



20.332

**Standesinitiative Freiburg.
Freiburger Modell
der pharmazeutischen Betreuung
in Pflegeheimen**

**Initiative déposée
par le canton de Fribourg.
Modèle fribourgeois d'assistance
pharmaceutique dans les EMS**

Vorprüfung – Examen préalable

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 16.12.21 (VORPRÜFUNG - EXAMEN PRÉALABLE)

Antrag der Mehrheit

Der Initiative keine Folge geben

Antrag der Minderheit

(Gapany)

Der Initiative Folge geben

Proposition de la majorité

Ne pas donner suite à l'initiative

Proposition de la minorité

(Gapany)

Donner suite à l'initiative

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, erste Vizepräsidentin): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten.

AB 2021 S 1430 / BO 2021 E 1430

Müller Damian (RL, LU), für die Kommission: An unserer Sitzung vom 10. November 2021 haben wir die Standesinitiative Freiburg beraten. Ich spreche heute als Berichterstatter und somit als Vertreter der Mehrheit der Kommission zu Ihnen. Die Standesinitiative fordert, dass die nötigen Gesetzesbestimmungen erlassen werden, damit Gruppen von Gesundheitsfachpersonen umfassende Leistungen zugunsten von Patientengruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen können.

Der Ansatz klingt auf den ersten Blick vielversprechend. Es gibt nach Ansicht der Mehrheit der Kommission ein grosses Aber: Es ist unklar, ob das Freiburger Modell mit der neuen Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung vereinbar ist. Konkret beruht das Modell auf einem System der pauschalen Vergütung und sieht ein Pflichtenheft für den verantwortlichen Apotheker oder die verantwortliche Apothekerin vor. Diese Pauschale kollidiert mit dem Gedanken des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen. Wenn eine solche Pauschale schweizweit gelten würde, könnten die Krankenversicherer nämlich wieder eine Risikoselektion vornehmen. Der Risikoausgleich stellt aber ein wichtiges Instrument der solidarischen Krankenversicherung dar.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat mehrere runde Tische zu dieser Problematik einberufen, um mit den Betroffenen eine Lösung zu finden. Das letzte Treffen fand am 17. Oktober 2019 statt. An diesem





runden Tisch wurde ein Modell vorgestellt, das derzeit im Kanton Tessin erarbeitet wird. Es entspricht den gesetzlichen Anforderungen und stösst sowohl bei den Versicherern als auch beim EDI auf Anklang. Das Modell ist zwar interessant, erfordert jedoch eine nicht unerhebliche Investition. Diese wird von den Freiburger Partnerinnen und Partnern abgelehnt mit der Begründung, es existiere mit dem abgeschafften Freiburger Modell bereits ein effizientes System.

Eine Minderheit machte in der Kommission geltend, dass sich das Freiburger System bereits fünfzehn Jahre lang bewährt habe. Mit diesem Modell könnten pro Jahr über 3 Millionen Franken eingespart werden. Die Abschaffung des Systems der pauschalen Abrechnung der Medikamente sei in ihren Augen falsch.

Um diese Situation vertieft zu analysieren, wird die Verwaltung auf die nächste Sitzung unserer SGK hin eine breite Auslegeordnung vornehmen. Dann können wir anhand dieser Grundlage über das weitere Vorgehen entscheiden. Im Bericht soll insbesondere zum Ausdruck kommen, ob es politischen Handlungsbedarf gibt oder ob das Freiburger Modell eben doch bereits mit dem bestehenden Recht umgesetzt werden kann. Die Verwaltung ist bereit, diesen Bericht über die Umsetzung bis zur ersten Sitzung 2022 vorzulegen. Der Handlungswille des Parlamentes ist damit unbestritten.

Vor diesem Hintergrund wurde die Standesinitiative von der Kommission mit 9 zu 1 Stimmen bei 2 Enthaltungen abgelehnt. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Gapany Johanna (RL, FR): On ne peut pas dire que je pars gagnante vu le résultat en commission, mais il me semble important de faire la lumière sur un blocage pour lequel il existe des solutions. On a vécu un débat animé la semaine dernière pour freiner l'évolution des coûts de la santé. Les débats ont démontré qu'il y avait au sein de notre conseil une réelle volonté de trouver des pistes pour maîtriser les coûts de la santé. Alors on trouve une majorité sur l'objectif; sur les mesures, c'est moins évident. Personne ne veut prendre de risque sur la qualité ou sur une limitation de l'accès aux soins et c'est bien normal.

Mais on a, avec cette initiative déposée par le canton de Fribourg, une solution à creuser, vraiment. Une solution qui a déjà fait ses preuves puisqu'elle a été testée pendant des années – c'était, plus précisément, le cas de 2002 à 2018. Contrairement à d'autres spécialités fribourgeoises, celle-ci peut et devrait être copiée par les autres cantons. Sauf qu'il y a aujourd'hui un frein, et le rapporteur est d'ailleurs revenu largement là-dessus. C'est aussi la raison pour laquelle on en parle aujourd'hui. Depuis 2018, ce modèle est bloqué en raison de l'adaptation d'une ordonnance qui exige désormais que les données soient fournies de manière individuelle.

Pour bien comprendre, je reviens sur ce projet. Il permet des économies, c'est sûr, il permet aussi de lutter contre la surconsommation de médicaments et de réduire considérablement le gaspillage des médicaments. Il permet surtout d'améliorer la prise en charge des patients. C'est donc un système de collaboration entre les pharmaciens, les homes, les EMS et les médecins. C'est un groupe de professionnels qui calcule un forfait pour un groupe de patients, c'est fait par un organe de monitoring. Le but est bien sûr d'optimiser la prise en charge, mais aussi de garantir la sécurité qui est liée à la médication.

On parle largement et à raison de la compensation des risques, parce que c'est important. Mais la compensation des risques est aussi prévue dans ce système: chaque établissement redonne 70 pour cent du bénéfice ou de l'économie réalisée grâce au forfait médicament. Une compensation est ensuite versée aux établissements perdants. Il peut par exemple s'agir de petites structures dans lesquelles il y a des patients qui ont besoin de traitements plus chers. Avec ce pot commun, il y a deux options: soit le pot est rempli et l'argent est restitué aux caisses d'assurance-maladie – c'est une bonne nouvelle. Soit le pot est vide et il faut augmenter le forfait. Prenons les économies, parce que cela devient très intéressant – et je pense que nous devons en être tous conscients. Le coût journalier en 2016, à Fribourg, était de 4,80 francs par patient, soit 4,5 millions de francs par an pour 2600 résidents. Le coût journalier de référence suisse était de 8,55 francs, contre 4,80 francs à Fribourg, soit plus de 8 millions de francs par an sur la base des mêmes 2600 résidents. L'économie est de 3 millions par année pour 2600 résidents. Vous pourriez penser que c'est la bonne santé des Fribourgeoises et des Fribourgeois qui est à l'origine de cette économie, mais en réalité, c'est bien le modèle basé sur des forfaits qui permet de réaliser cette importante économie.

Pourquoi est-ce qu'on en parle? Parce que ce projet a fait ses preuves de 2002 à 2018, avec une diminution des coûts de 23 pour cent. Ensuite, l'ordonnance fédérale sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie a été modifiée et une information supplémentaire est désormais exigée: le coût des médicaments doit être transmis de manière individuelle. Ce nouvel indicateur de morbidité, que le rapporteur a évoqué à plusieurs reprises, n'est absolument pas remis en cause par les auteurs de ce modèle. Il existe d'ailleurs des solutions, mais il faudrait que les partenaires tarifaires soient d'accord de s'asseoir à la même table pour en parler.

Je crois que volonté d'agir il y a. Il y a, au sein du Parlement, une volonté de maîtriser les coûts et d'améliorer



la qualité de la prise en charge. Il y a aussi une prise de conscience du gaspillage et de la surmédication. Mais aujourd'hui, lorsqu'on met dans la balance le frein au niveau de l'information, lequel peut être résolu, face à tous les avantages qu'apporte ce système, les assureurs ne voient que le frein et je crois que le Parlement devrait leur montrer la bonne voie qui est celle des solutions et des économies.

Rappelons qu'en 2018 déjà, le Conseil fédéral avait répondu à une interpellation de mon prédécesseur, le conseiller aux Etats Beat Vonlanthen, en affirmant que la compensation des risques n'excluait pas une rémunération forfaitaire des médicaments, pour autant que les partenaires tarifaires trouvent une solution respectant le cadre légal.

C'est donc possible. En théorie, il faut intégrer dans l'assurance obligatoire les instruments qui permettent de prendre en charge les prestations globales d'un groupe de professionnels en faveur d'un groupe de patients. Sur le plan de la pratique, il faut prévoir, et c'est tout à fait possible puisque les auteurs de l'initiative l'ont déjà fait, une base de données qui reporte les éléments nécessaires pour répondre aux exigences de la compensation des risques.

J'insiste sur cet objet parce que son traitement en commission a été particulier, sachant qu'il a été traité alors que le délai arrivait à son terme et, donc, qu'une suspension était impossible. Je pense que c'est un dossier sur lequel nous devons nous pencher de manière plus durable. Alors, la décision que nous avons à prendre aujourd'hui est d'autant plus importante. Nous pouvons confirmer que le progrès et

AB 2021 S 1431 / BO 2021 E 1431

l'innovation ont toute leur place dans notre pays et qu'ils sont d'autant plus souhaités s'ils permettent d'améliorer la prise en charge.

J'espère que c'est votre avis aussi et dans ce cas, je vous invite à soutenir la minorité.

Abstimmung – Vote

Für Folgegeben ... 7 Stimmen

Dagegen ... 19 Stimmen

(3 Enthaltungen)