersatz von Ausdrücken

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

AB 2020 N 763 / BO 2020 N 763

Titre et préambule, ch. I introduction, remplacement d'expressions

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Block 1 – Bloc 1

Rechnungskopie für Versicherte, maximale Bussenhöhe

Transmission à l'assuré d'une copie de la facture, montant maximal de l'amende



de Courten Thomas (V, BL): Ich habe es beim Eintreten gesagt: Statt geltendes Recht durchzusetzen, will man das KVG hier verschlimmbessern. Geltendes Recht ist hier gemäss Artikel 42 Absatz 3: "Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen."

Bekanntlich kennen wir grundsätzlich zwei Systeme bei der Erstattung von Rechnungen: das System des Tiers garant und das System des Tiers payant. Im ersten Fall, dem Fall des Tiers garant, stellt der Leistungserbringer, also zum Beispiel der Arzt oder das Spital, dem Patienten die Rechnung zu. Dieser kontrolliert und bezahlt sie und schickt dann der Krankenkasse die Rechnung zur Rückerstattung weiter, abzüglich der eigenen Kostenbeteiligung. Ergo hat der Versicherte in diesem Fall nicht nur eine Kopie, sondern sogar das Original der eigenen Rechnung in Händen. Im zweiten Fall, im Fall des Tiers payant, schicken Arzt, Spitäler oder oft auch Pflegeheime und Apotheken ihre Leistungsabrechnung direkt der Krankenversicherung. Die Krankenkasse bezahlt den kompletten Betrag. Anschliessend schickt die Krankenkasse ihrem Patienten bzw. Versicherten eine Leistungsabrechnung zu und stellt die Kostenbeteiligung und die nicht versicherten Leistungen in Rechnung. Diesen Betrag zahlt der Patient bzw. der Versicherte dann an die Krankenkasse zurück.

Genau dazu sagt nun eben geltendes Recht: Auch im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Das ist heute schon geregelt, aber es ist offenbar noch zu wenig geregelt und noch unklar, ob der Aussteller der Rechnung diese Kopie anfertigt und versendet oder eben die Versicherung.

Der Bundesrat will nun den Leistungserbringer dazu verdonnern, diese Kopie auszustellen; Ihre Kommission will nicht den Leistungserbringer, sondern die Versicherung dazu verdonnern. In jedem Fall lässt sich das aber im geltenden Recht regeln, denn der Bundesrat regelt ohnehin die Einzelheiten – auch das ist geltendes Recht. Deshalb stelle ich meinen Minderheitsantrag II auf Streichen bzw. auf die Fassung gemäss geltendem Recht. Wenn Sie diesem Antrag nicht zustimmen können, dann bitte ich Sie, mindestens meiner Minderheit I zuzustimmen. Die Mehrheit der Kommission nimmt sie zwar auf; die Versicherungen sollen eben zu dieser Kopielieferung verdonnert und den Kunden soll die zusätzliche Kopie zugestellt werden – wir reden übrigens von 140 Millionen Rechnungen pro Jahr. Aber zumindest soll die Möglichkeit bestehen, diese Rechnungskopie auf einem Webportal elektronisch zu hinterlegen, statt zwingend postalisch zu versenden.

Die Minderheit Wasserfallen Flavia, wenn ich zu dieser auch gleich sprechen darf, die neue Finanzhilfen, also Pfründen für rechnungsprüfende Patientenorganisationen, einrichten will, bitte ich Sie abzulehnen. Die professionelle Rechnungsprüfung obliegt der Versicherung. Zudem soll die Rechnung explizit verständlich und nachvollziehbar sein, und zwar für den Patienten und nicht für Dritte.

In diesem Sinn danke ich Ihnen für die Unterstützung meiner Minderheitsanträge.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Wissen Sie, was eine "Refraktionsbestimmung, subjektiv, beidseitig" ist? Ich nicht, und Ueli wusste es auch nicht. Aber diese Behandlung erschien jeweils auf vier Spitalrechnungen, Kosten insgesamt fast 200 Franken. Nach sechs Monaten Internetrecherchen, Telefonaten und x E-Mails wurde ihm schlussendlich in einer Begegnung mit dem Chefarzt des Spitals mitgeteilt, dass es sich um einen Fehler handle. Er deutete ebenfalls an, dass diese Position vom Spital systematisch verrechnet würde. Das Geld wurde dann zurückerstattet.

Rechnungen sind für viele Patientinnen und Patienten undurchsichtig, nicht nachvollziehbar und kompliziert. Es ist nicht weiter erstaunlich, dass in regelmässigen Umfragen zwei Drittel der Versicherten angeben, dass sie Mühe mit der Lesbarkeit der Arztrechnung haben.

Noch ein weiteres Beispiel, das zeigt, wie wichtig es wäre, dass Patienten die Rechnungen genau anschauen: Oswald Bandi hat nämlich nicht schlecht gestaunt, als er eine Rechnung des Inselspitals über einen Betrag von 3200 Franken erhalten hat, obwohl die angekündigte, geplante Operation nicht stattgefunden hat und er auch keine andere Behandlungen erhalten hat. Auch er musste einen langwierigen Parcours durchlaufen und die Ombudsstelle hinzuziehen, bis schliesslich ein Teil der Rechnung zurückerstattet wurde.

Das sind leider keine Einzelfälle. Die Zahl der Anfragen bei den Patientenstellen in Zusammenhang mit Abrechnungsproblemen hat sich im Zeitraum zwischen 2016 und 2019 verdoppelt. Hier liegt ein Einsparpotenzial brach. Das sage nicht ich, sondern der Expertenbericht, der am 24. August 2017 veröffentlicht wurde und ja eigentlich diesem ganzen Kostendämpfungspaket zugrunde liegt respektive vorausgegangen ist.

Ich bin überzeugt, dass wir Gesundheitskosten einsparen können, wenn wir die Rolle und Kompetenzen der Patientinnen und Patienten stärken. Die zwingende Zustellung der Rechnungskopie, wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wurde und auch von der Mehrheit der Kommission unterstützt wird, ist wichtig, ist auch gut. Aber damit haben wir noch keinen einzigen Franken eingespart. Wenn ich die Rechnung erhalte, aber diese nicht verstehe oder wenn etwas unklar ist, sollte ich mich als Patientin bei Bedarf doch an eine Patientenstelle wenden können. Nur dort werde ich fachlich und auch unabhängig beraten und unterstützt.



Je demande, avec ma proposition de minorité, la possibilité pour la Confédération de mandater les associations de défense des patients pour conseiller les assurés qui souhaitent contrôler leurs factures. Ce contrôle des factures individuel ne remet pas en question le contrôle sur une base statistique effectué par les caisses-maladie, mais il le complète. Et il offre une réponse à la prise de conscience toujours plus forte qu'ont les assurés de l'augmentation des coûts de la santé et leur permet de participer, à leur échelle, aux mesures visant à éviter des coûts inutiles ou injustifiés.

Je vous remercie de votre soutien à ma proposition de minorité.

Dieses subsidiäre Angebot für Patientinnen und Patienten würde helfen, tatsächlich Gesundheitskosten einzusparen. Dieses Angebot stellt auch die bestehende Rechnungskontrolle, wie sie durch die Krankenkassen durchgeführt wird, nicht infrage, sondern würde diese ideal ergänzen. Denn am Ende wissen nur die Patienten oder die Patientinnen, ob sie eine Operation oder eine Therapie erhalten haben, und nur sie wissen, wie lange der Spitalaufenthalt oder der Arztbesuch gedauert hat.

Meine Minderheit für einen neuen Artikel 59abis im KVG wurde in der Kommission mit 12 zu 11 Stimmen knapp abgelehnt. Ich danke Ihnen, wenn Sie meine Minderheit unterstützen und so mithelfen, diese subsidiäre individuelle Rechnungskontrollmöglichkeit zu schaffen.

Präsidentin (Kälin Irène, zweite Vizepräsidentin): Die SVP-Fraktion hat sich bereits bei der Begründung der Minderheitsanträge geäußert und verzichtet auf ein weiteres Votum.

Meyer Mattea (S, ZH): Das Kostendämpfungspaket hat zum Ziel – der Name verrät es –, Kosten zu senken. Und das können wir nur dann tun, wenn wir Transparenz schaffen für alle relevanten Akteure. Dazu gehören selbstredend eben auch die Versicherten. Als wichtige Massnahme schlägt der Bundesrat deshalb vor, dass in Zukunft eine versicherte Person

AB 2020 N 764 / BO 2020 N 764

in jedem Fall eine Kopie der Rechnung erhalten soll. Eigentlich gilt das bereits heute schon auf Verordnungsebene. Doch die Realität ist, dass es ganz viele versicherte Personen gibt, die keine Rechnungskopie erhalten, auch weil nirgends klar definiert ist, wer eigentlich dafür zuständig ist.

Mit dem vorliegenden Vorschlag wird diese Pflicht ins Gesetz geschrieben und präzisiert, wer für die Erfüllung zuständig ist. Gemäss Entwurf des Bundesrates, welchen die SP-Fraktion unterstützt, soll es die Pflicht der Leistungserbringer werden, die Rechnungskopie an die Versicherten zu übermitteln. Die SP-Fraktion begrüsst diese klare Formulierung im Gesetz und lehnt den Streichungsantrag der Minderheit II sowie den Antrag der Minderheit I ab.

Wer sich nicht daran hält, wer also diese Rechnungskopie nicht verschickt, –, soll zudem gebüsst werden. Auch hier folgen wir dem Entwurf des Bundesrates. Es braucht diese Sanktionsmöglichkeit, damit eben in Zukunft alle Patientinnen und Patienten zu ihrer Rechnungskopie kommen.

Doch mit dieser Transparenz und Information gegenüber den Versicherten ist es noch nicht getan. Die Patientinnen und Patienten müssen die Rechnung mit all den darauf verwendeten Abkürzungen – Kollegin Flavia Wasserfallen hat es anhand von sehr konkreten Beispielen gezeigt – denn auch richtig lesen und verstehen können. Ich weiss nicht, wie es Ihnen geht, aber wenn ich eine Rechnungskopie erhalte, bin ich regelmässig ziemlich überfordert. Ich denke, es geht den meisten hier im Saal und auch im Land so. Wir müssen die Versicherten darin stärken, eigene Kompetenzen aufzubauen.

Es geht eben nicht darum, den Versicherungen, die für die Rechnungskontrolle zuständig sind, diese Aufgabe wegzunehmen. Sie müssen das auch in Zukunft tun. Aber auch die Betroffenen selber sollen darin gestärkt werden, die Rechnungen richtig zu lesen und gegen falsch fakturierte Leistungen vorgehen zu können. Denn die Versicherung kann gar nicht alles wissen – Kollegin Flavia Wasserfallen hat das vorhin an konkreten Beispielen auch gezeigt –; die Versicherung sass ja nicht im Behandlungszimmer oder am Spitalbett und weiss nicht, welche Behandlung genau stattgefunden hat. Dieses Wissen hat nur der Patient oder die Patientin selber. Es ist also zwingend, sie bei der Rechnungskontrolle einzubinden, um Fehler aufzudecken und damit Kosten zu senken.

Deshalb beantragt die SP-Fraktion, der Minderheit Wasserfallen Flavia zuzustimmen, damit Patientenorganisationen ein Mandat erhalten, um individuelle Rechnungskontrollen auf Anfrage der Patientinnen und Patienten durchführen zu können. Eine intensivere Rechnungskontrolle bringt Einsparpotenzial mit sich und ist in dieser Form auch niederschwellig, kostengünstig und für alle zugänglich.

Ich habe es zu Beginn gesagt: Das Ziel ist es, Kosten zu senken. Das machen wir, wenn wir die Versicherten einbinden.



Roduit Benjamin (M-CEB, VS): Pour toutes les mesures qui seront proposées dans le cadre de ce volet 1a, le groupe du centre ne cessera de soutenir celles qui entraînent réellement une maîtrise des coûts de la santé sans toucher à la qualité des prestations. C'est d'ailleurs la ligne suivie par notre initiative "pour un frein aux coûts".

Il en va ainsi des dispositions concernant le contrôle des factures et des sanctions. Disons-le franchement, ce ne sont pas les mesures les plus spectaculaires et on peut douter de leur rapport coût-bénéfice. Ainsi, si dans le système du tiers payant la transmission à l'assuré d'une copie de la facture est en soi pertinente, encore faut-il que celui-ci soit en mesure de la déchiffrer et de la comprendre.

Néanmoins notre groupe a décidé de soutenir la ligne définie par le Conseil fédéral, qui estime que c'est le fournisseur de prestations qui est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture adressée à l'assureur, afin de donner davantage de poids à cette obligation. Dans ce sens, il s'opposera, à l'article 42 alinéa 3, à la majorité de la commission qui veut contraindre l'assureur à le faire, estimant qu'il est plus simple et finalement plus avantageux que les deux documents soient transmis à l'assuré par la même source. Cette méthode, selon la majorité, permettrait d'améliorer le contrôle des factures.

Sans entraîner une surcharge importante pour les fournisseurs de prestations, à qui incombe la responsabilité de la facturation, la minorité I (de Courten) propose une amélioration de la transmission de la copie par voie électronique avec des ententes possibles entre les prestataires de service et avec l'accord de l'assuré, ce qui éviterait que chacun gère indépendamment son portail. Nous soutiendrons donc cette proposition de minorité. Par contre, nous nous opposerons à la minorité II (de Courten) qui semble oublier, en voulant s'appuyer sur le droit en vigueur, que bien souvent le fournisseur de prestations omet lui-même d'envoyer la copie de la facture à l'assuré. Et bien que l'article 59 alinéa 4 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie prévoit que le fournisseur de prestations peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra une copie de la facture, peu d'assurances acceptent de le faire.

En ce qui concerne les sanctions, nous saluons le fait que le Conseil fédéral ajoute à la liste des manquements, à l'article 59 alinéa 3 lettre g, l'absence de transmission d'une copie de la facture à l'assuré dans le système de tiers payant.

Notre groupe appuiera aussi les compléments apportés par la majorité, sur proposition de notre collègue Christian Lohr, à l'article 59 alinéa 3 lettre h. Nous estimons en effet que la transmission de factures erronées doit être sanctionnée, en particulier si des données sont manquantes ou inexactes. Les factures d'hôpital ne sont souvent pas celles du service médical et du médecin traitant, ce qui rend difficile la vérification du tarif appliqué. De plus, certaines factures comportent de nombreuses positions différentes difficilement contrôlables.

Enfin, nous relevons avec satisfaction que la proposition de nouvel alinéa 4 à l'article 59 – une proposition dont notre collègue Lohr est à nouveau à l'origine –, qui vise à utiliser les ressources financières provenant des amendes et des sanctions pour des mesures visant à garantir la qualité des prestations, a été adoptée à l'unanimité moins une abstention par la commission.

Quant à la dernière minorité, elle vise à offrir la possibilité pour les assurés de se faire aider par une association de patients dans leur contrôle des factures. Cette proposition a suscité des positions divergentes au sein de notre groupe. Une minorité de celui-ci estime à juste titre que bon nombre d'assurés, surtout les personnes âgées et celles qui ne maîtrisent pas l'informatique, sont incapables de lire et de comprendre une facture de santé – remarquez, c'est aussi mon cas – et auraient besoin d'un soutien des associations de patients. N'oublions pas que l'objectif de la mesure est de permettre une prise de conscience et un meilleur contrôle de la facturation de la part des assurés. La majorité de notre groupe estime cependant que la proposition de la minorité Wasserfallen Flavia va trop loin en incluant la possibilité d'une participation financière de la Confédération alors que nous sommes en train de travailler sur un paquet de mesures visant à maîtriser les coûts de la santé.

Präsidentin (Kälin Irène, zweite Vizepräsidentin): Die FDP-Liberale Fraktion unterstützt bei Block 1 die Anträge der Mehrheit.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Für die grüne Fraktion ist das Ausstellen einer Rechnung an die Patientinnen und Patienten eine Selbstverständlichkeit. Sie soll detailliert sein und so klar und einfach wie möglich, also für alle verständlich. Sie soll nicht mit Aufwand zuerst geholt werden müssen, beispielsweise auf einem Webportal. Sie soll kunden- und kundinnenfreundlich sein, Transparenz schaffen, Eigenverantwortung ermöglichen und natürlich das Sparpotenzial ausloten. Es erstaunt uns, dass eine Normalität gesetzlich geregelt werden muss. Wie wir aber sehen, war die Regelung leider nicht selbstverständlich. Wir von der grünen Fraktion sind deshalb hier bei der Mehrheit.



Ebenso selbstverständlich ist für uns, dass mit Artikel 59, in dem es um die Verletzung der Anforderungen geht, auch die Rechnungsstellung ergänzt werden muss. Nicht nur die Qualität oder die Wirtschaftlichkeit der Leistungen müssen den Anforderungen entsprechen, selbstverständlich auch die

AB 2020 N 765 / BO 2020 N 765

Rechnung. Wenn das nicht der Fall ist, ist es in unseren Augen auch wieder eine Selbstverständlichkeit, dass ein Verstoß sanktioniert wird und im Höchstfall auch mit einer Busse bis zu 20 000 Franken geahndet werden kann. Wenn im Hintergrund die Busse droht, ist ein gewisses Sparpotenzial auszumachen. Wir von der grünen Fraktion unterstützen hier ebenfalls die Mehrheit.

Sinnvoll ist unserer Meinung nach ebenfalls, dass das Bussgeld für Qualitätsmassnahmen eingesetzt werden soll, beispielsweise in der Prävention, die immer noch mehr als stiefmütterlich behandelt wird. Auch da sind wir bei der Mehrheit.

Ganz zentral in diesem Block ist für uns, dass Patienten- und Patientinnenorganisationen kontrollieren können; auch wenn wir hoffen, dass die Rechnung zukünftig möglichst einfach daherkommt, so stellen wir fest, dass sie heute mit x für Laien unverständlichen Hieroglyphen ausgestattet ist. Sprich: Es ist wichtig für den Patienten und die Patientin, dass sie sich irgendwo unterstützen lassen können, vor allem, wenn ein Gefühl da ist, dass diese Rechnung nicht stimmt und eine Überprüfung nötig ist. Wer könnte dies besser als die Patienten- und Patientinnenorganisationen? Und wenn dann ein Fehler festgestellt wird, sollen sie auch die Möglichkeit haben, gegen die Rechnung vorzugehen, sie anzufechten. Das heisst für uns, dass eine Patienten- und Patientinnenorganisation gut sein muss, kompetent sein muss und damit auch mit den nötigen Ressourcen ausgestattet sein muss. Eine ehrenamtliche Organisation kann das nicht einfach. Deshalb unterstützen wir mit dem Antrag der Minderheit die Finanzhilfen durch den Bund.

Natürlich: Wenn eine Organisation subventioniert wird, soll sie ihre Finanzen, ihre Daten offenlegen und unabhängig funktionieren. Wir sind hier in der Minderheit und hoffen sehr, dass sie noch zur Mehrheit wird. Ein zentraler Punkt, wenn es darum geht, Kosten zu sparen: Patienten- und Patientinnenorganisationen schauen selbstverständlich dafür, dass es für ihre Kundschaft so günstig wie möglich ist.

Mäder Jörg (GL, ZH): Die Komplexität im Gesundheitswesen zeigt sich insbesondere an der Rechnungsstellung. Für viele sind die Abrechnungen so unverständlich, dass sie sie blind akzeptieren oder gar froh sind, sie erst gar nicht sehen zu müssen. Das sollte aber nicht sein, und es darf schon gar nicht der Grundsatz sein. Deshalb begrüssen wir es, dass jeder eine Rechnung erhält. Informiert zu sein, ist eine Grundvoraussetzung für eine mündige Bevölkerung.

Dabei sollen die elektronischen Möglichkeiten voll ausgenutzt werden. Die neue Berufsgilde der Datenjournalisten zeigt auf, wie man komplexe Daten sinnvoll aufbereiten kann, ohne dass sie irreführend werden. Hier besteht noch grosses Potenzial. Aber auch das wird nicht in allen Fällen ausreichen, den Leuten verständlich zu machen, warum ihre Behandlung welche Kosten ausgelöst hat. In diesen Fällen sollen sie die Möglichkeit haben, ihre Rechnungen von Externen prüfen zu lassen. Ohne diese Unterstützung sind diese Leute einfach zu stark ausgeliefert.

In diesem Sinn unterstützen wir bei Artikel 42 die Minderheit I (de Courten) vor der Mehrheit. Die komplette Streichung gemäss Minderheit II (de Courten) lehnen wir ab. Bei Artikel 59 Absatz 3 Buchstabe h unterstützen wir konsequenterweise die Mehrheit, bei Artikel 59abis die Minderheit Wasserfallen Flavia.

Berset Alain, conseiller fédéral: En ce qui concerne ce bloc, tout d'abord, je crois qu'il est important de rappeler que les assurés ont un rôle à jouer, et que la transparence est importante. Le fait d'avoir accès à la facture, c'est quelque chose d'important, que le droit en vigueur prévoit déjà. Mais il faut bien le reconnaître, la formulation qui existe aujourd'hui dans la loi est un peu sujette à interprétation. On doit constater aujourd'hui que lorsque les factures devraient être transmises, elles ne le sont pas toujours. Cela avait d'ailleurs déjà donné lieu à des initiatives parlementaires visant à régler ce problème. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité l'insérer dans le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé.

Il s'agit donc de modifier la loi pour qu'il soit précisé que le fournisseur de prestations doit transmettre une copie de la facture. C'est d'ailleurs ce que prévoit également, je crois, la minorité II (de Courten), mais en en restant au droit actuel qui justement ne permet pas d'atteindre cet objectif. Je pense que nous souhaitons la même chose que cette minorité, mais nous souhaitons le faire en ajoutant une précision dans la loi pour que cela fonctionne, alors qu'aujourd'hui cela n'est pas le cas. Nous devons non seulement fixer cette obligation dans la loi, mais également prévoir des sanctions lorsqu'elle ne sera pas respectée.

Pour quelle raison continuons-nous à être d'avis – et j'aimerais vous inviter à suivre la position du Conseil



fédéral sur ce point – qu'il revient aux fournisseurs de prestations de présenter la facture? C'est parce que ce sont eux qui, en définitive, réalisent les actes. Or il faut que l'assuré, le patient, puisse voir ce que lui facture celui qui a réalisé les actes afin de pouvoir faire constater d'éventuelles erreurs lorsque la facture ne correspond pas à la prestation. L'assuré doit être en mesure de relever l'erreur et de la communiquer à sa caisse-maladie. S'il reçoit la facture directement de l'assureur, il devra dire à l'assureur que les informations ne correspondent pas à la prestation qu'un tiers, qui n'est pas impliqué dans la correspondance, a réalisée.

Pour cette raison-là, il me semble plus naturel que ce soient les fournisseurs de prestations qui transmettent les factures. Ils sont tenus actuellement de le faire; ils sont tenus d'informer l'assuré de manière complète sur le traitement donné et de lui adresser le décompte correspondant, ce qui permet précisément de sensibiliser davantage la personne assurée aux coûts et lui offre la possibilité de signaler à l'assureur des inexactitudes qui concerneraient la facturation.

Je vous invite, sans grand espoir parce qu'aucune minorité ne demande de suivre le Conseil fédéral, à soutenir la version du Conseil fédéral. Dans tous les cas, nous poursuivrons la discussion au deuxième conseil afin de voir quel est le meilleur système permettant de garantir la participation de l'assuré et la transparence nécessaire.

Le deuxième élément sur lequel j'aimerais brièvement m'exprimer concerne le montant maximal de l'amende; il a été adapté et fixé à 20 000 francs, ce qui correspond au montant des amendes qui sont déjà prévues dans d'autres réglementations en vigueur. Je pense en particulier à la loi sur les professions médicales ainsi qu'à la loi sur les professions de la psychologie. Arrêter un montant précis permet notamment une meilleure transparence à tous les niveaux. C'est utile aux fournisseurs de prestations, qui connaissent ainsi le montant maximal de la sanction à laquelle ils peuvent s'exposer, et c'est également un élément important à porter à la connaissance du tribunal arbitral cantonal compétent, qui connaît ainsi l'amende maximale qui peut être prononcée. Je vous invite à soutenir cette proposition.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: In diesem Block geht es um die Rechnungskontrolle bzw. um Rechnungskopien für Versicherte.

Bereits heute müssen die Leistungserbringer gemäss Artikel 42 Absatz 3 KVG dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Die gesetzliche Grundlage ist klar. Im System des Tiers garant, also wenn der Patient selber Schuldner ist, bekommt er die Rechnung direkt. Im System des Tiers payant, also wenn die Rechnung an den Versicherer geht, erhält die versicherte Person eine Kopie. Leider hat diese bisherige Praxis nicht oder ungenügend funktioniert. Oft erhalten die Patienten keine Rechnung des Spitals. Der Bundesrat möchte daher Artikel 42 Absatz 3 präzisieren und mit einer expliziten Strafbestimmung in Artikel 59 Absatz 1 und Absatz 3 Buchstabe g durchsetzen.

Die Kommission sieht eine andere Lösung vor als der Bundesrat und möchte im System des Tiers payant den Versicherer verpflichten, der versicherten Person mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der vom Leistungserbringer erhaltenen Rechnung zuzustellen. Die Begründung liegt darin, dass der Versicherer die Rechnung direkt bezahlt und insbesondere die grösseren Versicherer über elektronische Plattformen verfügen, über die die Rechnungen eingesehen werden

AB 2020 N 766 / BO 2020 N 766

können. Nach Auffassung der Kommission ist es daher einfacher und letztlich kostengünstiger, wenn beide Dokumente aus einer Hand zu den Versicherten gelangen. Diese Lösung ermöglicht auch eine bessere Kontrolle der Rechnungen durch die Versicherer zusammen mit ihren Versicherten. Nur die versicherte Person selber kann nämlich beurteilen, ob die verrechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind. Es ist daher sehr wichtig, dass die Versicherten in die Rechnungskontrolle mit einbezogen werden. Die Kommission hat den Entscheid mit 17 zu 7 Stimmen gefällt. Damit entfällt die Strafbestimmung in Artikel 59 Absatz 3 Buchstabe g für Leistungserbringer.

Die Minderheit I (de Courten) möchte den Wechsel zur digitalen Abrechnung erleichtern. Es wäre nach Ansicht der Kommission indessen weder effizient noch sinnvoll, wenn jeder Leistungserbringer eigene Plattformen schaffen müsste. Die meisten Versicherer verfügen über entsprechende Plattformen. Folglich soll die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auch bezüglich der Nutzung bestehender Plattformen forciert werden. Der Antrag, der jetzt als Antrag der Minderheit I (de Courten) vorliegt, wurde in der Kommission mit 15 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.

Die Minderheit II (de Courten) möchte beim bisherigen Recht bleiben. Dieser Antrag wurde mit 12 zu 10 Stimmen bei 3 Enthaltungen abgelehnt.

Die Kommission hat in Artikel 59 Absatz 3 einen neuen Buchstaben h eingeführt. Damit will sie auch die



wiederholt unvollständige oder unkorrekte Rechnungsstellung sanktionieren.

Mit Artikel 59abis beantragt die Minderheit Wasserfallen Flavia, eine neue Bestimmung, "Individuelle Rechnungskontrolle", in das Gesetz aufnehmen. Damit möchte die Minderheit den Patientenorganisationen die Aufgabe übertragen, den versicherten Personen bei der Rechnungskontrolle unterstützend beizustehen. Für diese neue Aufgabe sollen die Patientenorganisationen Finanzhilfen vom Bund bekommen.

Die Kommission teilt die Meinung, dass es äusserst schwierig ist, eine Spital- und Arztrechnung richtig verstehen zu können, und dass Rechnungen einfacher und nachvollziehbarer gestaltet werden müssen. Diesbezüglich sind die Tarifpartner gefordert, auf die berechtigten Forderungen von versicherten Personen einzugehen und Rechnungen transparenter zu gestalten. Für die Rechnungskontrolle sind indes die Krankenversicherer zuständig. Bei gewissen Fragen, ob und wie die Leistungen erbracht worden sind, braucht es die Mitwirkung der Versicherten. Effizient und effektiv ist daher eine bessere Zusammenarbeit bei der Rechnungskontrolle zwischen Versicherern und ihren Versicherten. Die Kommissionsmehrheit ist der Ansicht, dass es aufwendig und kostspielig würde, Patientenorganisationen als dritte Partei in die Rechnungskontrolle mit einzubeziehen. Die Kommission hat diesen Antrag knapp, mit 12 zu 11 Stimmen, abgelehnt.

Zusammenfassend bitte ich Sie, bei allen Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Maillard Pierre-Yves (S, VD), pour la commission: Nous traitons de la question du contrôle des factures. Le Conseil fédéral veut préciser les obligations des prestataires de fournir des factures aux assurés dans tous les cas, y compris dans le système du tiers payant, ainsi que d'adapter l'amende en cas de non-respect de cette obligation.

La majorité a renforcé la disposition en établissant également des sanctions pour les cas où les factures sont incomplètes ou incorrectes. Par ailleurs, elle a également proposé que le produit de ces sanctions soit affecté aux mesures sur la qualité. La majorité a aussi modifié l'obligation de transmettre la facture à l'assuré, en la faisant porter à l'assureur, mais pas au fournisseur de prestations.

Le concept de la majorité s'est imposé par 17 voix contre 7 et 1 abstention.

M. de Courten, lui, dans sa minorité I, souhaite permettre la possibilité de verser cette facture à l'assuré via son dossier électronique. Il propose aussi d'en rester au projet du Conseil fédéral pour ce qui est de la responsabilité de fournir cette facture. Alternativement, M. de Courten, propose d'en rester au droit en vigueur. Les propositions à l'origine de ces deux minorités ont été rejetées: la première, par 15 voix contre 9 et 1 abstention; la seconde, par 12 voix contre 10 et 3 abstentions.

Enfin, Mme Flavia Wasserfallen propose que le Conseil fédéral puisse aider les associations qui soutiennent les assurés et les patients dans leur travail de vérification des factures, dont tout le monde sait qu'elles sont à peu près incompréhensibles pour un profane, et même pour un certain nombre de spécialistes. Cette mesure permettrait de renforcer également le contrôle des factures, selon la minorité dont la proposition a été rejetée par une majorité très courte des membres de la commission.

Voilà les points que vous devez trancher.

Art. 42 Abs. 3

Antrag der Mehrheit

... Im System des Tiers payant übermittelt der Versicherer der versicherten Person zusammen mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der vom Leistungserbringer erhaltenen Rechnung. Bei stationärer Behandlung ...

Antrag der Minderheit I

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

... Im System des Tiers payant muss der Leistungserbringer der versicherten Person eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen, insbesondere auch indem die Rechnung auf einem Webportal des Leistungserbringers hinterlegt wird und der Versicherte nur eine Mitteilung und die allfällig notwendigen Zugangsdaten erhält. Unterhält der Versicherer oder ein unabhängiger Dritter ein solches Portal, kann der Leistungserbringer dieses nutzen, falls der Versicherte sich damit einverstanden erklärt. Im System des Tiers payant kann dieses Einverständnis bezüglich eines Portals des Versicherers implizit angenommen werden. Bei stationärer ...



Antrag der Minderheit II

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Unverändert

Art. 42 al. 3

Proposition de la majorité

... Dans le système du tiers payant, l'assureur transmet à l'assuré avec le décompte de prestations une copie de la facture reçue du fournisseur de prestations. En cas de traitement hospitalier ...

Proposition de la minorité I

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

... Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique; le fournisseur de prestations peut notamment la déposer sur un portail en ligne, puis envoyer une notification à l'assuré et lui fournir, le cas échéant, les données d'accès nécessaires. Si l'assureur ou une quatrième partie indépendante gère un tel portail, le fournisseur de prestations peut l'utiliser, si l'assuré y consent. Dans le système du tiers payant, le consentement s'agissant de l'utilisation du portail de l'assureur peut être considéré comme implicite. En cas de traitement hospitalier ...

Proposition de la minorité II

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Inchangé

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Les votes valent également pour l'article 59 titre, alinéa 1 introduction et alinéa 3 lettre g.

AB 2020 N 767 / BO 2020 N 767

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20474)

Für den Antrag der Minderheit I ... 132 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 59 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20475)

Für den Antrag der Minderheit I ... 146 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 45 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 59

Antrag der Mehrheit

Titel

Unverändert

Abs. 1 Einleitung

... Qualität der Leistungen (Art. 56 und 58) verstossen, werden Sanktionen ...

Abs. 1 Bst. c

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3 Bst. g

Streichen

Abs. 3 Bst. h

h. die wiederholte unvollständige oder unkorrekte Rechnungsstellung.

Abs. 4

Die finanziellen Mittel, die aus Bussen und Sanktionen stammen, die von einem kantonalen Schiedsgericht wegen des Verstosses gegen Qualitätsanforderungen nach den Artikeln 58a und 58h nKVG (BBl 2019 4419) verhängt werden, verwendet der Bundesrat für Qualitätsmassnahmen nach diesem Gesetz.



Antrag der Minderheit I

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Titel, Abs. 1 Einleitung, 3 Bst. g

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Titel, Abs. 1 Einleitung

Unverändert

Abs. 3 Bst. g

Streichen

Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Abs. 3 Bst. h

Streichen

Art. 59

Proposition de la majorité

Titre

Inchangé

Al. 1 introduction

... de la qualité des prestations (art. 56 et 58) qui sont prévues dans la loi ou dans un contrat font l'objet de sanctions ...

Al. 1 let. c

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3 let. g

Biffer

Al. 3 let. h

h. le fait d'établir de façon répétée des factures incomplètes ou incorrectes.

Al. 4

Les ressources financières provenant des amendes et des sanctions prononcées par un Tribunal arbitral en cas de non-respect des mesures relatives à la qualité prévue aux articles 58a et 58h P-LAMal (FF 2019 4293) sont utilisées par le Conseil fédéral pour financer des mesures destinées à garantir la qualité au sens de la présente loi.

Proposition de la minorité I

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Titre, al. 1 introduction, 3 let. g

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité II

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Titre, al. 1 introduction

Inchangé

Al. 3 let. g

Biffer

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Al. 3 let. h

Biffer



Titel, Abs. 1 Einleitung, 3 Bst. g
Titre, al. 1 introduction, 3 let. g

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Nous nous sommes déjà prononcés sur les propositions des minorité I (de Courten) et II (de Courten) à l'article 42 alinéa 3.

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit I
Adopté selon la proposition de la minorité I

Abs. 3 Bst. h – Al. 3 let. h

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; 19.046/20476)
Für den Antrag der Mehrheit ... 132 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 60 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées

Art. 59abis

Antrag der Minderheit

(Wasserfallen Flavia, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Weichelt-Picard, Widmer Céline)

Abs. 1

Eine versicherte Person, die gemäss Artikel 42 Absatz 3 eine Rechnung erhalten hat, kann sich an eine Patientenorganisation wenden, damit diese die Rechnung überprüft und bei einer allfälligen Anfechtung der Rechnung Unterstützung leistet.

Abs. 2

Das Departement kann den Patientenorganisationen Finanzhilfe gewähren für Leistungen, welche diese auf Ersuchen der versicherten Person erbracht haben, wenn sich diese Organisationen statutengemäss und ausschliesslich dem Patientenschutz widmen.

Abs. 3

Das Departement legt die Voraussetzungen fest, unter welchen die Unabhängigkeit der Patientenorganisationen, denen es gestützt auf Absatz 2 einen finanziellen Beitrag entrichtet, sichergestellt werden kann.

Abs. 4

Organisationen, die Finanzhilfe beanspruchen, müssen dem Departement unter Vorbehalt des Schutzes der Versichertendaten alle erforderlichen Auskünfte erteilen und Einblick in die Unterlagen gewähren.

AB 2020 N 768 / BO 2020 N 768

Art. 59abis

Proposition de la minorité

(Wasserfallen Flavia, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Weichelt-Picard, Widmer Céline)

Al. 1

L'assuré ayant reçu une facture conformément à l'article 42 alinéa 3 peut s'adresser à une organisation de patients pour contrôler la facture reçue et le soutenir dans d'éventuelles démarches visant à contester la facturation.

Al. 2

Le département peut accorder une aide financière aux organisations de patients pour les prestations fournies sur demande de l'assuré lorsque ces organisations se consacrent statutairement et exclusivement à la protection des patients.

Al. 3

Le département définit les conditions permettant de garantir l'indépendance des associations de patients auxquelles il verse une contribution en vertu de l'alinéa 2.

**Al. 4**

Les organisations qui demandent des aides financières doivent fournir au département tous les renseignements nécessaires et lui permettre de consulter les pièces justificatives, sous réserve de la protection des données des assurés.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20477)

Für den Antrag der Minderheit ... 96 Stimmen

Dagegen ... 92 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Block 2 – Bloc 2

Pauschalen im ambulanten Bereich, nationale Tariforganisation, Tarifstruktur aktuell halten

Forfaits dans le domaine ambulatoire, organisation tarifaire nationale, maintien à jour de la structure tarifaire

de Courten Thomas (V, BL): Das sind meine letzten Minderheitsanträge, ich werden nachher wieder brav konstruktiv mitarbeiten.

Nur kurz zu Artikel 43 Absatz 5: Meine Minderheit vertritt die Auffassung, dass auch hier das geltende Recht bereits ausreicht, um Pauschalen im ambulanten Bereich zuzulassen. Dieser Artikel sieht pauschale Vergütungen ausdrücklich schon heute vor. Der Bundesrat will nun solche Pauschalen aber nur noch zulassen, wenn sie auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten und einheitlichen Tarifstruktur beruhen, was heute bereits für Einzelleistungstarife gilt. Es wird alles über einen Kamm gestriegelt, und das soll neu auch für die Pauschalen gelten. Der Bundesrat will damit eigentlich ambulante Pauschalen fördern. Dieses Ziel wird durch die vorgeschlagene Formulierung aber eben nicht erreicht, sondern die neue Bestimmung wird dazu führen, dass die zahlreichen, heute bereits bestehenden Bestrebungen der Tarifpartner zur Entwicklung von Pauschalen in verschiedenen Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht mehr weiterverfolgt werden können und damit eine pragmatische Suche nach geeigneten Pauschalen für die ambulante ärztliche Behandlung ausgeschlossen wird. Was der Bundesrat erreicht, ist einzig eine Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifpartner, und das trägt kaum zur Kostendämpfung bei.

Wesentlich wichtiger ist mir noch mein Minderheitsantrag III zu Artikel 47a bezüglich der Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen. Dieser Artikel 47a legt in Absatz 1 die Grundlage für die nationale Tariforganisation. Sie soll ausschliesslich für die Überarbeitung der Einzelleistungsstruktur für ärztliche Leistungen zuständig sein. Die Tariforganisation erarbeitet damit die wichtige Grundlage, auf der auch die weiteren Tarife nach Artikel 43 KVG, also Zeittarife, Pauschaltarife usw., aufbauen können.

Von Bedeutung ist, dass die weiteren Tarife nach Artikel 43 KVG auf der Basis individueller Tarifvereinbarungen möglich bleiben. Die Grundlagen dafür bestehen bei den von den Tarifpartnern getragenen Tariforganisationen für den Einzelleistungstarif für ärztliche Leistungen bereits heute.

Absatz 2 ist in dieser Tariflandschaft unnötig. Im Fokus stehen Swiss DRG und der veraltete Tarmed, also Einzelleistungstarife für ärztliche Leistungen. Die anderen Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, z. B. für Hebammenleistungen oder für physiotherapeutische Leistungen, enthalten im Vergleich zu Tarmed mit fast 4700 und Tardoc mit nochmals rund 2600 Positionen eigentlich sehr wenige Positionen, was eine Ausweitung des Artikels auf die ambulanten Tarifstrukturen nicht rechtfertigt.

Die Absätze 3 und 4 sind abzulehnen, weil sie die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates stark erweitern und die Tarifpartnerschaft untergraben. Finden die Akteure keine Lösung, soll nach meinem Minderheitsantrag III ein zweistufiges Verfahren zur Anwendung kommen: So soll der Bundesrat im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung aufstellen, wenn eine solche Organisation nicht zustande kommt. Führen auch diese Grundsätze nicht zu einer Einigung der Tarifpartner, setzt der Bundesrat eine für die Tarifpartner verpflichtende Organisation ein.

Absatz 5: Das gute Funktionieren der Organisation erfordert die Lieferung der notwendigen Daten von beiden Seiten, sowohl seitens der Leistungserbringer wie auch seitens der Versicherer.

Absatz 6: Sanktionsbestimmungen sind nicht notwendig, wie das Beispiel der in diesem Bereich gut funktionierenden Swiss DRG AG bereits heute aufzeigt. Ausserdem haben Tarifpartner direkt ein Interesse daran, dass die Tariforganisation gute Daten erhält. Es soll auch davon abgekommen werden, in jedem Artikel noch Sanktionsbestimmungen aufzunehmen, wie das vermehrt der Fall ist.

Absatz 7: Dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet wird die Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen.



Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag Hess Lorenz zu Artikel 47b bezüglich der Zusatzbestimmung zur Datenbekanntgabe zu unterstützen. In diesem Sinne habe ich auch gleich für die SVP-Fraktion gesprochen.

La présidente (Moret Isabelle, présidente): M. de Courten a aussi parlé pour le groupe UDC.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Bei diesem Antrag zu Artikel 47a geht es um die Tariforganisation. Wie nicht sehr erstaunlich ist, sind die Tarife immer wieder grosse Streitpunkte. Klar, auf der einen Seite geht es um den Verdienst und auf der anderen Seite um die Bezahlung der Versicherungen – ein nicht ganz einfaches Konstrukt. Deshalb ist es sehr sinnvoll, wenn eine nationale Organisation auch im ambulanten Teil entsteht. Das kann vielleicht ein Ausweg aus der verfahrenen Situation sein und garantiert damit auch einheitliche nationale Strukturen oder eine einheitliche Situation.

Selbstverständlich müssen in dieser Organisation auf der einen Seite die Leistungserbringenden und auf der anderen Seite die Versicherungen dabei sein. Ebenso klar muss es aber sein, dass bei einer solchen Organisation die Kantone dazugehören müssen. Sie garantieren am Schluss, dass die Qualität dann wirklich auch durchgesetzt wird, dass wir vor allem für die ganze Bevölkerung Versorgungssicherheit haben – und sie beteiligen sich an der Finanzierung. Damit sind sie mit ihren demokratisch legitimierten Strukturen eben auf der einen Seite für die Finanzierung da und müssen auf der anderen Seite die Versorgungssicherheit garantieren. Dieser Bereich muss in der Organisation eingebunden sein.

Das ist übrigens analog zum stationären Bereich. Dort ist es bereits umgesetzt; es gibt dort die nationale Tariforganisation, selbstverständlich unter Einbezug der Kantone. Es macht deshalb keinen Sinn, dass es im stationären Bereich so organisiert ist und im ambulanten dann wieder eine Organisation mit anderer Zusammensetzung gegründet werden soll. Sprich: Wir bitten Sie, das analog zum stationären Bereich auch im ambulanten Bereich umzusetzen und die Kantone einzubinden. Sie haben seitens der GDK einen dringlichen Brief erhalten, in dem ihre Argumente noch einmal dargelegt sind.

Wir bitten Sie, mit der Minderheit I für die Einbindung der Kantone zu stimmen.

AB 2020 N 769 / BO 2020 N 769

Hess Lorenz (M-CEB, BE): Bei Artikel 47a, wo wir auch über die Tariforganisation befinden, geht es mir mit meinen Anträgen der Minderheit II um zwei Dinge: Zum einen geht es darum, dass die Tariforganisation im ursprünglichen Sinn eine Organisation ist, wird oder bleibt, bei der die Tarifpartner – d. h. alle Beteiligten, die relevant sind – zusammen eine Lösung finden, zusammen Vorschläge machen, die dann der Bund genehmigt. Es geht nicht darum, dass wir im Gesetz festschreiben, dass der Bundesrat bestimmt, wer auf welche Weise für die Organisation, Struktur und Arbeitsweise dieser Organisation zuständig ist. Das hat nichts mehr mit der Tarifpartnerschaft zu tun. Das ist der eine Punkt. Zum andern geht es darum, dass wir die Tariforganisation hier nicht unnötig ausweiten und sagen, über die bisherigen Bereiche hinaus, in anderen Branchenbereichen, könnten auch noch solche Tariforganisationen verordnet werden. Das sind im Wesentlichen die zwei Inhalte. Eine Tariforganisation, bei welcher der Bundesrat alles vorgibt – auch Fragen der Organisation und Finanzierung –, hat eben am Ende nichts mehr mit Tarifpartnerschaft zu tun. Wir haben dann einfach eine staatliche Institution und keine Tarifautonomie. Man müsste den Akteuren die Chance geben, ein solches Büro selbst auf die Beine zu stellen und die Regeln zur Organisation und Finanzierung festzulegen. Gespräche dazu finden ja auch statt, wie man aktuell wieder gehört hat. Das Gesetz gibt den Tarifpartnern dafür zwei Jahre Zeit; das finden Sie in den Übergangsbestimmungen. Falls es nach zwei Jahren – also zwei Jahre nach dem Inkrafttreten – nicht möglich ist, dass die Tarifpartner die Organisation schaffen, dann ist es klar, und das sieht das Gesetz so vor, dass der Bund eine Organisation einsetzt. Ich denke, diese "Drohung" reicht, damit die Tarifpartner wissen, was sie nach zwei Jahren zu liefern haben.

Zum zweiten Punkt, in dem es darum geht, die Tariforganisation auf weitere Bereiche auszudehnen, gibt es kurz Folgendes zu sagen: Bezüglich der anderen Bereiche wird eigentlich immer nur der aktuelle Konflikt bei den Physiotherapeuten ins Feld geführt, wobei der Bundesrat gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG auch da subsidiär die Möglichkeit hat, diese Kompetenz wahrzunehmen. Dass wir deswegen bei einem einzigen bekannten Konflikt bereits im Gesetz festhalten, dass solche Tariforganisationen weiter ausgedehnt und verordnet werden können, führt zu weit. Wir brauchen eine Lösung im Bereich der ambulanten Arztleistungen, darüber herrscht, so glaube ich, Einigkeit. Auch wenn ein neuer Arzttarif hoffentlich einfacher ist als der jetzige Tarmed, wird es wohl ein komplexes Tarifwerk bleiben, das Leistungen im Wert von etwa 11 Milliarden Franken steuert; vom Hausarzt über den Spezialisten und die Permanence bis hin zur Poliklinik rechnen ganz unterschiedliche Akteure damit ab. Dieser Tarif muss gepflegt werden, um ihn an die Entwicklung der Medizin anzupassen, und dafür braucht es wiederum ein Tarifbüro, wie es zu Beginn des Tarmed existiert hat. So weit, so gut – aber das



alles ist bei den nichtärztlichen Leistungserbringern aus den vorgenannten Gründen nicht der Fall, deshalb soll die Organisation dafür nicht ausgeweitet werden.

Ich komme noch zu meiner Minderheit zu Artikel 47b. Dort geht es um die Datenbekanntgabe. Artikel 47b übersteuert die Datenlieferungspflicht, indem losgelöst von der Subsidiarität eine generelle Datenlieferungspflicht an den Bundesrat postuliert wird. Mit Artikel 47a schaffen wir eine professionelle Tariforganisation für den ambulanten Bereich. Die Funktion ist klar: Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Tariforganisation die Daten kostenlos zu liefern. Die Tariforganisation braucht die Daten für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen.

Die Tarifpartner haben dabei ein direktes und unmittelbares Interesse, dass ihre Tariforganisation gute Daten erhält. Deshalb sind die Sanktionsbestimmungen in Artikel 47b Absatz 2 nicht notwendig. Wie schon gesagt, schiesst Artikel 47b im Bereich der Datenlieferung weit übers Ziel hinaus. Wenn ich an die Debatte zur Tracing-App denke, muss ich sagen, dass wir ja bezüglich Daten sehr sensibel sind, auch hier in diesem Rat. Gemäss Entwurf des Bundesrates ist es das Ziel, dass der Bundesrat in der Lage ist, die Tarifstruktur zu prüfen und zu genehmigen. Weitere Datenlieferungen wie Lieferungen auf Verlangen übersteuern erstens die Tarifautonomie und verstossen zweitens gegen die Grundprinzipien der Verhältnismässigkeit und Datensparsamkeit, wie sie in den Räten – hier und auch im Ständerat – schon diskutiert wurden. Für das Parlament ist dies umso wichtiger, als nach wie vor die kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen, die vom Ständerat mit dem Postulat 18.4102 gefordert und vom Bundesrat im vergangenen Jahr noch unterstützt worden war, nicht vorliegt.

Ich bitte Sie deshalb, Artikel 47b ersatzlos zu streichen.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche für die SP-Fraktion zu diesem zweiten Block. Wir entscheiden hier, das haben Sie bereits gehört, über drei Themenbereiche. Ich beginne mit den Pauschalen im ambulanten Bereich. Wir unterstützen, dass im ambulanten Bereich vermehrt mit Pauschalen gearbeitet werden soll. Bislang war die Aushandlung von Pauschalen im ambulanten Bereich einzig Sache der Tarifpartner. Die Tatsache, dass letzten Freitag – sicher kein Zufall, so kurz vor dieser Debatte – Santésuisse und die Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) einen grossen Durchbruch verkündeten und 67 ambulante Eingriffe neu mit Pauschalen regeln, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass hier zwanzig Jahre lang nichts passiert ist und dass es zusätzliche Massnahmen und klarere Vorgaben braucht.

Dazu soll Artikel 43 Absatz 5 geändert und Absatz 5ter neu geschaffen werden. Ambulante Pauschalen sollen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Der Bundesrat kann Ausnahmen dazu vorsehen.

Die SP-Fraktion unterstützt diese Anpassungen. Dass ambulante Pauschalen auf einheitlichen und eben gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstrukturen beruhen, erhöht die Transparenz und die Effizienz. Für Patientinnen und Patienten vereinfachen sie auch die Rechnungskontrollen. Für Leistungserbringende und Versicherer vereinfachen sie die Verfahren. Wir sind überzeugt, dass insbesondere der ergänzte Absatz 5 für die Leistungserbringenden wichtig ist. Wir bitten Sie daher, der Kommissionsmehrheit und dem Bundesrat zu folgen und den Antrag der Minderheit de Courten, die das alles streichen will und die Regelung somit einzig den Tarifpartnern überlassen will, abzulehnen.

Kommen wir zum neuen Artikel 47a und zu der nationalen Tariforganisation: Der Bundesrat will neu auch für den ambulanten Bereich eine nationale Tariforganisation schaffen. Wir haben jahrelange Blockaden bei den Tarifverhandlungen erlebt. Eine nationale Tariforganisation zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen soll hier Abhilfe schaffen. Diese Massnahme erachten wir als wichtig und zentral. Es ist, wie alle anderen heute diskutierten Massnahmen, eine Massnahme aus dem dieser Vorlage zugrunde liegenden Bericht, den das Expertengremium erarbeitet hat.

Die Kommissionssprecher haben hier unter anderem über die Rolle der demokratisch gewählten Kantonsvertretungen wie auch über die zusätzlichen Kompetenzen des Bundesrates gesprochen. Wir unterstützen den Antrag der Minderheit I (Prelicz-Huber), dass die Kantone von Anfang an im nationalen Tarifbüro eingebunden sein sollen und nicht erst wenn sie allenfalls über die einheitliche Finanzierung direkt an die ambulanten Leistungen bezahlen. Zumindest über die Prämienverbilligung tun sie das nämlich schon heute. Sie haben ein veritables Interesse daran, dass die Tarifstrukturen immer wieder angepasst werden und auch Kosten eingespart werden können.

Die Minderheiten II (Hess Lorenz) und III (de Courten) lehnen wir dezidiert ab. Beiden gemeinsam ist ihre Herkunft: Sie stammen aus der Ecke der Krankenversicherer und zielen darauf ab, die Kompetenzen des Bundes zu beschneiden. Mit der Streichung der Absätze 2 und 3 wollen sie gar hinter das geltende Recht zurückgehen.

Die Minderheit III will zudem zusätzlich eine schwammigere Formulierung in Absatz 1. Mit der Streichung der



Möglichkeit, Bussen zu erheben, wenn Daten nicht geliefert werden, will sie die Versicherer schützen, die ihrer Aufgabe eben nicht nachkommen. Ich staune immer wieder, wie unterschiedlich die SVP-Fraktion mit Gesetzesübertretungen umgeht. Wenn

AB 2020 N 770 / BO 2020 N 770

die Krankenkassen Verfehlungen begehen, dann scheint das ein Kavaliersdelikt zu sein, das mit Samthandschuhen angefasst wird.

Dann kommen wir noch zu Artikel 47b, der "Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen". Kollege Lorenz Hess hat den Antrag seiner Minderheit begründet. Sie verlangt die Streichung von Artikel 47b und Artikel 53 Absatz 1, was schlicht bedeutet, dass die Datenlieferung von Leistungserbringern und deren Verbänden und den Versicherern zur Erfüllung dieser Aufgabe nicht erfolgen muss. Das verunmöglicht unserer Meinung nach eine gute Kontrolle und mehr Transparenz. Diese Streichung geht nicht. Die Daten sollen geliefert werden, damit eben auch vonseiten des Bundesamtes damit gearbeitet werden kann. Und wenn das eben nicht erfolgt, sollen auch Sanktionen möglich sein können. Auch das möchten Lorenz Hess und die Mitunterzeichner aus der SVP-Fraktion verhindern.

Ich bitte Sie sehr, diese Minderheit abzulehnen. Es kann nicht sein, dass wir hier das Diktat der Krankenkassen umsetzen.

Roduit Benjamin (M-CEB, VS): Concernant la structure tarifaire et le développement des tarifs, notre groupe estime, à l'instar du Conseil fédéral, qu'une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire doit être mise en place pour remédier aux blocages lors des négociations tarifaires comme cela a été le cas pour le tarif Tarmed, ce qu'aucun partenaire de la santé ne souhaite. Nous saluons aussi l'obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de prévoir, dans des conventions nationales, des mesures de gestion des coûts dans les domaines pour lesquels ils doivent convenir des tarifs et des prix conformément à l'article 43 alinéa 4. Ces conventions devront être soumises au Conseil fédéral pour approbation. Si les parties ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral fixera les mesures nécessaires. Cette disposition va dans le sens de notre initiative "pour un frein aux coûts".

Par contre, nous ne souhaitons pas, comme le prévoit l'article 47a alinéas 2 et 3, étendre les prérogatives de la Confédération en vue d'imposer l'institution d'une organisation aux "fédérations compétentes" – qui ne sont pas clairement définies: on ne sait pas si on pense aux chiropraticiens, aux ergothérapeutes, à toutes les professions dont les prestations sont très diverses – pour des structures tarifaires qui s'appliquent à d'autres traitements ambulatoires. On ne veut pas non plus que le Conseil fédéral puisse établir des principes quant à la forme, au fonctionnement ou au financement de l'organisation tarifaire nationale. Cela relève d'un principe organisationnel propre à l'organisation nationale.

Sans aller jusqu'à la proposition de minorité III (de Courten), qui laisse une autonomie complète aux partenaires tarifaires, ce que nous refusons, il s'agit de leur laisser cependant une marge de manoeuvre organisationnelle. Nous suivrons en cela unanimement notre collègue Lorenz Hess, qui a argumenté il y a quelques instants pour sa minorité II. Quant à la minorité I (Prelicz-Huber), qui rejoint une revendication des cantons d'être représentés au sein de l'organisation tarifaire nationale, elle oublie que ce sont ces mêmes cantons qui font parfois blocage dès que les tarifs hospitaliers ambulatoires, générateurs aussi de coûts importants, font l'objet de discussions.

J'aimerais encore dire quelques mots sur les forfaits dans le domaine ambulatoire, qui concernent l'article 43 alinéas 5 et 5 ter. Notre groupe est partagé. D'un côté, la minorité de Courten estime que cela freinerait les accords existant entre les prestataires de service et les assureurs. L'autonomie dans les négociations a fait ses preuves, comme on a pu le voir ces derniers jours avec l'accord annoncé entre la FMCH et Santésuisse au sujet de multiples opérations ambulatoires comme celle de la cataracte. D'un autre côté, le modèle DRG a montré son efficacité. Si l'on définit clairement les critères pour établir les tarifs forfaitaires – contenus et positions –, on améliore la comparabilité entre les prestations, et cela débouchera sur des économies.

Pour reprendre l'exemple de la cataracte, il a été possible de fixer un forfait de 2000 francs, alors que les tarifs allaient parfois jusqu'à 3000 francs. De plus, l'article 43 alinéa 5ter fixe des exceptions qui permettent de tenir compte des spécialités et des différences cantonales: loyers, salaires, etc. Nous laissons donc la liberté de vote sur ce point.

Enfin, nous soutenons par souci de transparence et d'efficacité la proposition de la majorité de la commission, à l'article 47a alinéa 5, selon laquelle les assureurs devraient eux aussi communiquer gratuitement à l'organisation nationale les données nécessaires à l'élaboration, au développement et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires.



Quant à l'article 47b, qui fixe l'obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de communiquer gratuitement, sur demande, les données nécessaires au Conseil fédéral ou au gouvernement du canton compétent, une bonne majorité de notre groupe l'appuie.

Nous sommes certes conscients, comme le relève la minorité Hess Lorenz, qu'il y aurait probablement un doublon avec l'article 47a sur le plan administratif et sur le plan du fonctionnement de l'organisation tarifaire nationale. Cependant, il ne faut pas oublier que le Conseil fédéral devrait pouvoir approuver les décisions prises par les partenaires membres de l'organisation chargée d'établir les tarifs médicaux. Il est donc indispensable qu'il puisse disposer en tout temps et sans intermédiaire des informations nécessaires pour juger si la décision prise est la bonne.

Porchet Léonore (G, VD): Notre système de santé coûte cher – trop cher. Selon l'OCDE, la Suisse occuperait, après les Etats-Unis, la deuxième place dans la course des pays qui dépensent le plus en matière de santé par habitant. Un quart de la population fait l'impasse sur une visite médicale pour des raisons financières. A nouveau, seuls les Etats-Unis comptent, en comparaison mondiale, plus de personnes qui ne peuvent pas se permettre de voir un médecin. Les Suissesses et les Suisses vont donc peu chez le médecin – environ quatre fois par année –, alors que la moyenne au sein des pays de l'OCDE est de l'ordre de six visites par an. Les Suissesses et les Suisses assument 52 des 80 milliards de francs des coûts annuels de la santé, tout en renonçant à des consultations. Nous sommes donc loin de l'image d'un peuple d'irresponsables qui profiteraient sans compter d'un système de santé trop accessible que certains partis dépeignent.

La solution à l'explosion des coûts de la santé n'est donc pas à chercher du côté de la responsabilité individuelle, mais de la structure. Nous répondrions en effet beaucoup mieux à ce problème si la réponse était systémique, si nous envisagions les personnes dans leur globalité, si nous nous attaquions de front aux maladies de civilisation causées par notre organisation sociale malsaine, si nous nous occupions de santé publique, plutôt que de maladies uniquement. C'est le contraire qui est actuellement en place, avec des listes détaillées de services médicaux facturables par lieux et types d'interventions et par spécialités médicales, par exemple les tarifications Tarmed et les forfaits Swiss DRG. Si elles ont été pensées pour ne favoriser que les pratiques efficaces et économiques, ces structures tarifaires posent en retour des problèmes non négligeables, comme la mauvaise incitation à la surprescription, l'encouragement des carrières médicales de spécialistes, plus rémunératrices que celles de généralistes – ce qui entraîne une pénurie de médecins de famille –, l'absence de financement des prestations de prévention et de promotion de la santé, la mauvaise coordination, la difficulté de mettre en place des parcours de soins intégrés.

Face à ce constat, les Verts sont très sceptiques quant à ces structures tarifaires. Ils ont d'ailleurs essayé, sans succès, en commission, d'ouvrir la porte à d'autres modes de financement. A défaut de mieux, ils soutiendront donc l'organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire, avec ses forfaits. Quitte à ce que cette structure tarifaire existe, il est à notre sens indispensable qu'elle soit maintenue à jour et que les données utiles à la fixation des tarifs soient transmises, comme le propose le Conseil fédéral. Les Verts soutiendront donc également ce point, mais en demandant que les cantons soient impliqués dans l'institution de ces organisations tarifaires.

AB 2020 N 771 / BO 2020 N 771

Mais les Verts rappellent que dans des pays voisins, le système de santé publique fonctionne selon d'autres modèles que le paiement à la prestation par acte ou forfait. Certains ont par exemple fait le choix de la capitation, c'est-à-dire que les fournisseurs de prestations reçoivent un montant en fonction du bassin de population potentiellement couvert et financent avec cela les traitements, mais aussi un concept global de la santé, dont la prévention et la coordination des soins.

D'autres encore ont investi massivement, et avec succès, dans l'intégration des soins, s'éloignant ainsi de la compréhension suisse coûteuse et pauvre – il faut le faire – de la médecine, sous l'unique perspective de la réparation des corps et, sous certaines conditions, des esprits.

Pour les Verts, il est indispensable d'élaborer un concept de financement plus global qui permette de mener une vraie politique de santé publique au bénéfice de toutes et tous.

Nantermod Philippe (RL, VS): S'agissant de l'organisation nationale tarifaire pour les traitements ambulatoires, le groupe libéral-radical est favorable au principe de son adoption. Ces dernières années, de nombreux blocages sont apparus dans la mise sur pied et le renouvellement du tarif médical ambulatoire, contrairement à ce qui existe dans le domaine stationnaire. Les effets et les expériences du DRG doivent aussi être appliqués dans le domaine ambulatoire. Sur le principe, nous sommes donc favorables au projet.

La question est toutefois de savoir dans quelle mesure, parce que le projet proposé par la majorité de la



commission n'est pas tout à fait libéral, dès lors que le Conseil fédéral disposerait de pouvoirs extrêmement larges en ce qui concerne notamment l'organisation de cette nouvelle structure tarifaire et la possibilité de l'imposer à l'ensemble des partenaires.

Une partie légèrement majoritaire du groupe libéral-radical estime qu'il s'impose de soutenir la proposition de la minorité III (de Courten) et de biffer les parties qui étendent trop cette organisation nationale, pour laisser aux partenaires une plus grande liberté dans leurs négociations.

Une autre partie du groupe estime, quant à elle, que face au système d'assurance-maladie tel que nous le connaissons en Suisse, qui n'est pas du tout libéral, il s'impose malgré tout de prendre des mesures qui ont déjà été expérimentées dans le système DRG et que, la fin justifiant les moyens, les partenaires tarifaires devraient dans certaines circonstances pouvoir se voir imposer des tarifs par le Conseil fédéral.

Toutefois, en ce qui concerne la minorité Prelicz-Huber, quand il est question d'introduire les cantons, le groupe libéral-radical est ici unanime et refuse cette possibilité-là.

Je rappelle que les propositions de financement moniste des soins, qui ont été jusqu'à ce jour portées par le Conseil national, ont toujours été bloquées et sont actuellement "congelées" au Conseil des Etats. On attend de les voir revenir chez nous avec une approbation de la Chambre des cantons mais on en est en tout cas assez loin. A ce jour, les cantons ne participent pas au financement du domaine ambulatoire, hormis par le biais de la subvention des primes d'assurance-maladie. Mais il n'y a pas de financement direct des cantons dans le domaine ambulatoire. Dès lors, il paraîtrait incongru, pour le groupe radical-libéral, que les cantons puissent désormais se mêler de l'organisation tarifaire dans ce domaine-là, pour lequel ils n'ont finalement pas leur mot à dire. Qui paie commande, qui commande paie: nous voulons appliquer ce principe dans ce domaine-là aussi.

S'agissant des forfaits dans le domaine ambulatoire, le groupe libéral-radical soutient cette mesure depuis des années dans ses nombreux papiers de position. Si ce projet a fait ses preuves dans le domaine stationnaire, il le fera probablement aussi dans le domaine ambulatoire. Les craintes d'une uniformisation sur le plan fédéral de la problématique des forfaits ne se justifient en réalité pas. Les points cantonaux peuvent toujours varier. Par contre, les interventions sont les mêmes d'un canton à l'autre quand on parle de forfaits. Nous soutiendrons dès lors la majorité sur ce point-là.

Enfin, en ce qui concerne la communication entre les partenaires tarifaires et la Confédération pour mettre en place les tarifs, la majorité du groupe libéral-radical soutiendra aussi la majorité de la commission, dès lors qu'il paraît indispensable, pour avoir une vue d'ensemble et adopter des mesures tarifaires, d'avoir accès à des données.

Mäder Jörg (GL, ZH): Pauschalen haben speziell bei ambulanten Behandlungen eine wichtige Funktion, weshalb wir sie klar befürworten. Es ist aber sinnvoll, dass diese eine gemeinsame Struktur haben, sodass man zwischen verschiedenen Ansätzen vergleichen kann – wohlgemerkt: eine gemeinsame Struktur, nicht identische Kostenansätze. Diese dürfen und sollen sich regional unterscheiden können. Aber wir sagen: Eine Standardisierung, wie von der Mehrheit gefordert, ist angebracht.

Da im Gesundheitswesen viele Partner zusammenarbeiten müssen, ist es sinnvoll, dass es entsprechende Organisationen gibt, die alle Beteiligten zusammenbringen. Wo immer möglich, sollen die Beteiligten sich selber finden. Wo dies nicht gelingt, soll aber der Bundesrat aktiv werden. Ansonsten drohen taktische Verzögerungen und Machtspiele. Der Bundesrat soll aber, das ist ganz klar, erst dann den Knüppel aus dem Sack nehmen, wenn die Beteiligten auf stur schalten, nicht vorher. Die in den Minderheitsanträgen geforderten Verkomplizierungen einerseits und gar Streichungen andererseits lehnen wir ab.

Wir unterstützen auch die Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen. Wer ein System im Griff haben will, muss Kenntnis von dem haben, was passiert. Anscheinend gab es hier aber zu viel passiven oder gar aktiven Widerstand aus der Branche, weshalb jetzt eine explizite Regelung inklusive Verwarnung und Busse notwendig ist – leider!

In diesem Sinn unterstützen wir überall die Anträge der Mehrheit. Bei Artikel 47a folgen für uns in absteigender Priorität die Minderheitsanträge I (Prelicz-Huber), III (de Courten) und II (Hess Lorenz).

Berset Alain, conseiller fédéral: Tout d'abord, à l'article 43 alinéa 5, j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de votre commission. On sait que les forfaits sont un moyen de lutter contre l'augmentation du volume des prestations et qu'ils devraient pouvoir favoriser l'utilisation la plus efficiente possible des prestations. Il est évidemment important que la structure tarifaire forfaitaire soit organisée de manière uniforme sur le plan suisse. Cette uniformité est importante pour la transparence notamment des prestations et des prix. On a pu constater dans le domaine hospitalier également que la structure tarifaire uniforme des forfaits par cas était



un élément important pour une tarification économique. Cela dit, il peut y avoir évidemment des prix de base cantonaux différents concernant ces structures tarifaires forfaitaires ambulatoires. De même, le Conseil fédéral peut exempter les prestations de l'exigence d'uniformité. Enfin, cette mesure vise à étendre la compétence subsidiaire du Conseil fédéral aux structures tarifaires, ce qui est également une bonne chose. Donc elle ne prévoit pas d'obligation fondamentale de convenir de forfaits ambulatoires et respecte l'autonomie tarifaire. Je vous invite à suivre la majorité de la commission.

L'organisation tarifaire nationale est un des éléments importants de cette réforme, parce que nous savons que seuls des tarifs qui sont régulièrement révisés et adaptés peuvent garantir une rémunération économique et appropriée des prestations médicales. Cela dit, nous avons dû constater que, depuis longtemps, les négociations entre partenaires tarifaires sont bloquées dans le domaine médical ambulatoire. Le Conseil fédéral a dû, à deux reprises déjà, se substituer aux partenaires tarifaires pour faire bouger les choses. Nous pensons maintenant qu'avec une organisation compétente pour l'élaboration et la maintenance – on peut le dire comme cela – de la structure tarifaire médicale ambulatoire, comme cela existe d'ailleurs dans le domaine hospitalier, on pourrait faire un pas important dans la bonne direction. Il faut bien sûr que les représentations soient garanties, que la transmission des données pour pouvoir effectuer ce travail correctement soit obligatoire, et également qu'il soit possible d'infliger avertissements ou amendes lorsque ces données ne sont pas transmises ou le sont seulement en qualité insuffisante.

AB 2020 N 772 / BO 2020 N 772

C'est un élément important. Est-ce qu'on peut en attendre des miracles? On verra bien. Jusqu'ici, je le rappelle, le seul élément qui a vraiment fait ses preuves pour modifier ces tarifs, c'est la compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Mais comme le dit bien son nom, c'est une compétence subsidiaire et nous souhaitons évidemment, en respectant les compétences octroyées au Conseil fédéral, que ce soit de manière prioritaire les partenaires tarifaires qui puissent s'arranger. Je vous invite donc à suivre la majorité de votre commission sur ce point.

Pour le maintien de la structure tarifaire – l'article 47b –, nous savons que beaucoup de traitements sont aujourd'hui réalisables en beaucoup moins de temps. C'est quelque chose qui évolue. L'absence d'adaptations régulières des tarifs peut donc se traduire par une indemnisation trop élevée. Si nous souhaitons maîtriser les coûts, il faut donc évidemment qu'il y ait une incitation à revoir régulièrement la structure tarifaire.

Cela étant, des données sont nécessaires – cela ne peut pas se faire à l'aveugle. Il faut des éléments sur lesquels se fonder et nous avons constaté par le passé que le Conseil fédéral a eu souvent des difficultés pour accéder aux données requises, parce que le droit actuel ne constitue pas une base légale suffisante pour contraindre les acteurs à transmettre les données nécessaires à l'accomplissement de ces tâches. C'est la raison pour laquelle nous proposons un mécanisme pour contraindre les fournisseurs de prestations – les assureurs, les fédérations – à livrer sur demande des données au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent.

Il ne s'agit pas de restreindre l'autonomie tarifaire, mais simplement de pouvoir obtenir les données nécessaires à l'accomplissement de tâches légales, à savoir la fixation, l'adaptation, ou l'approbation de structures ou de conventions tarifaires, ainsi qu'à la fixation des tarifs en cas de convention cantonale. Là aussi, il y a deux moyens d'encouragement qui sont prévus: d'une part, l'avertissement et, d'autre part, une amende de 20 000 francs au plus.

Je vous invite ici aussi à suivre la majorité de votre commission.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Wir sprechen hier über Block 2, über Pauschalen im ambulanten Bereich und die nationale Tariforganisation. Einigkeit besteht in der Kommission darüber, dass Pauschalen im ambulanten Bereich gefördert werden müssen. Bei Pauschalen haben die Leistungserbringer nicht den Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen, sondern eine optimale Behandlung innerhalb dieser Pauschale zu leisten. Wenn Pauschalen mit Qualitätskontrollen flankiert werden, besteht auch kein Risiko zur Unterversorgung, wobei auch festgehalten werden muss, dass sich beispielsweise die Hausarztmedizin nicht für Pauschalen eignet. Das KVG lässt es schon heute zu, Tarifverträge über Pauschalen im ambulanten Bereich abzuschliessen. Beispielsweise haben integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung mit Versicherern Pauschalen über die Behandlungsketten. Frau Gysi hat auf den jüngst publizierten Entscheid von Santésuisse und der FMCH hingewiesen, welche letzte Woche über ihren gemeinsamen Erfolg bei der Pauschalierung einer Anzahl Leistungen informiert haben.

In Artikel 43 Absätze 5 und 5ter geht es um die Frage, ob auch Patientenpauschaltarife für ambulante Behandlungen auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur basieren sollen. Die Kommissionsmehrheit ist



mit dem Bundesrat der Meinung, dass eine einheitliche Tarifstruktur für Pauschalen sinnvoll ist, um Transparenz und Vergleichbarkeit herzustellen. Eine einheitliche Tarifstruktur heisst nicht, dass die Preise einheitlich sein müssen: Die Preise für die Pauschalen im stationären Bereich sind, wie auch die Preise bei Einzelleistungstarifen, je nach Spital oder Kanton unterschiedlich. Auch für ambulante Pauschalen werden die Preise auf kantonaler oder regionaler Ebene ausgehandelt, sie können daher unterschiedlich sein und von einzelnen Versicherern mit den Leistungserbringern ausgehandelt werden.

Gemäss Absatz 5ter kann der Bundesrat für gewisse Bereiche Ausnahmen vorsehen, um bereits bestehende Pauschalen nicht zu gefährden. Ebenfalls vorgesehen hat der Bundesrat die Möglichkeit, bei den Pauschalтарifen subsidiär tätig zu werden, wenn die zuständigen Akteure selber nicht handeln. Damit wird das heutige Konzept mit dem Primat der Tarifpartnerschaft und subsidiären Eingriffen durch den Bundesrat auch auf die Pauschalen angewendet.

Die Minderheit de Courten will die einheitliche Tarifstruktur auf den Einzelleistungstarif beschränken und die Pauschalierung von ambulanten Leistungen den Tarifpartnern überlassen, um bestehende Pauschalierungen und die Aktivitäten der Tarifpartner in der Entwicklung von Pauschalen nicht zu gefährden.

Die Kommission hat mit 17 zu 3 Stimmen der Fassung des Bundesrates zugestimmt.

In Artikel 47a werden die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer verpflichtet, eine Organisation für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen einzusetzen. Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation festlegen, und subsidiär kann der Bundesrat eine Tariforganisation einsetzen, falls die Tarifpartner keine solche zustande bringen.

Die Kommissionsmehrheit unterstützt das Konzept des Bundesrates. Es entspricht weitgehend der Kommissionsinitiative 17.401 der SGK-N, "Tarifpflege und Entwicklung", die am 19. April 2018 von der Kommission mit 17 zu 5 Stimmen bei 2 Enthaltungen beschlossen worden ist. Der Bundesrat spricht hier von Verbänden statt von Tarifpartnern, um alle Verbände in die Tariforganisation einzubinden. Aktuell ist in der Swiss DRG AG nur ein Versichererverband, nämlich Santésuisse, vertreten. Der zweite Verband, Curafutura, ist ausgeschlossen. Die Swiss DRG AG wurde mit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung gestützt auf Artikel 49 Absatz 2 KVG für den stationären Bereich eingesetzt. Die vorgeschlagene Tariforganisation für den ambulanten Bereich orientiert sich stark an jener des stationären Bereichs. Zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich besteht aber ein grosser Unterschied. Im stationären Bereich bezahlen die Versicherer 45 Prozent und die Kantone 55 Prozent der Kosten, im ambulanten Bereich bezahlen die Versicherer 100 Prozent der Kosten.

Weil die Kantone im stationären Bereich mitfinanzieren, sind sie auch Träger bei Swiss DRG, der Organisation für den stationären Bereich. Da die Kantone im ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren, sollen sie gemäss Bundesrat und Kommissionsmehrheit nicht in dieser neuen Tariforganisation für den ambulanten ärztlichen Bereich vertreten sein. Sobald wir eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen haben werden, werden indes auch die Kantone Teil dieser Tariforganisation werden müssen.

Die Minderheit I (Prelicz-Huber) will die Kantone bereits jetzt als dritten Partner aufnehmen. Die Kommission hat diesen Antrag mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.

Die Minderheit II (Hess Lorenz) sowie die Minderheit III (de Courten) wollen Artikel 47a Absätze 2 und 3 streichen. Die Streichung von Artikel 47a Absatz 2 wird damit begründet, dass es aus Kostengründen nicht angezeigt sei, für andere ambulante Leistungserbringer wie Chiropraktoren, Physiotherapeuten und Hebammen eine Tariforganisation zu schaffen, zumal der Bundesrat, gestützt auf Artikel 43 Absatz 5 KVG, immer subsidiär eingreifen kann. Die Kommission hat sich mit 14 zu 9 Stimmen bei 2 Enthaltungen für den Entwurf des Bundesrates entschieden. Ebenfalls mit 14 zu 9 Stimmen bei 2 Enthaltungen hat sich die Kommission bei Artikel 47a Absatz 3 für den jetzigen Antrag der Kommissionsmehrheit entschieden und eine Streichung abgelehnt. Zuvor hatte die Kommission mit 25 zu 0 Stimmen den Entwurf des Bundesrates insofern modifiziert, als die betroffenen Organisationen vor dem Entscheid konsultiert werden sollen.

Die Kommissionsminderheiten, welche Absatz 3 von Artikel 47a streichen möchten, argumentieren mit den Erfahrungen der Einführung der Swiss DRG, als die Tarifpartner Organisationsfragen autonom gelöst haben und keine Vorgaben des Bundesrates brauchten. Der Bundesrat müsse erst subsidiär eingreifen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen könnten, wie es die Minderheit III (de Courten) in Absatz 4 vorsieht.

AB 2020 N 773 / BO 2020 N 773

Die Minderheit III will eine stärkere Handlungskaskade. Der Bundesrat soll im Rahmen seiner subsidiären Kompetenzen eingreifen und Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung aufstellen, wenn die Tarifpartner keine Organisation zustande bringen. Erst wenn die Tarifpartnerschaft weiterhin nicht funktioniert, setzt der Bundesrat die Tariforganisation für die Tarifpartner verpflichtend ein. Die SGK-N ist dem Konzept des



Bundesrates gefolgt und hat das Konzept der Minderheit III mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt. In Artikel 47b geht es um die Datenbekanntgabe an die Behörden, welche sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Mit Artikel 47a Absatz 7 haben wir entschieden – d. h., es ist der einstimmige Entscheid der SGK –, dass der Bundesrat die ausgehandelte Tarifstruktur genehmigen muss. Für diese Überprüfung braucht er Daten. Es geht um die Transparenz der ausgewiesenen Kosten sowie um eine effiziente Leistungserbringung. Ohne Daten kann der Bundesrat die Unterlagen nicht prüfen. Die Kommission hat der Fassung des Bundesrates mit 17 zu 8 Stimmen zugestimmt.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Maillard Pierre-Yves (S, VD), pour la commission: Au premier article que nous traitons dans ce bloc, l'article 43 alinéa 5, il s'agit de prévoir également pour les tarifs forfaitaires, une structure nationale uniforme. Les tarifs forfaitaires dans le domaine ambulatoire sont possibles, ils existent, ils se développent lentement, mais ils ne sont pas soumis à l'obligation de répondre à une structure tarifaire uniforme sur le plan national. Le Conseil fédéral propose d'introduire cette obligation.

Elle paraît nécessaire à la majorité de la commission dans la mesure où, dans le domaine ambulatoire, vous savez que les patients sont libres de se faire traiter dans n'importe quel canton. Par conséquent, si des forfaits sont développés, il serait nécessaire qu'ils soient les mêmes dans l'ensemble du pays de manière à éviter qu'ils soient détournés au profit de prestations fournies ailleurs que dans le canton où ces forfaits auraient été établis. Il est aussi très important d'avoir une vue d'ensemble des forfaits pour éviter que l'on établisse des facturations à la fois selon un tarif forfaitaire et selon un tarif à l'acte. Dans le domaine stationnaire, on a vu ce genre de choses se faire: un certain nombre de prestations de soins qui étaient auparavant fournies dans le cadre du traitement hospitalier ont été dispensées tout à coup en ambulatoire, en plus du forfait versé pour le stationnaire. Cette évolution doit être évitée dans le domaine ambulatoire, où le risque que de telles situations se présentent est encore plus grand, puisque l'unité de temps et l'unité de lieu que l'on connaît dans le domaine stationnaire n'existe pas dans la même mesure dans le domaine ambulatoire.

C'est la position du Conseil fédéral suivie par la majorité de la commission. La minorité de Courten souhaite éviter d'imposer une structure nationale uniforme pour les tarifs forfaitaires dans le domaine ambulatoire.

La commission, qui s'est prononcée par 17 voix contre 3 et 3 abstentions, a donc suivi le Conseil fédéral à une très nette majorité.

Ensuite, il s'agit de l'institution d'une organisation tarifaire, d'un bureau tarifaire pour le secteur ambulatoire, par analogie avec ce qui existe dans le domaine stationnaire avec la société Swiss DRG. Le Conseil fédéral propose de créer une telle organisation tarifaire aussi pour le secteur ambulatoire. Sa constitution serait placée sous la responsabilité des fédérations d'assureurs et des fédérations de patients, à qui il reviendrait de mettre sur pied, par analogie à ce qui a été fait avec Swiss DRG, une telle organisation tarifaire ambulatoire. A défaut, le Conseil fédéral pourrait instaurer une telle organisation et en définir les principes de fonctionnement.

Sur ce point, les minorités II (Hess Lorenz) et III (de Courten) souhaitent renoncer à étendre les pouvoirs du Conseil fédéral, non seulement en évitant de lui donner la compétence de fixer des principes de fonctionnement, mais aussi en évitant d'étendre la structure tarifaire ambulatoire et la participation à ce bureau tarifaire ambulatoire à d'autres secteurs, comme les physiothérapeutes ou d'autres fournisseurs de prestations ambulatoires qui ne sont pas des prestations ambulatoires médicales. Ces deux pouvoirs confiés au Conseil fédéral par la majorité de la commission sont donc contestés par les minorités II et III. La possibilité pour le Conseil fédéral d'obtenir des données gratuitement de la part des acteurs dans son processus de ratification de la structure tarifaire fournie par ce bureau tarifaire est également contestée.

Les propositions à l'origine de ces minorités ont été rejetées par la commission par, respectivement, 14 voix contre 9 et 2 abstentions et 16 voix contre 8 et 1 abstention.

La majorité de la commission part du principe que les expériences faites par Swiss DRG doivent nous inspirer. Il est faux de penser que Swiss DRG s'est développée de manière parfaite et harmonieuse. Il y a eu de nombreuses difficultés dans le développement de la structure tarifaire stationnaire par Swiss DRG, notamment une grande difficulté d'obtenir les données des hôpitaux. Plusieurs années après l'instauration du nouveau tarif, des hôpitaux ne fournissaient toujours pas les données. Nous avons également été confrontés à la difficulté d'avoir un groupe d'assureurs uni puisque, comme vous le savez et comme l'a dit Mme Humbel, la rapporteuse de langue allemande, les assureurs n'ont pas réussi à se mettre d'accord pour être tous représentés dans la structure tarifaire Swiss DRG. Dans ces conditions, on a vu que la difficulté d'obtenir les données en temps voulu, la difficulté d'avoir une vraie représentativité de l'ensemble des partenaires, a conduit le Conseil fédéral, pour cette structure tarifaire dans le domaine ambulatoire, à tirer un certain nombre de conclusions et à demander un certain nombre de pouvoirs supplémentaires, ce qui semble pouvoir nous éviter d'attendre aussi



longtemps pour avoir une structure tarifaire à peu près fonctionnelle. Cela a été très long pour Swiss DRG, cela ne devra pas être aussi long dans le domaine ambulatoire.

Voilà pourquoi la majorité de la commission vous invite à suivre ses décisions et à rejeter les propositions de minorité que j'ai présentées.

Art. 43

Antrag der Mehrheit

Abs. 5, 5ter

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Röstli)

Abs. 5

Unverändert

Abs. 5ter

Streichen

Art. 43

Proposition de la majorité

Al. 5, 5ter

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Röstli)

Al. 5

Inchangé

Al. 5ter

Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20478)

Für den Antrag der Mehrheit ... 131 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 58 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 47a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 2, 4, 6, 7

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Er kann nach Konsultation der betroffenen Organisationen die Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation festlegen.

AB 2020 N 774 / BO 2020 N 774

Abs. 5

Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet ...

Antrag der Minderheit I

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Moret Isabelle, Porchet, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Abs. 1

Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch zusammengesetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist.

Abs. 4

... so setzt der Bundesrat sie für die Parteien nach Absatz 1 ein.



Antrag der Minderheit II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Lohr, Röstli, Schläpfer)

Abs. 2, 3

Streichen

Antrag der Minderheit III

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Hess Lorenz, Röstli, Schläpfer)

Abs. 1

Die Tarifpartner setzen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist. Die beteiligten Tarifpartner müssen paritätisch vertreten sein.

Abs. 2, 3

Streichen

Abs. 4

... so stellt der Bundesrat unter Wahrung der Tarifautonomie Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung auf.

Abs. 4bis

Führt auch Absatz 4 nicht zu einer Einigung der Tarifpartner auf die Organisation, so setzt der Bundesrat sie für die Tarifpartner verpflichtend ein.

Abs. 5

Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet ...

Abs. 6

Streichen

Abs. 7

Die von der Organisation erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.

Art. 47a

Proposition de la majorité

Al. 1, 2, 4, 6, 7

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Après avoir consulté les organisations concernées, il peut établir les principes relatifs à la forme, au fonctionnement et au financement de l'organisation.

Al. 5

Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement ...

Proposition de la minorité I

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Moret Isabelle, Porchet, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Al. 1

Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, conjointement avec les cantons, une organisation paritaire chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires.

Al. 4

Si l'organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, le Conseil fédéral l'institue pour les parties selon l'alinéa 1.

Proposition de la minorité II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Lohr, Röstli, Schläpfer)

Al. 2, 3

Biffer



Proposition de la minorité III

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Glarner, Herzog Verena, Hess Lorenz, Röstli, Schläpfer)

Al. 1

Les partenaires tarifaires instituent une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance de la structure tarifaire pour les prestations médicales. Ils y sont représentés paritairement

Al. 2, 3

Biffer

Al. 4

... légales, le Conseil fédéral établit les principes relatifs à la forme, au fonctionnement et au financement de l'organisation en préservant l'autonomie tarifaire.

Al. 4bis

Si l'alinéa 4 ne permet pas non plus aux partenaires tarifaires de convenir d'une organisation, il l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires

Al. 5

Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement ...

Al. 6

Biffer

Al. 7

La structure tarifaire à la prestation concernant les prestations médicales élaborée par l'organisation et ses adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20479)

Für den Antrag der Mehrheit ... 119 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 69 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20480)

Für den Antrag der Mehrheit ... 104 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 86 Stimmen

(1 Enthaltung)

Dritte Abstimmung – Troisième vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20481)

Für den Antrag der Mehrheit ... 120 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit III ... 71 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 47b

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Streichen

Art. 47b

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Biffer



La présidente (Moret Isabelle, présidente): Le vote vaut également pour l'article 53.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/20482)

Für den Antrag der Mehrheit ... 116 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 75 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 53 Abs. 1

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Unverändert

Art. 53 al. 1

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Inchangé

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Nous nous sommes déjà prononcés sur la proposition de la minorité Hess Lorenz à l'article 47.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. II, III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. II, III

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Änderung anderer Erlasse

Modification d'autres actes

Ziff. 1, 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. 1, 2

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté



Ziff. 3 Art. 27

Antrag der Kommission

Abs. 1

Das BSV ist befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung und die Tarife zu regeln.

Abs. 2

Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife festlegen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

Abs. 3

Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen die Kosten der Eingliederungsmassnahmen übernommen werden.

Abs. 4

Tarife, bei denen Taxpunkte für Leistungen oder für leistungsbezogene Pauschalen festgelegt werden, müssen für die gesamte Schweiz auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Parteien nicht einigen, so legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

Abs. 5

Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.

Abs. 6

Kommt kein Vertrag nach Absatz 1 zustande, erlässt das EDI auf Antrag des BSV oder des Leistungserbringers eine anfechtbare Verfügung zur Regelung der Zusammenarbeit der Beteiligten und der Tarife.

Abs. 7

Können sich Leistungserbringer und das BSV nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann das EDI den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt es nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Abs. 8

Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG sind verpflichtet, dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 3 bis 5 notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 9

Bei einem Verstoss gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 8 kann das EDI gegen die Verbände der Leistungserbringer, gegen die Organisation nach Artikel 47a und gegen die betroffenen Leistungserbringer Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

Ch. 3 art. 27

Proposition de la commission

Al. 1

L'OFAS est autorisé à conclure des conventions avec le corps médical, avec les associations des professions médicales et paramédicales ainsi qu'avec les établissements et les ateliers qui appliquent les mesures d'instruction et de réadaptation, afin de régler leur collaboration avec les organes de l'assurance ainsi que les tarifs.

Al. 2

Le Conseil fédéral peut établir les principes à respecter pour que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée, ainsi que les principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Al. 3

En l'absence de convention, le Conseil fédéral peut fixer les montants maximaux des frais des mesures de réadaptation qui sont pris en charge.



Al. 4

Les tarifs attribuant des points aux prestations ou aux forfaits liés aux prestations doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Si les parties ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral en fixe une.

Al. 5

Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.

Al. 6

Si aucune convention n'est conclue en application de l'alinéa 1, le DFI rend, sur proposition de l'OFAS ou du fournisseur de prestations, une décision sujette à recours afin de régler la collaboration des intéressés ainsi que les tarifs.

Al. 7

Lorsque les fournisseurs de prestations et l'OFAS ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention

AB 2020 N 776 / BO 2020 N 776

tarifaire, le DFI peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

Al. 8

Les fournisseurs de prestations et leurs fédérations ainsi que l'organisation visée à l'article 47a LAMal sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral, sur demande, les données nécessaires à l'exercice des tâches visées aux alinéas 3 à 5. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Al. 9

En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévue à l'alinéa 8, le DFI peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations et des fédérations concernés ainsi qu'à l'encontre de l'organisation visée à l'article 47a. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

Angenommen – Adopté

Block 3 – Bloc 3

Experimentierartikel und Diverses

Article autorisant les projets pilotes et divers

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zu meinen diversen Minderheitsanträgen zum Experimentierartikel 59b.

Absatz 1: Die Pilotprojekte sollen meines Erachtens nicht nur kostendämpfende Wirkung haben, sondern eben auch gleichzeitig die Qualität verbessern. Ich erachte es als wichtig, dies bereits im einleitenden ersten Absatz zu ergänzen. Eine bessere Qualität bringt in der Regel eben auch Kosteneinsparungen mit sich. Eine bessere Qualität zugunsten der Patientinnen und Patienten soll Ziel aller Weiterentwicklungen sein, denn schliesslich stehen die Patientinnen und Patienten und ihr Wohl im Zentrum.

Zudem sollen die Pilotprojekte in Vereinbarungen definiert werden, die Leistungserbringende mit den Versicherern abschliessen, und die Kantone sollen zu den Pilotversuchen angehört werden. Das erachte ich als wichtig.

Wesentlich erscheint mir auch – und da stimmt der Antrag meiner Minderheit mit dem Entwurf des Bundesrates überein –, dass in einem abschliessenden Katalog die Bereiche genannt werden, in denen Pilotversuche durchgeführt werden können. Das erachte ich als wichtig, damit wir am Schluss nicht irgendeine Carte blanche verabschieden, bei der nicht ganz klar ist, was denn alles irgendwann einmal auch vereinbart und vom EDI oder vom Bundesrat noch abgesegnet werden kann. Wir wollen eine abschliessende Aufzählung, um hier eben schon beim Gesetzgebungsprozess Klarheit zu haben. Das erachte ich als wichtig.

Die weiteren Minderheitsanträge zu Absatz 1 betreffen verschiedene Literae, in denen genauer umschrieben wird, in welchen Bereichen Pilotversuche durchgeführt werden können. Hier habe ich drei zusätzliche Möglichkeiten formuliert:

Mit Litera h sollen auch Versuche im Bereich der Ausbildung des Pflege- und Gesundheitspersonals aufgenommen werden: Gerade jetzt in der Corona-Krise haben wir es einmal mehr erlebt, wie wichtig es ist, genügend



Personal zu haben. Wir wissen, dass ein grosser Mangel an Pflegepersonen, aber auch an medizinischem Personal besteht. Darum finde ich es wichtig, hier eine Ergänzung zu machen.

Litera i, "Digitalisierung im Gesundheitswesen": Auch das ist ein Bereich, in dem grosse Chancen stecken. Es sind Effizienzgewinne möglich. Wir sind gerade auch beim elektronischen Patientendossier noch nicht dort, wo wir sein könnten. Auch anderweitig können durch die Digitalisierung Verbesserungen erzielt werden. Das soll eben auch ausprobiert werden können und in diesen Experimentierartikel aufgenommen werden.

Litera j, "Finanzierung von neuen Leistungen zur Erhöhung der Qualität und der Effizienz der Versorgung": Das spricht eigentlich schon für sich, denn sowohl eine höhere Qualität wie auch eine effizientere Versorgung – zum Beispiel auch über die Delegation von Aufgaben – können ebenfalls zu Kosteneinsparungen führen.

Mit meinen Minderheitsanträgen zu Artikel 59b Absatz 1 will ich ausserdem Litera b und Litera c streichen.

Litera b betrifft die Ausweitung von Behandlungsmöglichkeiten im Ausland: Durch das Ritzten des Territorialprinzips untergraben wir unter Umständen die Qualitätsvorgaben, die wir hier in der Schweiz kennen. Wenn wir mehr Leistungen ins Ausland verlagern, untergraben wir aber eben auch die Arbeitsbedingungen in der Schweiz; damit bin ich überhaupt nicht einverstanden. In der Eintretensdebatte hat auch Kollegin Prelicz-Huber gesagt, sie wolle nicht, dass ihre Grosseltern oder Eltern in Indien oder dergleichen gepflegt würden. Genau solche Beispiele kommen dann eben auf. Wir wollen, dass mit unseren Prämiegeldern in erster Linie Behandlungen in unserem Land durchgeführt und auch die Medikamente hier gekauft werden. In Grenzkantonen ist es übrigens bereits heute möglich, Leistungsverträge bezüglich Ausland abzuschliessen; das genügt, weiter ausdehnen wollen wir das nicht.

Zu Litera c, auch das war für uns ein ganz schwieriger Punkt: Hier sollen Möglichkeiten der Lockerung des Vertragszwangs ausgetestet werden – für uns und auch für mich ein absolutes No-Go, denn wir wollen, dass die Krankenkassen mit allen Leistungserbringern abrechnen müssen. Wir wollen nicht eine schrittweise, scheibchenweise Ausdehnung der Vertragsfreiheit, wir wollen nicht, dass die Krankenkassen entscheiden, sondern eben, dass die öffentliche Hand vorgibt, wer mit wem abzurechnen hat. Darum sind wir für die Zulassungssteuerung, aber sicher nicht für das Austesten der Vertragsfreiheit. Dass das Volk das auch so sieht, haben wir erlebt, als wir über die Managed-Care-Vorlage abgestimmt haben. Damals war das nämlich einer der Punkte, die am Schluss diese Vorlage zu Fall gebracht haben.

Im Vorfeld dieses Experimentierartikels wurde im Parlament auch ein Vorstoss von unserem ehemaligen Kollegen Brand eingereicht. Dort wurde eigentlich in Abrede gestellt, dass es auch darum gehen solle. Das hat der Bundesrat ganz klar geäussert. Ich bin enttäuscht, dass das Thema jetzt in der Vorlage ist. Ich bitte Sie sehr, diese Litera c nun auch zu streichen.

Dann habe ich noch eine kurze Ergänzung zu Absatz 5. Dort geht es darum, dass bei der Evaluation auch noch eine wissenschaftliche Begleitung der Pilotversuche hinzukommt. Ich glaube, es ist wichtig, bei den Pilotversuchen auch die Wissenschaft an Bord zu haben. Natürlich ist auch die Evaluation ganz wichtig.

Besten Dank für die Unterstützung meiner Minderheiten.

Nantermod Philippe (RL, VS): Des essais pilotes: oui, pour le principe. Le groupe libéral-radical veut un article sur les essais pilotes depuis des années, et nous sommes très satisfaits qu'il apparaisse enfin dans la loi sur l'assurance-maladie. Le but de ces essais pilotes doit être de réduire les coûts ou de limiter leur augmentation, en l'occurrence d'améliorer l'efficacité dans le domaine de l'assurance-maladie. Pour cela, nous soutenons le concept de la majorité, c'est-à-dire celui qui vise à biffer la liste exhaustive des domaines dans lesquels le Conseil fédéral peut intervenir. Par contre, nous voulons toujours qu'il y ait des règles de base qui figurent au début de l'article.

Si, ce qui paraît impossible, le Parlement décidait de suivre la minorité Gysi Barbara et voulait réintroduire la liste exhaustive, nous avons évidemment des prises de position par rapport à cette liste. La première de cette position, c'est la minorité I que je suis en train de défendre et qui porte mon nom.

Ma minorité vise à changer les termes de "traitements à l'étranger" par les termes de "prestations à l'étranger". Nous avons tous en tête des cas où des dépenses médicales à l'étranger coûtent beaucoup moins cher qu'en Suisse. Cela concerne notamment des médicaments et des opérations qui ne sont souvent d'ailleurs pas couvertes par l'assurance obligatoire, et c'est souvent dans ce genre de cadre que l'on en entend parler. Dans le cadre d'un essai pilote, il nous paraît utile de pouvoir mettre en concurrence des prestataires

AB 2020 N 777 / BO 2020 N 777

de soins en Suisse et des prestataires de soins à l'étranger dans l'ensemble du domaine médical.

Je rappelle ici que le rôle de l'assurance-maladie n'est pas de financer des prestataires de soins, mais de financer des prestations à l'assuré. S'il y a des prestations de qualité égales et si nous pouvons offrir des coûts



inférieurs, il est évidemment intéressant de se pencher sur la concurrence proposée à l'étranger, comme c'est le cas d'ailleurs dans tous les autres domaines d'activité économique.

J'en profite, puisque j'ai la parole, pour m'exprimer au nom du groupe libéral-radical. Nous, libéraux-radicaux, au cas où nous retiendrions la solution de la minorité qui propose une liste exhaustive, refuserions les autres propositions de minorité, car elles aboutiraient en réalité à augmenter les coûts de la santé. Il s'agirait, par exemple, de la proposition qui vise à introduire une caisse-maladie unique cantonale, de celle relative à un deuxième avis médical, au financement de nouvelles prestations. Ces propositions sont peut être intéressantes, mais elles ne conduisent pas à une réduction des coûts ou à une amélioration de l'efficacité.

De la même manière, la proposition qui vise à biffer la possibilité de donner aux assureurs la liberté de contracter, c'est-à-dire de réduire le libre choix du médecin dans certains cas d'assurance devrait pouvoir faire l'objet d'une expérimentation. C'est bien pour mettre en oeuvre des propositions de ce genre que nous examinons un article sur les essais pilotes.

Enfin, à l'alinéa 5, nous soutiendrons la proposition qui prévoit d'introduire des exigences minimales. Cette proposition a pour but de préciser que toutes les tentatives, tous les essais, tous les projets pilotes doivent être réversibles. Un essai pilote ne doit pas faire entrer par la petite porte un dispositif à caractère définitif. Ce point est essentiel et logique.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Ich vertrete hier drei Minderheitsanträge. Der erste betrifft Artikel 59b Absatz 1 Buchstabe d. Da geht es um die Diskussion rund um eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Es kann interessant sein, das in einem Pilotversuch anzuschauen. Es muss aber sehr genau überprüft werden, was das dann wirklich heisst und wie die Qualität weiterhin gehalten werden kann. Ebenfalls wichtig ist, dass es keine Kostenabwälzung auf die Patienten und Patientinnen gibt. Die ambulanten Spitex-Leistungen beispielsweise sind heute deutlich zu tief finanziert. Für Patienten und Patientinnen sind via die Krankenkassen nur sehr wenige Stunden bezahlt. Die allermeisten Spitex-Organisationen sind zudem zu knapp ausfinanziert. Wichtig ist deshalb für uns, wenn wir von einer einheitlichen Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich sprechen, dass die Kantone eingebunden werden. Ich habe die grosse Diskussion schon vorher geführt. Auch hier gilt wieder dasselbe: Die Kantone sind mit in der Steuerung drin, sie sind für die Versorgungssicherheit und auch für Teile der Finanzierung zuständig – also sollen sie bitte auch einbezogen werden.

Beim zweiten Minderheitsantrag geht es um Buchstabe f. Die Kantone, die das wünschen, sollen die Möglichkeit haben, eine kantonale Kasse zu gründen. Ganz im Unterschied zu meinem Vorredner bin ich der Ansicht, dass wir verschiedenste Studien haben, die sehr deutlich zeigen, dass eine öffentliche Krankenkasse massiv Geld sparen kann. Sie soll dann ja als Sozialversicherung geführt werden mit der Aufgabe, die Bevölkerung flächendeckend für Heilungskosten bei Krankheit zu versichern.

Damit wäre der Pseudomarkt oder, wie es so schön heisst, der regulierte Markt weg, der ja bis heute weder mehr Effizienz noch mehr Qualität gebracht hat, dafür aber eine gigantische Risikoselektion. Statt Gesundheitsförderung brachte er x komplizierte Modelle mit viel Werbung, mit viel Verwaltungsaufwand und hohen Managersalären. Schon während ich erzähle, sehen Sie, wie viel Sparpotenzial da drin ist. Chronisch Kranke können dann nicht abgeschoben werden – das, was die Krankenkassen heute versuchen. Damit hat die Krankenkasse endlich einen Anreiz, für mehr Qualität oder Effizienz bei der Versorgung zu schauen.

Eine öffentliche Krankenkasse hat auch einen Anreiz für Prävention, weil sie eben nicht eine kurzfristige, kostengünstige Variante ausarbeiten muss, sondern längerfristig hinschauen kann. Damit ist sie auch für die Leistungserbringer günstiger, weil sie nur noch eine einzige Ansprechperson haben und nicht mehr mit x Krankenkassen verhandeln müssen.

Wir sollten also das Experiment jetzt versuchen und es mit den Kantonen, die das wollen – und es gibt solche –, starten. Aufgrund des Artikels haben wir die Möglichkeit hinzuschauen, wie viel Kosten tatsächlich gespart wurden.

Wir bitten Sie also, hier der Minderheit zuzustimmen und damit den Kantonen, die sie wollen, diese Möglichkeit zu geben.

Noch zum dritten Minderheitsantrag, zu Buchstabe g: Auch da, Kollege Nantermod, gibt es verschiedenste Studien, die sehr deutlich zeigen: Zweitmeinungen einzuholen, spart Kosten, teilweise sogar hohe Kosten. Es ist ja nicht ein Muss in unserem Antrag, es ist eine Möglichkeit, die bekannt gemacht werden soll. Es ist vor allem dann wichtig, wenn es sich um teure Behandlungen oder um teure Operationen handelt.

Es gibt nicht zuletzt für die Patienten und Patientinnen eine deutlich höhere Sicherheit. Sie können gelassener in eine Operation gehen, wenn zwei Ärzte oder Ärztinnen die gleiche Meinung geäußert haben. Damit haben wir eine höhere Garantie, dass die Operation gutgeht und damit kostengünstiger ist.



Wir können, das ist der Vorteil dieses Experimentierartikels, alle diese Projekte auswerten. Wir bitten Sie deshalb, auch bei diesem Minderheitsantrag mitzumachen.

Porchet Léonore (G, VD): Ma première proposition de minorité concerne la lettre e et elle a pour but d'élargir le cadre des projets pilotes à la prévention et à la promotion de la santé. En effet, ces activités de la part des fournisseurs et fournisseuses de prestations ne sont actuellement pas soutenues par un remboursement via la LAMal.

Or, les maladies non transmissibles comme le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les affections respiratoires chroniques touchent un quart de la population suisse. Avec les troubles musculosquelettiques, ce que nous pouvons aussi appeler les maladies de civilisation, car elles sont les conséquences de notre organisation sociale défavorable à la santé, ces maladies de civilisation donc, occasionnent environ 40 pour cent des dépenses de santé. En effet, les phases de la maladie étant souvent longues, le traitement est lourd et prend du temps.

Face à ces maladies, la prévention permet d'agir en réduisant les risques de tomber malade. Elle permet aussi de diminuer les besoins en soins et, ainsi, de faire baisser effectivement les coûts de la santé, comme que l'a appelé de ses vœux M. Nantermod. Par exemple, dans le cas du diabète, les soins podologiques améliorent la qualité de vie des patients tout en diminuant le nombre d'amputations, ce qui constitue une économie substantielle. Dans le même ordre d'idée, la Fédération des hôpitaux vaudois a conduit une expérience pour prévenir les escarres. En formant de façon adéquate les collaborateurs et collaboratrices, le nombre d'escarres a été réduit de 50 pour cent, ce qui a entraîné une diminution des coûts de la santé.

Les personnes gravement atteintes par le Covid-19 sont celles, quel que soit leur âge, qui sont déjà atteintes dans leur santé. La meilleure protection face à cette pandémie et à celles qui vont suivre est une politique de santé axée sur la santé publique, avec des moyens forts pour la prévention.

En parallèle, la promotion de la santé crée un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé.

La promotion de la santé, en particulier auprès des enfants et des adolescents, revêt un grand intérêt puisque leur comportement a ensuite une influence sur leur santé à l'âge adulte. Ainsi, c'est une bonne partie de notre population qui pourrait, à terme, être moins malade si nous consacrons en amont des moyens dans la promotion de la santé. En gardant les gens en santé, le système évite qu'ils sollicitent des prestations de soins. Cela améliore la qualité de vie de toutes et tous, la santé publique en général et diminue les coûts de la santé.

De plus, cet ajout est complémentaire au soutien de la prévention déjà prévu par la LAMal à l'article 19, puisqu'il

AB 2020 N 778 / BO 2020 N 778

s'agirait de mettre en place des projets pilotes de financement de la prévention et de la promotion de la santé, en étroit lien avec la coordination et l'intégration des soins, justement en dehors de l'article 19 et des actions de Promotion Santé Suisse. Cela permettrait d'intensifier les outils de prévention et de promotion de la santé, qui permettent effectivement de réduire les coûts tout en améliorant la qualité de vie de toutes et tous.

A propos de ma deuxième proposition de minorité à l'alinéa 6, je rappellerai en préambule que lutter contre la hausse des coûts est indispensable, mais le faire de manière éthique, juste et humaine, c'est mieux. C'est en somme ce à quoi vise cette proposition: veiller à préserver deux principes majeurs de notre système de soins, sa haute qualité et l'égalité de traitement entre les assurés.

La santé est un bien précieux et la qualité des soins en Suisse n'est pas le signe qu'il faut diminuer les moyens qui y sont alloués. Au contraire, la crise sanitaire majeure que nous traversons à cause du Covid-19 démontre que les appétits néolibéraux visant à rendre notre système de santé rentable et compétitif au détriment de la qualité sont dangereux.

Les projets pilotes vont aller dans différentes directions. Ils donneront différents résultats intéressants, dont un certain nombre seront certainement positifs pour l'économicité des coûts de la santé.

Un cadre doit alors être posé une fois le moment venu d'appliquer ou non un nouveau modèle issu de ces essais. Ce cadre doit assurer d'une part que l'économicité ne serait pas réalisée aux dépens de la qualité des soins, et d'autre part que tout assuré aurait droit à ce nouveau modèle de manière égalitaire. C'est à cette condition que cette réforme se ferait au bénéfice du plus grand nombre.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Mit der Einführung eines Experimentierartikels im KVG soll der rechtliche Rahmen gesetzt werden, in welchem Leistungserbringer und Versicherer Versorgungsmodelle testen können,



wenn solche Modelle das geltende KVG verletzen. Wenn solche Versorgungsmodelle kostendämpfend wirken und die Qualität nicht verringern, können sie zu einer Änderung im KVG führen. Das ist die Idee des Experimentierartikels.

Nun gibt es aus Sicht der SP-Fraktion doch wichtige Fragen, die in diesem Zusammenhang geklärt werden müssen, damit dieser Experimentierartikel zum Fliegen kommt. Solche Pilotprojekte tangieren die Interessen der Patientinnen und Patienten in besonderer Weise. Es ist daher gerechtfertigt, Patienten- und Verbraucherorganisationen in die Aufnahme- und Bewertungsverfahren der Pilotprojekte einzubeziehen, um sicherzustellen, dass diese Interessen auch vertreten werden. Dazu gehören der diskriminierungsfreie Zugang zu Gesundheitsdiensten, die Rückerstattung erhaltener Leistungen und die Sicherung der Qualität der Dienste. Wir sind der Meinung, dass es sinnvoll ist, die Rolle der Patientinnen und Patienten zu stärken; denn kostendämpfend wirkt auch, wenn Versicherte ein höheres Kostenbewusstsein entwickeln können, wenn ihre Sichtweise in die Entwicklung und Umsetzung solcher Experimente mit aufgenommen wird.

Deshalb fordern wir mit meinem Minderheitsantrag eine Ergänzung von Absatz 3 in Artikel 59b. Diese Ergänzung soll verhindern, dass Patienten aufgrund ihrer geografischen, medizinischen oder finanziellen Situation von der Dienstleistung ausgeschlossen werden.

Eine andere wichtige Frage ist – und das ist der zweite Minderheitsantrag -: Wer kann sich für die Durchführung eines Pilotprojektes zusammenschliessen, und welche Bedingungen stellen wir? Gibt es eine Vetomacht? Wichtig für Pilotprojekte, die zu einer Gesetzesänderung im KVG führen und dann auch für die ganze Schweiz gelten könnten, ist eine gewisse Grösse, damit die Resultate aussagekräftig sind. Es reicht deshalb nicht, wenn sich eine regionale Krankenkasse und ein regionaler Leistungserbringer zusammenschliessen und etwas testen, das ausserhalb des KVG liegt. Das heisst noch lange nicht, dass das für die ganze Schweiz funktioniert und sinnvoll ist.

Deshalb wollte ja der Bundesrat ursprünglich eine Verpflichtung zur Teilnahme einführen, indem er sagt: Wenn durch die freiwillige Teilnahme eine gewisse Repräsentanz nicht erfüllt ist, können Versicherer oder Leistungserbringer zur Teilnahme verpflichtet werden. Mit diesem Zwang ging der Bundesrat vielleicht ein wenig zu weit, weil doch auch einleuchtend ist, dass Innovation und Experimentierfreude nicht einfach befohlen werden können.

Nun möchten wir mit diesem Minderheitsantrag zu Absatz 4 einen Mittelweg vorschlagen, der ursprünglich von Herrn Kollege Lohr in die Kommission eingebracht wurde und dann aufgrund einer krankheitsbedingten Abwesenheit nicht von ihm vertreten werden konnte. Mit diesem Minderheitsantrag schlagen wir vor, dass festgeschrieben wird, dass die Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer oder die Mehrheit der Versicherer mit dem Projekt einverstanden sein müssen. Dieser sanfte Zwang ist pragmatisch und hilft gleichzeitig, dass die Pilotprojekte eine gewisse Repräsentanz aufweisen und eine Plausibilisierung der Resultate erlauben. Ich danke Ihnen, wenn Sie die Minderheiten zu Absatz 3 sowie zu Absatz 4 unterstützen.

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

Schluss der Sitzung um 22.05 Uhr
La séance est levée à 22 h 05

AB 2020 N 779 / BO 2020 N 779