



21.067

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

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

Zweitrat – Deuxième Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.03.23 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

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

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

Antrag der Mehrheit
Eintreten

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

Proposition de la majorité
Entrer en matière

Proposition de la minorité
(Germann, Dittli, Gapany, Kuprecht, Müller Damian)
Ne pas entrer en matière

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Diese zwei Geschäfte, die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" und der indirekte Gegenvorschlag, der auf den Bundesrat zurückgeht, hängen zusammen. Wir behandeln dieses Geschäft als Zweitrat und bereinigen die Differenzen. Ausgangspunkt war, wie gesagt, die Volksinitiative. Die Kostenbremse-Initiative verlangt, dass der Bundesrat zusammen mit den Kantonen, den Versicherern und den Leistungserbringern dafür sorgt, dass sich die Kosten





der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übereinstimmend mit der Wirtschaft und den Löhnen entwickeln. Die Volksinitiative wurde am 10. März 2020 eingereicht. Die Frist für die Behandlung der Volksinitiative läuft bis zum 21. November 2022. Die Frist wurde von uns um ein Jahr verlängert, da ein indirekter Gegenvorschlag vorliegt, also bis zum November 2023.

In der Botschaft legt der Bundesrat dar, dass die Bruttokosten zulasten der OKP zwischen 1996 und 2018 um durchschnittlich 4 Prozent pro Jahr von 12 auf 32 Milliarden Franken angestiegen sind. Wie gesagt, wir sprechen immer von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, nicht von den Zusatzversicherungen. Der Bundesrat befürwortet

AB 2023 S 189 / BO 2023 E 189

grundsätzlich das Anliegen der Initiative, das Kostenwachstum in der OKP und die Belastung der Prämienzahler zu bremsen. Allerdings ist die Koppelung an die Lohnentwicklung für ihn zu starr. Der Bundesrat und der Nationalrat beantragen, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, und stellen ihr einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber.

Diesen indirekten Gegenvorschlag hat der Bundesrat am 10. November 2021 mit der Botschaft für die Vorgabe von Kostenzielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verabschiedet. Er schlägt dem Parlament vor, als indirekten Gegenvorschlag die Vorgabe von Zielen für das maximale Kostenwachstum in der OKP vorzusehen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, welches Ziel für das maximale Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angestrebt wird. Sie beziehen dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure mit ein. Wenn die Ziele überschritten werden, sind die Tarifpartner, die Kantone und der Bund verpflichtet, in den Bereichen in ihrer Verantwortung zu prüfen, ob korrigierende Massnahmen notwendig sind. Solche Massnahmen können beispielsweise die Anpassung von Tarifen oder die Zulassung von Leistungserbringern betreffen.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Die Zielsetzung erhöht die Transparenz und stärkt die Tarifpartnerschaft. Die zuständigen Akteure werden in die Verantwortung genommen und medizinisch unnötige Leistungen reduziert. Ziele sollen erreicht werden können, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden. Das ist auch die Aussage des Bundesrates. Er hat eine Regulierungsfolgenabschätzung gemacht. Diese zeige, dass mit der Einführung der Zielvorgabe von einem deutlich spürbaren Kostendämpfungseffekt auszugehen sei. Die konkreten finanziellen Folgen seien allerdings schwer abzuschätzen.

Die Vorgabe von Kostenzielen war ursprünglich Teil des zweiten Massnahmenpakets des vom Bundesrat lancierten Kostendämpfungsprogramms im Gesundheitswesen. Die Kostenziele wurden aus diesem Paket, das im Jahr 2022 vom Parlament angenommen wurde, herausgelöst, und dieser Teil dient nun als Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative – das zur Geschichte.

Die Vernehmlassung erfolgte zusammen mit dem Kostendämpfungspaket 2, da die Kostenziele darin enthalten waren. Sie erfolgte vom 19. August 2020 bis zum 19. November 2020. Die überwiegende Mehrheit der Stellungnehmenden anerkannte die Notwendigkeit der Kostendämpfung. Jedoch äusserten sich viele kritisch gegenüber der vorgeschlagenen Gesetzesänderung und beurteilten das Paket als zu umfassend, zu wenig ausgereift und politisch nicht umsetzbar. Aufgrund dieser Rückmeldungen und der zu klärenden Umsetzungsfragen hat der Bundesrat entschieden, die Zielvorgabe aus den KVG-Änderungen des Pakets 2 herauszulösen und alleine als indirekten Gegenvorschlag zu bringen.

Der Nationalrat hat in der Sommersession 2022 den Entwurf des Bundesrates behandelt und ihn in mehreren Punkten geändert und ergänzt. Wie der Bundesrat will auch der Nationalrat eine Zielvorgabe im KVG einführen, allerdings in einfacherer Form. Er verankerte jedoch Kosten- und Qualitätsziele in der Vorlage: Der Bundesrat soll künftig nach Anhörung aller Akteure im Gesundheitswesen Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für die darauffolgenden vier Jahre und nicht für jedes Jahr festlegen. Jeder Kanton kann sich daran orientieren und ebenfalls Kosten- und Qualitätsziele für die darauffolgenden vier Jahre festlegen. Im Gegensatz zum Bundesrat verzichtete der Nationalrat darauf, in der Vorlage zu konkretisieren, was passieren soll, falls die Kostenziele überschritten werden.

Im Bereich Tarife hat der Nationalrat den beantragten Massnahmen zugestimmt und diese ergänzt. So soll der Bundesrat unverzüglich überhöhte sowie nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen senken. Die Tarifgenehmigungsbehörde soll künftig auch für gewisse Spezialisten die Tarife senken oder die Grundversorger in bestimmten Regionen besserstellen können. Zusätzlich will der Nationalrat die Vertragsfreiheit zwischen den Laboratorien und den Versicherern einführen.

Er hat den Gegenvorschlag mit 104 zu 74 Stimmen bei 5 Enthaltungen in der Gesamtabstimmung angenom-



men. Mit 156 zu 28 Stimmen empfiehlt die grosse Kammer die Kostenbremse-Initiative Volk und Ständen zur Ablehnung.

Ihre Kommission hat den indirekten Gegenvorschlag an drei Sitzungen beraten, wobei sie die Vertreter der Kantone anhörte; grössere Anhörungen hat die Schwesterkommission als Erstrat schon vorgenommen. Dabei haben wir noch keine Empfehlungen zur Volksinitiative beschlossen. Das Ergebnis der Beratung zum indirekten Gegenvorschlag soll zuerst abgewartet werden. Wir werden noch nicht über die Initiative selber diskutieren und abstimmen.

Die Kommission ist mit 8 zu 5 Stimmen auf den indirekten Gegenvorschlag eingetreten und hat mit 6 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen den indirekten Gegenvorschlag in der Gesamtabstimmung angenommen. Die wichtigsten Diskussionen fanden, wenig überraschend, im Zusammenhang mit den Zielvorgaben statt. Die Kommission befürwortet mit 6 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen die Einführung einer Zielvorgabe in der Krankenversicherung, die Transparenz über das Kostenwachstum schaffen und den Kostenanstieg verhindern soll. Dabei befürwortet sie die vom Nationalrat verabschiedeten Kosten- und Qualitätsziele, die der Bundesrat alle vier Jahre festlegen soll.

Jeweils eine Minderheit beantragte, nicht auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten und auf eine Zielvorgabe zu verzichten. Bei den wichtigsten Punkten in der Beratung wurden teilweise Abweichungen zum Konzept des Nationalrates beschlossen. Einige Beschlüsse seien nachstehend kurz aufgeführt. Ich werde sie aber dann in der Detailberatung noch weiter erläutern.

Bei den Laboratorien lehnt die Kommission den vom Nationalrat vorgeschlagenen Systemwechsel zur Vertragsfreiheit klar ab. Die Versorgung würde gefährdet, wenn die Krankenkasse die Kosten für die Analyse nur noch übernimmt, sofern sie mit den ausführenden Privatlaboratorien einen Vertrag abgeschlossen hat. Der Entscheid fiel mit 10 zu 1 Stimmen.

Bei den Tarifen sollen die Bundes- und Kantonsbehörden keine zusätzlichen subsidiären Kompetenzen erhalten. Ebenso soll der Bundesrat nicht beauftragt werden, die veraltete Tarifstruktur Tarmed zu korrigieren; es sei die Aufgabe der Tarifpartner, Massnahmen gegen nicht mehr passende Tarifverträge zu ergreifen. Hier betrug das Abstimmungsverhältnis 7 zu 5 bzw. 8 zu 5 Stimmen. Weiter soll darauf verzichtet werden, die sogenannten Health Technology Assessments (HTA) spezifisch im Gesetz zu verankern. Ansonsten folgte Ihre Kommission den Beschlüssen des Nationalrates. Es wurden mehrere Minderheitsanträge eingereicht, welche der nationalrätlichen Version folgen wollen oder darauf aufbauende Versionen vorlegen.

Ich ersuche Sie im Namen der Kommissionsmehrheit, auf die Vorlage einzutreten und bei den Detailabstimmungen den Empfehlungen der Kommission zu folgen, die ich dann noch erläutern werde.

Germann Hannes (V, SH): Die Kostenbremse-Initiative verspricht tiefere Krankenkassenprämien. Erreicht werden soll dieses hehre Ziel mittels Einführung einer sogenannten Kostenbremse. Die Forderung nach einer Kostenbremse tönt zwar gut, führt aber bei Weitem noch nicht zum Ziel, denn konkrete Hinweise, wie diese Kostenbremse aussehen soll, macht das Initiativkomitee nicht. Ohnehin ist die Initiative eigentlich insofern überflüssig, als der Bund gemäss Artikel 117 der Bundesverfassung bereits heute über eine umfassende Kompetenz zur Regelung der OKP verfügt. Gleichwohl legt der Bundesrat nun einen indirekten Gegenvorschlag vor, der aus Sicht der Minderheit derart überladen daherkommt, dass unweigerlich Zweifel an der Praxistauglichkeit der Vorlage aufkommen.

Der indirekte Gegenvorschlag übersteuert das bestehende KVG-System mit noch mehr planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung. Die Tariffreiheit der Tarifpartner, also von

AB 2023 S 190 / BO 2023 E 190

Leistungserbringern wie Ärzten, Spitälern, Pflege auf der einen Seite und den Krankenkassen auf der anderen Seite, wird durch eine geradezu planwirtschaftlich anmutende staatliche Kostenbürokratie ersetzt. Das praktisch einzige Wettbewerbselement der Tariffreiheit wird übersteuert durch ein fragwürdiges Kostendiktat, implementiert mit den Kostenzielen im neu massiv ausgeweiteten Artikel 54 KVG. Sie enthält darüber hinaus im Kern widersprüchliche Elemente.

Das alles kann ja wohl nicht sein, mögen Sie denken, aber es ist, und wie. Um mit den eben erwähnten widersprüchlichen Elementen zu beginnen: Die Vorlage steht im Konflikt mit laufenden Gesetzesänderungen, so mit den bundesrätlichen Massnahmen zur Kostendämpfung. Ich verweise auf das Paket 1. Es ist vom Parlament in die Teile 1a und 1b aufgeteilt worden. Das Kostendämpfungspaket 1a haben wir behandelt, 1b ist noch in Beratung. Das Kostendämpfungspaket 2 ist noch nicht spruchreif. Stattdessen übersteuert der Bundesrat diese jetzt drei Reformpakete zur Kostendämpfung – die Pakete 1a, 1b und 2 – nun mit einem



vierten, mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative. Unter einer seriösen und gezielten Gesetzgebung stelle ich mir etwas anderes vor. Kann das wirklich gut gehen? Wer soll denn in Anbetracht von vier sich überlagernden Reformpaketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen überhaupt noch den Überblick behalten? Zwei Projekte am gleichen Objekt sind schon anspruchsvoll genug. Mit der Reform ist es wie mit der Medizin: Es kommt auf die richtige Dosis an. Dann ist das Medikament ein Segen. Aber heute sind wir im Begriff, zur Überdosis zu greifen und dem KVG nachhaltigen Schaden zuzufügen. Dass es bei so vielen gleichzeitig offenen Dossiers zu Überschneidungen und Widersprüchen kommen muss, liegt auf der Hand, so geschehen mit den neuen Artikeln 54 KVG und 47c KVG.

Sie erinnern sich: Artikel 47c KVG ist nach einem Rückkommen aus dem Nationalrat in der vergangenen Wintersession, also im letzten Dezember, geändert und verabschiedet worden. In besagtem Artikel 47c KVG wird die im Gesetz verankerte Tarifautonomie für die Tarifpartner konkretisiert. Nun wollen Bundesrat und Kommissionsmehrheit mit dem indirekten Gegenvorschlag in Artikel 54 KVG eine staatliche Kostensteuerung einführen, die dem in der Wintersession 2022, also vor drei Monaten, verabschiedeten Artikel 47c diametral zuwiderläuft.

Denn Artikel 54 regelt im geltenden Recht explizit nur befristete ausserordentliche Massnahmen. Wird die Bestimmung nun zum systemwidrigen Dauerinstrument der Kostensteuerung ausgeweitet, entsteht ein Widerspruch zu Artikel 47c KVG, der die Kostensteuerung in der Verantwortung der Tarifpartner belässt. Es ist nicht seriös, Artikel 54 zu beschliessen, bevor die Wirkung von Artikel 47c evaluiert worden ist. Dazu kommt, dass die neue Bestimmung zu Rationierungen führen würde, wie wir sie aus den Globalbudgets kennen. Das heisst, kostenbewusst arbeitende Leistungserbringer – also Spitäler, Ärzte, Pflegeeinrichtungen, Spitex, die kostenbewusst arbeiten – würden in Sippenhaft genommen, indem sie für das Fehlverhalten anderer Akteure bestraft würden. Das kann und darf doch nicht Ihr Ernst sein! Mit diesem fragwürdigen Hüst und Hott gäben wir gerade als *Chambre de Réflexion* nicht das Bild ab, auf das wir zu Recht stolz sein dürfen.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz müssen in unserem Gesundheitswesen stets die WZW-Kriterien, also Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, sozusagen als harmonischer Dreiklang im Vordergrund stehen. Sowohl bei der Initiative als auch beim indirekten Gegenvorschlag liegt der Fokus aber fast ausschliesslich auf der Kostenseite. Kostenreduktion um jeden Preis geht in Richtung von Einschränkungen der freien Arztwahl für Patientinnen und Patienten. Die willkürliche Regelung des Nationalrates mit der verfehlten Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Laboratorien – da spreche ich von Artikel 37a – lässt grüssen. Dies würde das Hausarztssystem massiv schwächen und zu mehr Bürokratie führen, die medizinische Versorgung im Land schwächen, denn jeder Hausarzt und jede Hausärztin müsste bei einem Auftrag ans Labor prüfen, ob dieses mit der jeweiligen Krankenkasse der Patientin bzw. des Patienten einen Vertrag hat. Dabei haben wir doch gerade während Corona erlebt, wie wichtig ein gut funktionierendes System von Analysen und Labortätigkeit ist.

Abschliessend komme ich nochmals zurück auf die Kernbestimmung im indirekten Gegenvorschlag, Artikel 54 KVG. Jetzt hören Sie gut zu. Im geltenden Recht ist hier die Möglichkeit einer Globalbudgetierung stipuliert, kurz und bündig. Im neuen Artikel 54 spricht der Bundesrat ebenfalls kurz und bündig von Kostenzielen. Doch was nachher folgt, ist unglaublich. Es sollen Kostenziele für alle Leistungen in der gesamten Schweiz erstellt werden, aufgeschlüsselt in die vier Bereiche Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sowie Leistungen der Tarifpartner.

Er, der Bundesrat, bricht die Kostenziele aus diesen vier Bereichen dann auf die 26 Kantone herunter, definiert für alle Kantone eine einheitliche Toleranzmarge und erlässt, wörtlich in Artikel 54 Absatz 2 Litera c, auf Seite 18 der Fahne nachzulesen, "Richtwerte für die Aufteilung des für die Einhaltung des Kostenziels zulässigen Kostenanstiegs auf die einzelnen Kostenblöcke in den Kantonen". Alles klar? Selbstverständlich berücksichtigt er – immer noch der Bundesrat – bei alledem den jeweiligen medizinischen Bedarf und die wirtschaftliche Entwicklung, die Lohn- und Preisentwicklung, die Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie den medizinischen Fortschritt. Damit noch nicht genug: Dann folgen noch die neuen Artikel 54a bis 54e, die dem ganzen Regulierungswahn die teure Bürokratiekrone aufsetzen. Angesichts des Fachkräftemangels ist noch mehr Bürokratie grotesk, denn immer mehr medizinisches Fachpersonal verlässt den Beruf wegen zu viel Bürokratie.

Wem das alles als zu viel des gut Gemeinten erscheint, stimmt mit der Minderheit für Nichteintreten.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Wir haben ein Gesundheitswesen, das qualitativ sehr gut ist. Die Versorgung funktioniert ebenfalls sehr gut. Es gibt aber eine Schattenseite: Das System wird immer teurer. Die Pro-Kopf-Belastung der Bevölkerung nimmt dauernd überproportional zu, weil die Löhne und das BIP nicht im gleichen Mass wachsen wie die Gesundheitskosten. Die wichtigsten Gründe liegen in der Über- und Fehlversorgung.



Seit Jahren sagt das BAG, dass 20 Prozent der Leistungen unnötig sind und eingespart werden könnten. Wenn es aber um Lösungen geht, schieben sich alle den schwarzen Peter zu. Die Ärzte verweisen auf Mangellagen – diese mag es in gewissen ländlichen Gegenden geben –, gleichzeitig aber gibt es in den Städten, besonders bei den Spezialisten, eine Überversorgung. Die Spitäler schieben sofort überfüllte Abteilungen vor, gleichzeitig gibt es aber in vielen Abteilungen und besonders in den Städten diverse Kliniken mit Leerständen. Die Pharmaindustrie wehrt sich gegen Preissenkungen, indem sie einzelne Engpässe vorschiebt. Das tatsächliche Wachstum liegt aber bei den hochpreisigen Arzneimitteln und bei den modernen Gentherapien.

Aus diesen Gründen hat der Bundesrat Kostendämpfungspakete ans Parlament überwiesen. Ebenfalls aus diesen Gründen hat die Mitte die Kostenbremse-Initiative lanciert. Dass es der Bevölkerung unter den Nägeln brennt, hat sich bei der Unterschriftensammlung gezeigt: Die notwendige Zahl Unterschriften wurde schnell erreicht und die Initiative fristgerecht eingereicht.

Die Beratungen der Kostendämpfungspakete und des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremse-Initiative stehen der Volksinitiative aber diametral entgegen. Griffige Massnahmen werden eine nach der anderen abgelehnt oder bis zur Unkenntlichkeit abgeschwächt. Ich erinnere Sie an das Referenzpreissystem für Generika, mit dem man Hunderte von Millionen Franken hätte einsparen können. Es wurde im Parlament abgelehnt, dies, obwohl wir in der Schweiz für Generika im Durchschnitt doppelt so viel bezahlen wie typische Vergleichsländer in Europa. Bei einzelnen Medikamenten bezahlen wir das Fünf- bis Sechsfache. Diese Massnahmen wären den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern direkt mit tieferen Prämien zugutegekommen.

AB 2023 S 191 / BO 2023 E 191

Ebenfalls ablehnen wollte das Parlament verpflichtende Kostensteuerungselemente in Tarifverträgen. Eine solche Lösung gab es bereits in den Nullerjahren. Sie wurde damals auf freiwilliger Basis umgesetzt. Jetzt, bei einer verpflichtenden Umsetzung, liefen die Ärztevertreter Sturm, obwohl damit in keiner Weise eine Mengeneinschränkung vorgesehen war. Erst nach einem Rückkommensantrag aus der Mitte-Fraktion konnte das Parlament einer drastisch abgeschwächten Version der Massnahmen zustimmen – und jetzt, bei der Behandlung des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremse-Initiative, wiederholt sich diese Geschichte.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Die Diskussion wird mit der Vorgabe von Kostenzielen geführt. Dies erhöht die Transparenz und stärkt die Tarifpartnerschaft. Die zuständigen Akteure werden in die Verantwortung genommen, und medizinisch unnötige Leistungen werden reduziert. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates berücksichtigt die Anliegen der Initiative und zeigt zusätzlich auf, wie und mit welchen Massnahmen die vorgesehenen Ziele erreicht werden können, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden. Aber gegen alle Vorschläge erwächst Opposition. Wirkungsvolle Massnahmen, wie mein Antrag sie verlangt, dass unnötige Behandlungen aus dem Pflichtkatalog gestrichen werden, gingen in der Kommission sang- und klanglos unter.

Ein Blick auf die finanzielle Lage zeigt aber die Notwendigkeit von solchen Massnahmen. Im vergangenen Jahr entstand in der Grundversicherung ein Verlust von 1,5 Milliarden Franken. Das hat dazu geführt, dass die Reserven der Krankenversicherer gemäss dem Bundesrat mittlerweile unter 9 Milliarden Franken liegen, wobei die gesetzlichen Anforderungen ein Minimum von rund 7,5 Milliarden an Reserven voraussetzen würden.

Gleichzeitig steigen die Kosten weiter stark an: Die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler mussten schon vergangenes Jahr einen Prämien Schub von 6,6 Prozent verkraften. Für eine Familie kann dies Zusatzkosten von bis zu 1000 Franken auslösen. Die Grössenordnungen wachsen immer mehr. Heute zahlt eine Familie mit zwei Kindern im Schnitt über 1000 Franken an Prämien, und das jeden Monat. Im Jahr 2000 waren es noch weniger als 500 Franken.

Angesichts der aktuellen Kostenentwicklung müssen wir davon ausgehen, dass es auch in diesem Herbst erneut eine merkliche Prämiensteigerung geben wird. Eine solche Entwicklung treibt aber immer mehr Menschen in die staatliche Unterstützung.

Wenn wir das heutige Angebot im Gesundheitswesen aufrechterhalten wollen, müssen wir jetzt handeln. Wir sind gehalten, die Sorgen der Bevölkerung ernst zu nehmen und dort zu handeln, wo wir direkt Einfluss nehmen können. Konkret ist dies beim indirekten Gegenentwurf zur Kostenbremse-Initiative der Fall, wo wir mit konkreten und griffigen Massnahmen zur Entlastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler beitragen können.

Aus diesen Gründen empfehle ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und in der Regel den Anträgen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen, ausser bei meinen beiden Minderheitsanträgen.

Vielleicht noch meine Interessenbindung zum Schluss: Ich bin Präsident des Verbands der kleineren und mittleren Krankenkassen. In diesem Sinne vertrete ich die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.



Berset Alain, président de la Confédération: Votre commission a décidé, le 30 juin 2022, d'entrer en matière sur ce contre-projet indirect du Conseil fédéral. Le 6 septembre 2022, elle a décidé de prolonger d'un an le délai imparti pour traiter l'initiative pour un frein aux coûts. Je salue vivement cette décision, parce que les coûts ont fortement augmenté ces dernières années en Suisse. Il s'agit d'une augmentation globale bien qu'elle ait été un peu inégale en raison de la pandémie. En automne dernier, une hausse significative des primes pour 2023 a été annoncée, et il y a lieu de s'attendre à ce que cette tendance se poursuive ces prochaines années, ce qui ne fait que souligner encore l'importance de la thématique discutée aujourd'hui.

Aujourd'hui, nous ne parlons pas de l'initiative. Vous connaissez la position du Conseil fédéral, il propose de recommander son rejet. Nous avons proposé d'y opposer un contre-projet indirect, qui offre plus de souplesse pour freiner l'augmentation des coûts de la santé, en prévoyant notamment des objectifs en matière de coûts. Je suis content que M. le conseiller aux Etats Germann n'ait pas reproché à ce contre-projet, dans son argumentation, d'avoir comme but une rationalisation des prestations, car cela aurait été faux. Cela aurait été complètement erroné. Il ne s'agit pas de rationaliser les prestations, il s'agit en effet de créer davantage de transparence et de permettre de réfléchir au futur, aux prochains mois et années, en matière de gestion des coûts. Rien de plus: il s'agit de créer de la transparence.

J'ai de la peine à suivre le porte-parole de la minorité, qui parle d'immense machine administrative. Après les travaux du Conseil national et de votre commission, l'article 54 est vraiment très épuré.

Et que prévoit-il? Il prévoit que tous les acteurs du domaine de la santé, après une discussion, fixent un objectif global concernant les coûts. Ce n'est pas un plafond de coûts, ce n'est pas une obligation de ne pas le dépasser, c'est un objectif: essayer d'avoir une idée commune, globalement, afin de savoir où l'on va. Je ne sais pas comment vous fonctionnez, mais je ne connais pas une entreprise qui n'a pas une prévision à un an, deux ans ou trois ans au sujet de l'évolution des coûts. Cela ne veut pas dire qu'elle sera respectée; il y aura peut-être de bonnes raisons de ne pas le faire; il se passera peut-être des choses. Mais il s'agit d'avoir une idée au sujet du chemin à prendre.

Je ne connais pas une entreprise privée, un ménage, un individu qui ne fonctionne pas un tant soit peu comme cela; je ne connais pas une collectivité publique, une commune, un canton – et c'est le cas aussi de la Confédération – qui ne fonctionne pas aussi un tant soit peu comme cela. D'ailleurs, les acteurs de la santé eux-mêmes, pris individuellement, fonctionnent aussi comme cela: les hôpitaux et les médecins ont aussi cette réflexion sur les coûts. Simplement, il n'y a rien de consolidé en matière de transparence. C'est cela qui manque aujourd'hui. Rien de plus.

Alors on peut s'y opposer, mais il faut se demander pourquoi on s'oppose à une certaine transparence en matière de gestion globale des coûts dans le domaine de la santé? Que faut-il aller chercher comme argument pour être opposé à cette transparence, à cet échange et à ces discussions entre les acteurs pour voir dans quelle direction va le train?

On a un peu de peine à comprendre l'argumentation. C'est toujours un peu la même chose: on dit qu'en fait, c'est une sorte d'usine à gaz administrative – ce n'est pas le cas. On dit parfois, ce qui n'a toutefois pas été fait ce matin, que c'est pour rationaliser les prestations – ce n'est pas le cas non plus. On vise juste à avoir un tant soit peu de transparence dans un domaine qui, en matière d'assurance obligatoire des soins, génère des coûts annuels de plus de 30 milliards de francs – si on prend le système de la santé globalement, ce sont 80 milliards de francs. Il s'agit d'avoir un peu de transparence ainsi qu'un échange et des discussions entre les acteurs pour tenter de fixer un objectif.

Qu'il soit atteint ou non, c'est une autre affaire. Mais il faut avoir un objectif, une idée de la destination du voyage. C'est de cela qu'il est question aujourd'hui, c'est sur ce point que vous devez décider ou non d'entrer en matière.

On n'est pas en train de créer le chaos dans ce domaine. Le Conseil fédéral vous a présenté des paquets de mesures pour freiner les coûts. Le volet 1 a été découpé par le Parlement en projet 1a et projet 1b. Les deux sont sous toit. Ensuite, il y a eu le volet 2. Puisque l'initiative populaire a été déposée, la mesure prévue dans le volet 2 – qui était donc existante, qui était déjà prévue par le Conseil fédéral – qui pouvait servir de réponse à l'initiative a été sortie de ce volet pour devenir un contre-projet indirect à l'initiative populaire. Ce n'est donc pas du tout chaotique. Au contraire, c'est très simple et très clair. Nous avons une mesure qui figurait dans

AB 2023 S 192 / BO 2023 E 192

le volet 2 et qui aujourd'hui constitue le contre-projet à l'initiative populaire.

Nous avons besoin d'une solution. Il est difficile de le contester. Le Conseil fédéral, suite au dépôt de l'initiative, a fait une proposition. Cette proposition a été jugée trop compliquée par le Parlement qui l'a fortement modifiée; fort bien, pas de problème. Nous avons aujourd'hui un autre projet que celui du Conseil fédéral, mais c'est un



projet qui répond aux besoins. Pour nous, ce n'est donc pas un problème.

Dans ces conditions, j'aimerais donc vous inviter à entrer en matière, comme le propose la majorité de votre commission, à reprendre cette version simplifiée du projet élaboré par le Conseil fédéral, mais qui permet néanmoins d'atteindre les buts recherchés et de donner le signal que tout le monde attend, à savoir que nous ne restons pas sans rien faire alors que les coûts augmentent, sans que l'on sache trop comment d'ailleurs, puisqu'il n'y a pas de transparence, sans qu'on sache trop ce qu'en pensent les acteurs, puisqu'il n'y a pas de discussions entre eux sur les objectifs de coûts.

Je vous invite aujourd'hui à donner le signal qu'il faut prendre ce problème en main et apporter une solution concrète. La solution proposée, que nous espérons efficace – on le verra avec son application – nous paraît relever d'une évidence, à savoir qu'il faut inviter les acteurs à donner leurs estimations de l'évolution des coûts, à y réfléchir ensemble et à fixer un objectif.

Ce sont les raisons pour lesquelles j'aimerais vous inviter à suivre l'avis de la majorité de votre commission et à entrer en matière sur ce contre-projet indirect.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag der Minderheit Germann ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5695)

Für Eintreten ... 23 Stimmen

Dagegen ... 19 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Artikel 21 hängt mit dem 5. Abschnitt zusammen. Wir werden die Diskussion dort führen.

Art. 32

Antrag der Mehrheit

Abs. 3

Streichen

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Dittli, Stark)

Abs. 3

... und ist verhältnismässig.

Abs. 4

Leistungen, die gemäss dem evidenzbasierten Verfahren die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet.

Abs. 5

Der Entscheid der zuständigen Behörde über eine allfällige Streichung, Einschränkung oder Weiterführung einer medizinischen Leistung muss innert einem Jahr nach Überprüfung gemäss Absätzen 3 und 4 umgesetzt werden. Die Resultate des Evaluationsverfahrens und die entsprechenden Erwägungen werden publiziert.

**Abs. 6**

Die zuständige Behörde wertet alle Register zu Leistungen gemäss diesem Gesetz aus und veröffentlicht die Resultate alle zwei Jahre.

Abs. 7

Der Bundesrat kann weitere Verfahren und Instrumente für die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vorsehen.

Art. 32*Proposition de la majorité***Al. 3**

Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Dittli, Stark)

Al. 3

... efficace, adéquate ou économique, celle-ci ... des critères transparents, tient compte des connaissances scientifiques les plus récentes et respecte le principe de la proportionnalité.

Al. 4

Les prestations qui, selon la procédure fondée sur des éléments objectifs, ne remplissent pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins.

Al. 5

La décision de l'autorité compétente de supprimer, limiter ou maintenir une prestation médicale doit être mise en oeuvre dans un délai d'un an à compter de l'examen visé aux alinéas 3 et 4. Les résultats de la procédure d'évaluation et les considérations de l'autorité sont publiés.

Al. 6

L'autorité compétente évalue tous les registres relatifs aux prestations fournies en vertu de la présente loi et publie les résultats de cette évaluation tous les deux ans.

Al. 7

Le Conseil fédéral peut prévoir d'autres procédures et instruments aux fins de l'examen de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Artikel 32 KVG hat der Nationalrat Absatz 3 eingefügt, der bei uns doch einige Diskussionen auslöste. Der Nationalrat ist der Meinung, die Ergänzung sei notwendig. Die Behörde müsse handeln, wenn festgestellt werde, dass die Kriterien der WZW – Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit – nicht mehr erfüllt seien. Die Ergänzung verpflichtet die Behörden zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und zur Umsetzung von deren Ergebnissen, was dann wieder zu Einsparungen führen sollte. Der Nationalrat verlangt auch ein evidenzbasiertes Verfahren und dann ein Evaluationsverfahren, womit auch die Health Technology Assessments (HTA) gemeint sind. Die Minderheit übernimmt die Version des Nationalrates und ergänzt sie mit einem detaillierten Konzept – ich gehe davon aus, dass der Minderheitssprecher dieses erläutern wird –, aber das Konzept beruht auf denselben Überlegungen des Nationalrates.

Wir haben bei den Abstimmungen zuerst die Version des Nationalrates dem Konzept der Minderheit gegenübergestellt. Mit 9 zu 4 Stimmen hat die Version des Nationalrates obsiegt. Wir haben generell diskutiert und darüber abgestimmt, ob man Absatz 3 überhaupt übernehmen soll. Ihre Kommission hat mit 7 zu 6 Stimmen bei 0 Enthaltungen entschieden, Artikel 32 Absatz 3 KVG zu streichen und beim geltenden Gesetz zu bleiben. Was sind die Gründe dafür? Wir haben uns erläutern lassen, dass das BAG, gestützt auf Artikel 32 Absätze 1 und 2 KVG, bereits heute sogenannte HTA durchführe, um einzelne Leistungen in Bezug auf die WZW-Kriterien vertieft zu prüfen. Absatz 3 sei unnötig.

Das BAG versicherte uns, dass es die WZW-Kriterien bereits konkretisiert habe und sie auch operationalisiere, also anwende. Die Version des Nationalrates sei hier unnötig und

AB 2023 S 193 / BO 2023 E 193

auch zu strikt, weil sie zwingend vorsehe, dass diese Evaluationsprüfungen mit externen, verwaltungsunabhängigen Dritten gemacht würden.

All dies hat die Mehrheit dazu veranlasst, hier die Streichung der Version des Nationalrates und die Schaffung einer Differenz zu beantragen. Sie bittet Sie auch, nicht der Minderheitsversion zuzustimmen, die von der Nationalratsversion abweicht und dann noch Detaillierteres vorsieht.



Hegglin Peter (M-E, ZG): Krankenversicherer sollten Leistungen vergüten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Was so trocken klingt, ist einfach erklärt: Es sind Leistungen in hoher Qualität, die den Patienten helfen und nicht zu teuer sind. Weil es aber immer wieder Leistungen gibt, die diesen Kriterien nicht entsprechen, gibt es ein Verfahren, um solche unnötigen Leistungen zweifelsfrei festzustellen. Es handelt sich, wie es der Kommissionspräsident schon gesagt hat, um ein evidenzbasiertes, wissenschaftliches Verfahren, die sogenannten Health Technology Assessments, kurz: HTA. Sind die WZW-Kriterien nicht mehr erfüllt, so sollten diese Leistungen eigentlich von der Vergütung durch die OKP ausgeschlossen werden, oder ihre Vergütung muss zumindest eingeschränkt werden. HTA sind also ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Wirksamkeit des Gesundheitssystems. Dank den HTA soll die Anzahl nicht wirksamer und nicht wirtschaftlicher Leistungen, Arzneimittel und Verfahren reduziert werden. Auf diese Weise kann die Qualität gesteigert und die Kosten gedämpft werden. Durch die Einführung von HTA werden jährliche Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken möglich.

Bisher sind aber nur die wenigsten Leistungen aus dem Pflichtkatalog verschwunden, bei denen ein positives HTA vorlag. Ich habe zwei, drei einfache und einleuchtende Beispiele dafür, für welche Leistungsbereiche bzw. Therapieformen HTA durchgeführt wurden. Alle drei Beispiele haben gemeinsam, dass es keine verbindlichen Massnahmen gibt, um die gemachten Erkenntnisse entsprechend durchzusetzen.

Das erste Beispiel betrifft die Eisentherapie bei Eisenmangel: Ein entsprechendes HTA wurde vor gut zwei Jahren abgeschlossen. Die untersuchten Studien zeigen, dass die Eisentherapie auf Beschwerden wie Schläfrigkeit und Depression oder auf die Lebensqualität keinen Einfluss hat. Ein eigens entwickeltes Kostenvergleichsmodell, das die Eiseninfusion mit der Einnahme von Eisentabletten verglich, zeigt, dass die Eisentherapie als Infusion viel teurer ist als in Tablettenform. Die weiteren Analysen zeigen auf, dass Kosteneinsparungen bis zu 102 Millionen Franken pro Jahr möglich sind, wenn als erstmalige Behandlung nicht eine Infusion angewendet, sondern Tabletten eingenommen werden. Hier wäre es daher wünschenswert, wenn die Arzneimittel mit Eisen zur Infusion limitiert und die Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gesenkt werden könnten, ohne dass der Patient irgendeinen Qualitätsverlust erleidet.

Das zweite Beispiel sind HTA betreffend das Arzneimittel Chondroitin. Es wird seit Jahren bei chronisch degenerativen Erkrankungen von Knie-, Hüft- und Fingergelenken angewendet. Es soll den Knorpelabbau bei älter werdenden Patienten stoppen oder zumindest verzögern. Der Nutzen der Behandlung über sechs Monate hinaus ist aber nicht nachgewiesen; das zeigen die vom HTA berücksichtigten Studien. Die Kosten dieser Arzneimittel zulasten der OKP betrugen im Jahr 2021 rund 35 Millionen Franken. Auch hier wäre ein mutiger Entscheid wünschenswert, solche Therapien zumindest einzuschränken.

Ein letztes Beispiel betrifft die Kniearthroskopie bei degenerativ verändertem Meniskus. Auch hier wurde ein HTA durchgeführt, um die Effektivität dieser Therapieform zu untersuchen. Die im HTA berücksichtigten Studien untersuchen insbesondere Behandlungsfaktoren wie Schmerz, Funktion, Gelenksteifigkeiten und Lebensqualität. Die Ergebnisse des HTA-Berichtes zeigten keine nennenswerten Unterschiede zwischen Kniegelenkspiegelungen und anderen Behandlungsmethoden wie beispielsweise Arzneimittel oder Physiotherapie. Einzig bei der kurzen Nachbeobachtungszeit hatten die mit Kniegelenkspiegelung behandelten Personen leicht schwächere Schmerzen als mit anderen Behandlungen. Auch hier geht es um einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag, der effektiver und effizienter eingesetzt werden könnte.

Sie sehen es, die drei Beispiele zeigen ein beachtliches Effizienzpotenzial auf. Ich bitte Sie daher, meiner Minderheit zu folgen. Dies würde auch die Möglichkeit bieten, dass der Nationalrat bzw. die vorberatende Kommission Artikel 32 mit den Ergänzungen gemäss Antrag der Minderheit nochmals genau anschaut. Vielleicht gibt es bei der Formulierung noch Verbesserungspotenzial dahin gehend, dass man sich noch stärker an den internationalen Gegebenheiten orientiert. Denn das System ist nach internationalen Gegebenheiten aufgebaut.

Grundsätzlich ist aber klar, dass man einen Schritt weiter gehen und entsprechende Massnahmen ergreifen muss, wenn bestimmte Leistungen nicht mehr den WZW-Kriterien entsprechen. Wenn Sie das heute einfach ablehnen, sind Sie im Prinzip für unnötige Leistungen und belasten den Prämienzahler und die Prämienzahlerin bewusst. Das heisst dann aber auch, und damit komme ich zum Schluss, dass die beim BAG eigens installierte HTA-Abteilung, wenn man bei vorhandenen HTA-Ergebnissen keine Taten folgen lässt, im Prinzip Arbeiten für die Galerie macht. In Zeiten knapper öffentlicher Finanzen finde ich dies bedenklich. Das ist eine reine Verschwendung von Steuergeldern. Auch die Eidgenössische Finanzkontrolle hat in einem Bericht vom März 2022 festgehalten, dass hier Handlungsbedarf besteht und dass ihre Empfehlungen, die sie schon im Jahr 2014 formuliert hat, noch nicht umgesetzt werden. Wenn wir glaubwürdig sein wollen, müssen wir diese Prinzipien ins Gesetz schreiben und den zuständigen Behörden den Rücken stärken.

Das strebt meine Minderheit an. Ich bitte Sie, ihr zu folgen.



Germann Hannes (V, SH): Es war für uns etwas schwierig, das einzuordnen, weil Artikel 32 ja nicht Bestandteil der ganzen Vorlage war. Gleichwohl scheint mir schon überlegenswert, in Richtung des Antrages der Minderheit zu gehen. Auf jeden Fall ist es wichtig, dass wir hier eine Differenz schaffen, damit man diesen Bereich noch einmal speziell anschauen kann. Es ist ja die einzige Differenz zwischen der Minderheit und dem Nationalrat. Ich hätte dann aber, wenn schon, lieber gehabt, wenn die Minderheit wie der Nationalrat am Schluss noch hineingenommen hätte: "Mit seiner Durchführung beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte." Das wäre wahrscheinlich in so einem Fall zweckmässig. Die Minderheit hat das aber nicht gemacht, darum ist es wahrscheinlich nur eine Dreierminderheit. Wir haben den Streichungsentscheid ja mit 7 zu 6 Stimmen gefällt.

Ich bitte Sie hier, vor diesem Hintergrund, der Minderheit zu folgen. Dann besteht trotzdem eine Differenz zum Nationalrat.

Berset Alain, président de la Confédération: L'article 32 et l'ajout du Conseil national, à savoir l'alinéa 3, qui fait l'objet d'une tentative de correction par la minorité de votre commission, part d'une bonne intention, il faut le reconnaître. L'idée est de garantir une bonne mise en oeuvre des technologies de la santé. L'idée est de garantir, aussi de manière transparente, l'examen régulier des critères. C'est une bonne initiative. Malgré tout, nous vous invitons à soutenir la position du Conseil fédéral, défendue par la majorité de la commission, parce que tout cela est déjà possible et est même déjà réalisé. En fait, on le fait déjà. Vous devez partir de l'idée que, suite au débat qui a lieu aujourd'hui, nous allons continuer à le faire, quelle que soit votre décision, parce que ces processus scientifiques sont extrêmement importants pour cet examen systématique, transparent, selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Ceci est déjà effectué aujourd'hui. En fait, cela fonctionne d'ailleurs assez bien.

C'est la raison pour laquelle nous avons des réserves par rapport à la version du Conseil national, parce qu'elle ne fait que couvrir ce qui se fait déjà aujourd'hui. Nous avons aussi quelques réserves en ce qui concerne la proposition de la minorité Hegglin Peter, parce qu'elle prévoit des délais, notamment d'un an pour la mise en oeuvre, ce qui nous paraît, dans certains cas, difficile à respecter. Nous préférons ne

AB 2023 S 194 / BO 2023 E 194

pas avoir ces limitations. Il y a des limites de temps concrètes qui ne nous paraissent pas vraiment réalistes, notamment s'il est tenu compte du fait que les décisions peuvent être contestées jusque devant les tribunaux et s'il y a des procédures judiciaires qui peuvent parfois durer plusieurs années. Ma foi, cela doit pouvoir aussi être constaté, il faut pouvoir en tenir compte. C'est la raison pour laquelle il nous semble que cette minorité pose un problème.

J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission, mais en rappelant encore une fois que si nous faisons cette proposition, c'est parce que l'ajout n'est pas nécessaire et que ce qui est demandé à l'article 32 alinéa 3 est en fait déjà réalisé.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5696)

Für den Antrag der Minderheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 37a

Antrag der Kommission

Streichen

Art. 37a

Proposition de la commission

Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Dieser Artikel hat bei uns auch zu einigen Diskussionen geführt. Zuerst stellte sich die Frage, ob wir mit der Behandlung dieser Bestimmung abwarten sollten, bis der Bericht zur Motion 17.3969, "Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln", vorliegt, und wir erst dann die Bestimmung zur Umsetzung der Motion behandeln sollten. Man hat uns aber gesagt, das sei noch bis Ende März in der Vernehmlassung. Aufgrund dieser zeitlichen Überschneidung haben wir uns entschieden, Artikel 37a doch schon zu behandeln.



Gemäss dem Nationalrat, der Artikel 37a eingefügt hat, müssen Privatlaboratorien künftig mit einer Versicherung einen Zusammenarbeitsvertrag haben, um zulasten der OKP abrechnen zu können. Der Nationalrat möchte hier also Vertragsfreiheit für die Versicherer. Das heisst konkret, dass sich in Zukunft der Patient oder die Patientin auch für das Labor interessieren muss, also für die Frage, ob sein Versicherer und das Labor seines Arztes oder seiner Ärztin einen Zusammenarbeitsvertrag haben. Wenn nun die langjährige Hausärztin ausgerechnet mit der Versicherung X eines langjährigen Patienten keinen Zusammenarbeitsvertrag hätte, wäre die Situation für ihn schwierig: Entweder bezahlt er dann die Rechnung selber, oder die Ärztin beauftragt ein Labor, das einen Zusammenarbeitsvertrag mit der Versicherung hat, allenfalls eines, mit dem sie sonst nie zusammenarbeitet, oder er muss einen anderen Arzt aufsuchen. Für die Hausärzte und -ärztinnen wäre es – das versteht sich von selber – sehr kompliziert, wenn sie mit unterschiedlichen Labors zusammenarbeiten müssten.

Aus all diesen Gründen hat sich Ihre Kommission mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung dafür entschieden, diesen Artikel zu streichen und hier eine Differenz zum Nationalrat zu schaffen.

Angenommen – Adopté

Art. 45 Abs. 2

Antrag der Kommission

Streichen

Art. 45 al. 2

Proposition de la commission

Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 46

Antrag der Kommission

Abs. 4bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 4ter

Streichen

Art. 46

Proposition de la commission

Al. 4bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4ter

Biffer

Art. 46a

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

... die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich nicht mehr als sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5bis berücksichtigen.

**Art. 46a***Proposition de la majorité*

Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

... l'autorité cantonale compétente peut fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations pour les structures tarifaires nationales qui ne s'avèrent plus appropriées. Ce faisant, elle doit tenir compte des éventuelles adaptations apportées par le Conseil fédéral en vertu de l'article 43 alinéa 5bis.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir haben hier einen ganzen Komplex von Tarifen, und wenn Sie es erlauben, Frau Präsidentin, würde ich eine generelle Auslegeordnung machen, also auch zu Artikel 46a, der einen Zusammenhang mit Artikel 46 Absätze 4bis und 4ter hat. Ich mache es für beide Bestimmungen nur einmal.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Berichterstatter hat das Wort für eine umfassende Argumentation betreffend die Artikel 46 und 46a.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: In seiner Vorlage hat der Bundesrat bei den Tarifen zwei Massnahmen vorgesehen. Beide Tarifmassnahmen schliessen eine Lücke.

Artikel 46a ermöglicht es, die Tarifpartner zu Neuverhandlungen aufzufordern, wenn ein Tarif, insbesondere auf kantonaler Ebene, nicht mehr sachgerecht oder wirtschaftlich ist. Erfüllt ein Tarif die Anforderungen gemäss Artikel 46 Absatz 4 nicht mehr, so kann die für den Tarif zuständige Genehmigungsbehörde die Tarifpartner anweisen, den Tarif so anzupassen, dass er die Anforderungen wieder erfüllt. Kommt zwischen den Tarifpartnern innert einem Jahr kein angepasster Tarifvertrag zustande, so setzt die Genehmigungsbehörde nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest. Bislang fehlte zudem eine Möglichkeit für die zuständige Behörde,

AB 2023 S 195 / BO 2023 E 195

subsidiär eine nicht mehr sachgerechte Tarifstruktur im stationären Bereich anzupassen, das ist Artikel 49a Absatz 2bis. Es fehlte auch die Möglichkeit, nicht mehr sachgerechte und wirtschaftliche Tarife in Abgrenzung zur Tarifstruktur anzupassen bzw. die Tarifpartner zu deren Neuverhandlung anzuweisen, wenn sie sich nicht von alleine auf eine Revision einigen können.

In diesem Zusammenhang ist auch Artikel 49 Absatz 2bis anzusehen. Der Bundesrat soll neue Anpassungen an den Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen vornehmen können, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Es handelt sich um eine subsidiäre Kompetenz analog zur bisherigen Regelung für Einzelleistungstarifstrukturen und zur mit der Änderung des KVG in Artikel 46 des Pakets 1a beschlossenen Ausweitung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates auf Patientenpauschaltarifstrukturen für ambulante Behandlungen.

Das Ganze ist sehr komplex, dessen bin ich mir bewusst. Das ist das Konzept des Bundesrates für die Artikel 46a und 49.

Der Nationalrat hat in Artikel 46 mit den Absätzen 4bis und 4ter noch die folgenden Punkte eingefügt: Die Tarifverträge müssen innerhalb einer Frist behandelt werden. Wenn es keine Entscheidung gibt, tritt der Tarifvertrag automatisch in Kraft. Weiter kann die zuständige Behörde differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen, das ist der Beschluss des Nationalrates zu Artikel 46a Absatz 3. In den Übergangsbestimmungen beschloss der Nationalrat, dass der Bundesrat eine rasche Anpassung des Tarmed vornehmen soll.

Wir haben die Artikel 46, 46a und 49 zusammen beraten. Bei Artikel 46 Absätze 4bis und 4ter hat der Nationalrat, wie gesagt, die Bestimmungen eingefügt, dass ein Tarifvertrag innerhalb eines Jahres beurteilt werden muss; wenn keine Entscheidung gefällt wird, tritt der Tarifvertrag in Kraft. Dies wurde als Möglichkeit gesehen, mehr Druck aufzubauen, damit die eingereichten Tarifverträge innert nützlicher Frist behandelt werden. Bei Absatz 4bis hat sich Ihre Kommission dem Nationalrat angeschlossen. Das hat einen Zusammenhang mit der Diskussion um Tarmed und Tardoc. Hingegen sieht Ihre Kommission Artikel 46 Absatz 4ter kritisch. Dieser sieht vor, dass ein Tarifvertrag automatisch in Kraft tritt, wenn die Genehmigungsbehörde innerhalb eines Jahres keinen



formellen Entscheid fällt. Das könnte dazu führen, dass die Verwaltung einen Tarifvertrag ablehnt, der grundsätzlich gut ist, vielleicht aber noch gewisser Anpassungen bedarf, weil sie verhindern will, dass er automatisch in Kraft tritt. Aus diesem Grund hat Ihre Kommission mit 7 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen beschlossen, diesen Absatz 4ter zu streichen. Es gab keine Minderheit; die Kommission hat das so beschlossen.

Dann komme ich zur Beratung von Artikel 46a: Diese zusätzlich vom Bundesrat eingefügte Regelung sei nicht notwendig, das ist die Meinung der Mehrheit Ihrer Kommission, denn das System funktioniere an sich gut. Wenn ein Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfülle, könne er durch die Tarifpartner jederzeit gekündigt werden. Wenn man jetzt eine Steuerung durch den Bundesrat ins System bringe, bedeute das einfach zusätzliche Administration und viel Arbeit ohne eine wirklich zwingende Notwendigkeit. Das waren die Begründungen dafür.

Zu den Absätzen 1 und 2 von Artikel 46a wurde dann das Beispiel der kantonalen Pauschale für Kataraktoperationen angeführt. Das Preisgefüge könne sich dergestalt verschieben, dass nicht mehr die ausgehandelten 2000 Franken, sondern nur noch 1000 Franken angemessen wären. In diesem Fall könnte die Kantonsregierung bestimmen, dass nochmals verhandelt wird. Das ist die Begründung für Artikel 46a.

Absatz 3 wurde vom Nationalrat zu den Bestimmungen in Artikel 46a Absätze 1 und 2 hinzugefügt. Dieser Absatz sieht die Möglichkeit vor, differenzierte Tarife einzuführen. Es ist aber sinnvoll, an den gesetzlichen Kriterien der Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit festzuhalten. Anpassungen sollen weiterhin über die Pflege der Tarifstruktur erfolgen. Differenzierte Tarife für gleiche Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer festzulegen, untergrabe die Sachgerechtigkeit. Deshalb hat Ihre Kommission hier entschieden, alles zu streichen, auch Absatz 3.

Die Frage ist, ob es sinnvoll wäre, Tarife nach dem Kriterium der Über- oder Unterversorgung zu differenzieren. Diese Frage wurde gestellt. Das Ziel des Nationalrates war es, bei zu vielen Spezialisten mit differenzierten Tarifen zum Beispiel Hausärzte und Pädiater stärker zu fördern. Dazu wurde festgehalten, dass schon gemäss heutiger Tarifstruktur ein Zuschlag für die Grundversorger, dazu gehören auch die Kinderärzte, vorgesehen werden kann. Die Kantone würden es begrüßen, über eine Rechtsgrundlage für unterschiedlich hohe Taxpunktwerte zu verfügen. Sie haben aber angeregt, Absatz 3 umzuformulieren.

Aus Sicht der Mehrheit ist zu sagen, dass Absatz 3 nur zusammen mit den Absätzen 1 und 2 sinnvoll ist. Deshalb hat sich die Kommission mit 7 zu 5 Stimmen bei 1 Enthaltung dafür entschieden, alles zu streichen. Wenn schon, dann ist für Absatz 3 die neue Formulierung zu wählen, die die Minderheit übernommen hat. Die Mehrheit hat aber am Schluss trotzdem alles abgelehnt. Die Minderheit wird ihren Standpunkt begründen. Ich bitte Sie, jeweils der Mehrheit zu folgen, auch bei Artikel 49 Absatz 2bis.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Nach geltendem Recht muss ein Tarif betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert sein und eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten ermöglichen. Die Genehmigungsbehörde hat das zu prüfen, und auf Verordnungsebene werden die Tarifpartner dazu verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn die Anforderungen an einen Tarif nicht mehr erfüllt sind. Kommen die Tarifpartner dieser Verpflichtung nicht nach und können sie sich nicht auf eine Revision einigen, hat der Bundesrat im Bereich der ambulanten Leistungen die Möglichkeit, subsidiär Anpassungen an einer nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur vorzunehmen. Es fehlt aber bislang für die zuständige Behörde die Möglichkeit, subsidiär eine nicht mehr sachgerechte Tarifstruktur im stationären Bereich anzupassen oder nicht mehr sachgerechte und wirtschaftliche Tarife anzupassen bzw. die Tarifpartner zu deren Neuverhandlungen anzuweisen, wenn die Tarifpartner sich von sich aus nicht auf eine Revision einigen können. Diese Lücke kann jetzt mit dem Entwurf des Bundesrates zu Artikel 46a KVG geschlossen werden.

Erfüllt ein Tarif die Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht mehr, so kann die für den Tarifvertrag zuständige Genehmigungsbehörde die Tarifpartner anweisen, den Tarif so anzupassen, dass er die Anforderungen von Artikel 46 Absatz 4 KVG wieder erfüllt. Kommt zwischen den Tarifpartnern innerhalb eines Jahres kein angepasster Tarifvertrag zustande, so setzt die Genehmigungsbehörde den Tarif nach Anhören der Beteiligten fest. In diesem letzten Fall entspricht das Vorgehen damit der Regelung bei Nichteinigung der Tarifpartner und beim Fehlen eines Tarifvertrags. Es würde damit ein gewisser Druck auf die Tarifpartner entstehen, bei Verhandlungen auch tatsächlich zu einem Abschluss zu kommen und bei intensiven Vertragsverhandlungen nicht auf Zeit zu spielen. Damit wird auch die Inkonsequenz beseitigt, dass ein neu vereinbarter Tarif in jedem Fall der Genehmigung durch die zuständige Behörde bedarf – dieselbe Behörde, die selber keine Möglichkeit hatte, eine Anpassung zu verlangen, weil sich die Verhältnisse in der Zwischenzeit geändert haben und die Voraussetzungen für eine Genehmigung gar nicht mehr erfüllt waren.

Zuständig für das Prüfen von Korrekturmassnahmen wäre die für die Genehmigung eines Tarifvertrags oder



den Erlass eines Tarifs zuständige Behörde. Im Fall von Tarifverträgen, die die vereinbarte Höhe der Vergütung eines oder mehrerer Leistungserbringenden regeln, sind das zumeist die Kantone.

Die Kantonsregierungen entscheiden, in welcher Weise und in welchem Umfang sie korrigierend eingreifen. Gebunden sind sie allerdings daran, dass der Zugang zu den versicherten Leistungen auch mit den ergriffenen Massnahmen gewährleistet sein muss. Zudem sollen die Massnahmen geeignet sein, die nicht mehr erfüllten Voraussetzungen eines Tarifs, insbesondere die Wirtschaftlichkeit, wiederherzustellen. Analog zum generellen Vorgehen bei der Erarbeitung von

AB 2023 S 196 / BO 2023 E 196

Tarifverträgen sollen zudem in einem ersten Schritt die Tarifpartner selbst die nötigen Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele in den Tarifverträgen vereinbaren und den Kantonsregierungen zur Genehmigung unterbreiten. Erst wenn die Tarifpartner dem nicht nachkommen, sollen die Kantonsregierungen selber einen Tarif festsetzen.

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat uns geschrieben und unterstützt diese subsidiären Kompetenzen für die Bundes- und Kantonsbehörden bei nicht mehr sachgerechten Tarifverträgen explizit. Aus ihrer Sicht wäre damit sichergestellt, dass die Kompetenz der Kantone zur Steuerung der Kosten durch die Vereinbarungen der Tarifpartner nicht ausgehebelt wird. Die Kantone würden es zudem begrüßen, über eine Rechtsgrundlage für unterschiedlich hohe Taxpunktwerte zu verfügen; das entspricht Absatz 3 von Artikel 46a. Sie wünschen sich aber noch Verbesserungen. Eine Zustimmung zum Antrag der Minderheit Hegglin Peter würde eine Differenz zum Nationalrat schaffen, und es gäbe die Möglichkeit, dies speziell noch anzupassen.

Gegner dieser Ergänzung monieren, dass sie die Tarifpartnerschaft schwäche. Ist dem so? Ich meine: Nein. Sie stützt die Tarifpartnerschaft und hält die Partner zur Stärkung der Partnerschaft an. Die Massnahmen gelten ja nur subsidiär. Es geht nicht um die Ausarbeitung der Tarifverträge. Die allfällige Lücke wird später im Prozess geschlossen. Wenn sich nach fünf Jahren herausstellt, dass sich bezüglich eines ausgehandelten und behördlich genehmigten Tarifvertrags die Vorzeichen geändert haben, dann erst sollte der Kanton zwar nicht die Genehmigung widerrufen, aber die Partner auffordern können, noch einmal zu verhandeln.

Ein konkretes Beispiel wäre die kantonale Pauschale für Kataraktoperationen. Das Preisgefüge könnte sich dergestalt verschieben, dass nicht mehr die ausgehandelten 2000 Franken, sondern nur noch 1000 Franken dafür angemessen wären. In diesem Fall könnte die Kantonsregierung bestimmen, dass nochmals verhandelt werden muss. Das könnte den Anpassungsprozess wesentlich beschleunigen. Die Verträge müssten nämlich nicht gekündigt und neu verhandelt werden, sondern es wären nur Anpassungen vorzunehmen, die genehmigt werden müssten. Der Mechanismus könnte aber auch bei einem nicht mehr sachgerechten kantonalen Taxpunktwert oder im Spitalbereich bei einer nicht mehr sachgerechten Base Rate zum Zug kommen. Im Spitalbereich wäre im Übrigen kaum zu befürchten, dass die Kantone eine viel tiefere Base Rate festsetzen. Umgekehrt könnten die Kantone beispielsweise während einer gewissen Zeit in der Hausarztmedizin die Tarife ein bisschen stärker anheben als in der Radiologie und damit die Attraktivität der Hausarztmedizin erhöhen. Aus diesen Überlegungen empfehle ich Ihnen, der Minderheit zu folgen.

Berset Alain, président de la Confédération: Comme vous l'avez vu, les alinéas 1 et 2 proposés par le Conseil fédéral sont repris dans la proposition de minorité défendue à l'instant par M. le conseiller aux Etats Hegglin Peter. La minorité de la commission a rajouté un troisième alinéa, en faisant évoluer celui développé par le Conseil national, alors que la majorité de la commission propose de biffer ces trois alinéas.

Je vous rappellerai les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral a proposé cet article 46a alinéas 1 et 2. Nous avons aujourd'hui une proposition qui correspond à la réglementation concernant les tarifs cantonaux, en cas de non-accord entre les partenaires tarifaires ou d'absence de convention tarifaire. Cette solution, telle qu'elle est proposée par le Conseil fédéral et soutenue par la minorité de votre commission, permet d'éliminer l'incohérence suivante: aujourd'hui, l'autorité d'approbation doit vérifier que le cadre légal est respecté lorsqu'elle approuve une nouvelle convention tarifaire – c'est logique, car c'est son rôle d'approbation. Mais actuellement, la même autorité n'a aucune possibilité de demander une adaptation si les conditions d'approbation ne sont plus remplies. Cela peut être le cas sur le plan cantonal, mais aussi sur le plan fédéral. Ainsi, aujourd'hui, l'autorité d'approbation ne peut pas jouer pleinement son rôle de garantie du cadre légal. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral avait proposé de saisir l'opportunité de ce contre-projet pour régler ce problème. On reprendrait ce qui est réglé à satisfaction sur le plan cantonal, pour améliorer la situation sur le plan fédéral. J'aimerais vous inviter à suivre la minorité aux alinéas 1 et 2.

A l'alinéa 3, la minorité propose de donner la possibilité d'imposer des tarifs différenciés. Je vous dis fran-



chement que cela ne nous paraît pas nécessaire, parce que l'autorité d'approbation a déjà, aujourd'hui, une certaine marge d'appréciation.

Cela dit, nous avons également constaté que l'alinéa 3, dans la formulation proposée par la minorité de votre commission, n'a pas de conséquences négatives: il ne sert pas à grand-chose, mais n'a pas de conséquences négatives. C'est la raison pour laquelle, de l'avis du Conseil fédéral, pour régler le problème que j'ai mentionné tout à l'heure concernant les alinéas 1 et 2, il paraît nécessaire de soutenir la minorité de la commission, ce que je vous invite à faire.

Art. 46a

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5697)

Für den Antrag der Minderheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 48

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Nur ein Hinweis, der Beschluss ist ja unbestritten: Die Bestimmung von Artikel 48 ist ein Relikt aus dem früheren Gesetz, in dem man eher mit Rahmentarifen gearbeitet hat. Seit 1996 steht im Gesetz, dass die Kantonsregierung einen Rahmenvertrag festlegt, sobald sie einen Ärztetarif genehmigt. Das hat aber kaum jemand gemacht, weshalb hier niemand gegen die Aufhebung durch den Nationalrat opponiert hat.

Angenommen – Adopté

Art. 49 Abs. 2bis

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49 al. 2bis

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich habe das alles schon in der Grundlegendiskussion zu den Tarifen ausgeführt.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Ich habe es auch schon vorhin in der Begründung meines Minderheitsantrages zu Artikel 46a ausgeführt.

Ich beantrage, hier dem Nationalrat und dem Bundesrat zu folgen.



Berset Alain, président de la Confédération: J'aimerais vous inviter, à cet article également, à soutenir la proposition de la minorité. La raison est la suivante. Il y a dans la loi sur l'assurance-maladie une compétence subsidiaire qui s'applique uniquement au domaine ambulatoire et pas au domaine stationnaire. Or, il pourrait très bien arriver, de la même manière que dans le domaine ambulatoire, que le domaine stationnaire se voie confronté à une situation dans laquelle les tarifs ne sont plus adaptés. Pour cela, il faut pouvoir le constater de manière évidente et il faut qu'il n'y ait pas d'accord entre les partenaires tarifaires pour corriger les défauts. Vous savez que les conditions d'utilisation de la compétence subsidiaire ont été dans l'intervalle éprouvées. Le Conseil fédéral a utilisé deux fois la compétence subsidiaire dans le Tarmed, une fois en 2014, une fois en 2017. Il a fallu d'abord constater de manière assez évidente – et d'ailleurs l'ensemble des partenaires le disaient – que le tarif n'était plus adapté sur un certain nombre de points. Il a fallu constater ensuite, de manière répétée, qu'il n'y avait pas d'accord entre les partenaires tarifaires. Seulement ensuite, le Conseil fédéral a pu utiliser sa compétence subsidiaire, ce qui a été fait à deux reprises et est encore et toujours sujet à des recours devant les tribunaux si l'une ou l'autre partie le souhaite. Cette possibilité, nous l'avons dans le Tarmed mais pas pour le domaine stationnaire. Cela nous paraît être une incohérence qu'on pourrait régler assez simplement en soutenant la proposition de la minorité Hegglin Peter d'adhérer à la décision du Conseil national, c'est-à-dire à la version du Conseil fédéral. Je vous invite à suivre la minorité de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5698)

Für den Antrag der Mehrheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 18 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 52 Abs. 3*Antrag der Kommission*

... Analysen, für die ein Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann. Es kann zudem ...

Art. 52 al. 3*Proposition de la commission*

... pour lesquelles un tarif peut être convenu conformément à l'article 46. Il peut également ...

*Angenommen – Adopté***Art. 53 Abs. 1***Antrag der Mehrheit*

... 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 51 und 55 ...

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

... 51, 54 und 55 ...

Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

... 46 Absatz 4, 46a Absatz 2, 47 ...

Art. 53 al. 1*Proposition de la majorité*

... 46 alinéa 4, 47, 47b alinéa 2, 51 et 55 ...

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

... 51, 54 et 55 ...



Proposition de la minorité

(Hegglin Peter, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Herzog Eva, Stöckli)

... 46 alinéa 4, 46a alinéa 2, 47 ...

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit Hegglin Peter

Adopté selon la proposition de la minorité Hegglin Peter

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Den Entscheid über die Minderheit Müller Damian werden wir beim 5. Abschnitt treffen.

Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. d, e, 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Abs. 2 Bst. d, e

Streichen

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 2 let. d, e, 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Al. 2 let. d, e

Biffer

Gliederungstitel vor Art. 54; Art. 54; 54c; 54e

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Unverändert

Titre précédant l'art. 54; art. 54; 54c; 54e

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Inchangé

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir behandeln an dieser Stelle auch Artikel 21.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Es geht, wie die Frau Präsidentin gesagt hat, um die Kostenziele. Ich werde all diese Artikel nur einmal begründen.

Vorgesehen ist, wie schon in der Eintretensdebatte ausgeführt, die Einführung einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP. Der Bundesrat und anschliessend die einzelnen Kantone sollen, ausgehend vom medizinischen Bedarf, einen Prozentsatz für die maximale Entwicklung der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen, eben diese Kostenziele. Für gewisse Kostenblöcke – das ist die Version des Bundesrates – soll allein der Bundesrat für die Festlegung der Kostenziele zuständig sein; dies betrifft namentlich Analyse, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände. Liegen die effektiven Kostensteigerungen eines Kostenblocks



in einem Jahr über den vom Kanton oder Bundesrat für diesen Kostenblock festgelegten Kostenzielen, so prüfen die Kantonsregierungen oder der Bundesrat in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen, ob Massnahmen zur Korrektur von Fehlentwicklungen notwendig sind. Der Bundesrat möchte auch die gesundheitspolitischen Parameter berücksichtigen, wie Demografie, Morbidität, medizinische Innovation. Der Nationalrat hatte insbesondere das Anliegen, die Kostenziele zu entschlacken, also die Version des Bundesrates in der Umsetzung einfacher zu machen. Der zentrale Punkt, der geändert wurde, ist, dass es Vierjahresziele und nicht

AB 2023 S 198 / BO 2023 E 198

mehr Einjahresziele sind. Zudem hat der Nationalrat Qualitätsziele eingefügt. Wir haben in Artikel 58 KVG aber bereits Qualitätsziele. Das Parlament hat das damals so beschlossen, und der Bundesrat hat für die erste Periode die entsprechenden Vierjahresziele festgelegt. Der Nationalrat hat also bezüglich der Kostenziele ein Qualitätsmonitoring übernommen. Ich weise einfach darauf hin, dass wir in der Kommission auf diesen Artikel 58 KVG verwiesen haben – es gibt schon Qualitätsziele und -vorgaben.

Zweitens hat der Nationalrat eben diese Qualitätsziele eingefügt, das habe ich schon erwähnt. Der Nationalrat hat die verschiedenen Kostenblöcke, auch die Differenzierung auf Gesetzesebene gestrichen. Es wurde der Vorwurf laut, dass man mit der Version des Bundesrates im Silodenken verhaftet bliebe. Der Nationalrat will die ganze Kostenentwicklung breiter, einfacher vornehmen.

In Ihrer Kommission wurde begrüsst, dass auch Qualitätsziele und nicht nur Kostenziele aufgenommen werden. Der Bundesrat wollte nur eine Kommission für Kostenziele einsetzen. Der Nationalrat erweiterte die Aufgaben dieser Kommission auch auf das Qualitätsmonitoring; das ist Artikel 54e.

Es ist anzumerken, dass mit der Teilrevision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bereits Massnahmen im Qualitätsbereich verabschiedet wurden. Dort ist bereits vorgesehen, dass die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Leistungsqualität festzulegen und zu überwachen sind. Dazu gibt es auch eine Kommission. Doppelspurigkeiten sollten mit der Nationalratslösung aber vermieden werden; das ist die Forderung der Mehrheit Ihrer Kommission, die dem Nationalrat folgt.

Die Frage ist, was die Folgen sind, wenn das Budget gemäss der Version des Nationalrates nicht eingehalten wird. Diesbezüglich hat der Nationalrat, wie gesagt, auf alle Massnahmen verzichtet, die bei der Initiative und etwas abgemildert beim Bundesrat für direkte Konsequenzen gesorgt hätten.

Die Gegner der Nationalratslösung und der Kostenziele verweisen auf die Vorlage zum Kostendämpfungspaket 1b, wo mit Artikel 47c bereits Eingriffe aufgrund der Kostenentwicklung vorgesehen sind. Beides gleichzeitig zu tun, sei nicht sinnvoll.

Die Mehrheit Ihrer Kommission – der Entscheid fiel mit 6 zu 3 Stimmen bei 2 Enthaltungen – hat sich für den Beschluss des Nationalrates ausgesprochen, und die Minderheit beantragt, hier die Kostenziele zu streichen.

Müller Damian (RL, LU): Der Nationalrat hat sich bei Artikel 54 für deklamatorische Ziele für Kosten entschieden. Als Parlament haben wir im abgeschlossenen Kostendämpfungspaket 1b bei Artikel 47c Eingriffe durch die Tarifpartner aufgrund der Entwicklung der Kosten beschlossen. Beides gleichzeitig zu tun, ist wirklich nicht sinnvoll. Es handelt sich hier um unterschiedliche Herangehensweisen. In Artikel 54 wird für die Zukunft ein Ziel postuliert. In Artikel 47c wird dagegen die Vergangenheit angeschaut und auf statistische Befunde gesetzt. Den Ansatz, der die bisherige Entwicklung in Betracht zieht und bei Bedarf durch die Tarifpartner korrigieren lassen will, haben wir beschlossen. Wir sollten dieses Konzept also in der Praxis nun endlich einmal wirken lassen und nicht schon ohne Erfahrungen mit neuen Bestimmungen wie einem Kostenziel zu übersteuern versuchen.

Ich bitte Sie eindringlich, meinen Minderheitsantrag zu unterstützen.

Germann Hannes (V, SH): Ich möchte Sie hier noch einmal bitten, der Minderheit Müller Damian zu folgen. Ich habe beim Eintreten schon darauf verwiesen, wie kompliziert wir die Sache insgesamt machen, indem der Bundesrat in derart vielen Bereichen direkt entscheidet, wo heute die Tarifpartner zuständig sind; ich habe es ausgeführt. Das gilt einerseits auf Bundesebene – das ist ja noch okay –, dann aber auch für alle Kantone, und das in vier verschiedene Bereiche aufgegliedert. Das macht 26 mal 4, das sind dann also schon über 100 Entscheidungen, die der Bundesrat alleine treffen wird, und dann hat er noch x Vorgaben gemacht; ich habe sie beim Eintreten erwähnt.

Ich möchte Ihnen noch vor Augen führen, was die Regulierungsfolgenabschätzung ergeben hat, die für dieses Gesetz gemacht worden ist. In der Regulierungsfolgenabschätzung zu den Kostenzielen wird gesagt, dass darauf zu achten sei, dass sich Zielvorgaben nicht negativ auf die Versorgungssicherheit, den Vollzugsauf-



wand und den Wettbewerb auswirkten. Es wird dann auch auf erhebliche Verteilungswirkungen verwiesen, auch darauf, dass der Spielraum der Leistungserbringer eingeschränkt wird. Schliesslich wird auf Folgendes verwiesen, ich zitiere aus der Botschaft, Seite 27: "Aufgrund des vorhandenen Effizienzpotenzials und weil mit Zielvorgaben nur das Kostenwachstum beschränkt wird (mit marginalem Effekt auf die Kosten)" – das sage ich jetzt mit Blick zur Mitte –, "ist kein Rückgang der Behandlungsqualität zu erwarten." Sie spüren diese vorsichtige Formulierung. "Werden ungerechtfertigt strikte Massnahmen bei Überschreitung der Kosten ergriffen, ist es möglich, dass sich der Zugang zu Gesundheitsleistungen insbesondere für gewisse vulnerable Patientengruppen verschlechtert."

Jetzt blicke ich wieder zur Mehrheit, die Eintreten beschlossen hat: Halten Sie sich das vor Augen! Ich möchte nicht rechtfertigen müssen, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen insbesondere für vulnerable Patientengruppen verschlechtert wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Zustimmung zum Minderheitsantrag.

Berset Alain, président de la Confédération: Je crois qu'il faut quand même le rappeler: nous avons affaire maintenant à l'article qui constitue le coeur du projet. A partir du moment où vous êtes entrés en matière, si vous deviez ne pas soutenir l'article 54 dans la version de la majorité, il faut se poser la question de savoir si finalement cela vaut encore la peine d'avoir un projet. C'est le coeur du projet.

Cet article 54 a été fortement simplifié, il faut bien le voir: par rapport au projet du Conseil fédéral, la version du Conseil national est beaucoup plus simple, mais c'est ce qui donne la base, pour cette transparence et cet engagement, à l'ensemble des acteurs pour travailler ensemble sur des objectifs en matière de coûts. C'est pour cela que ce n'est pas tellement une surprise de retrouver les mêmes acteurs qui proposaient de ne pas entrer en matière et qui, maintenant que vous êtes entrés en matière, proposent de biffer l'article 54. C'est la même logique dont on parle.

Je relève encore un élément pour rappeler que la compatibilité entre la décision prise à l'article 47c – c'est l'argumentation de M. Damian Müller – et cet article est absolument garantie. D'ailleurs, le Conseil fédéral avait, dans le volet 1, proposé un élément qui concerne le monitoring auquel sont soumis les partenaires tarifaires, ce que vous avez déjà décidé, et nous avons mis dans le volet 2 l'élément de l'objectif des coûts globaux, qui est en discussion aujourd'hui. Ce serait une erreur de dire que c'est l'un ou l'autre et que c'est contradictoire. Ce n'est pas le cas. Au contraire, cela se complète très bien, puisqu'il s'agit ici de l'ensemble des acteurs, sur l'ensemble du territoire, dans l'ensemble du domaine de la santé, et pas seulement pour ce qui est discuté dans les partenariats tarifaires.

Ici, cela concerne aussi les médicaments, ce qui est quand même une part importante des coûts, ce n'est pas négligeable. Cela concerne également tout le domaine des analyses, qui est un domaine important. Cela concerne toute la liste des moyens et appareils (LiMA), vous vous rappelez cette discussion: nous avons été beaucoup appelés, de la part du Parlement d'ailleurs, à revoir aussi ces tarifs. Cela veut dire que ces éléments devraient aussi être concernés, alors qu'ils ne le sont pas par l'article 47c déjà décidé, que M. Damian Müller a mentionné. Je voulais juste le dire, parce que certains pourraient avoir l'impression que c'est déjà fait et qu'on pourrait tranquillement dire non ici, parce que la discussion est déjà menée et les décisions prises.

Ce n'est pas le cas. Ce sont des éléments complémentaires. On avait d'ailleurs eu la même discussion au sujet de l'article 47c. A l'époque, la même argumentation était utilisée à l'inverse pour combattre cet article 47c. On nous disait qu'il fallait refuser cette disposition, parce que l'article 54 serait proposé dans le contre-projet à l'initiative du Centre. Et

AB 2023 S 199 / BO 2023 E 199

maintenant, on nous dit qu'il faut refuser l'article 54 proposé comme contre-projet à l'initiative du Centre, parce qu'on a adopté l'article 47c. Ils sont complémentaires, si l'on veut vraiment faire quelque chose dans le domaine de la santé, et non seulement dans le domaine du monitoring entre les partenaires tarifaires. Car cet article 47c prévoit que les partenaires tarifaires doivent mettre en place un monitoring de l'évolution des tarifs, un monitoring des coûts, ce qui est bien, mais ce ne sont pas encore des objectifs. Et cela ne concerne pas encore les médicaments, ni la LiMA, ni les analyses, pour ne prendre que ces exemples.

Ce sont donc des dispositions absolument complémentaires, raison pour laquelle j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de votre commission et, indirectement, à confirmer votre décision d'entrée en matière, puisqu'on parle là véritablement du coeur du projet.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/5699)

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Diese Abstimmung gilt auch für Artikel 53 Absatz 1.

Art. 54a; 54d

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 54b

Antrag der Mehrheit

Titel

Kosten- und Qualitätsziele der Kantone

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Streichen

Art. 54b

Proposition de la majorité

Titre

Objectifs des cantons en matière de coûts et de qualité

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Biffer

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 56 Abs. 5

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 56 al. 5

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Kommission hat dem vom Nationalrat eingefügten Absatz 5 ohne Gegenantrag zugestimmt.

Grundsätzlich stellt sich ja zuerst die Frage, ob eine Leistung den WZW-Kriterien entspricht und überhaupt in den Leistungskatalog aufgenommen werden kann. Wenn das passiert ist, gibt es die WZW-Prüfung im Einzelfall, bei dem die Position der Tarifpartner zentral ist. Diese Position soll mit dem vorliegenden Absatz gestärkt werden, insbesondere mit dem Festhalten an den Richtlinien. Mit dem neuen Absatz 5 von Artikel 56 würde dies jetzt explizit aufgenommen. Damit wären Versicherer und Leistungserbringer verpflichtet, in den



Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen. Dabei müsste die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien erfolgen, insbesondere unter Berücksichtigung der Richtlinien.

Wie gesagt, der neue Absatz 5 wurde von der Kommission ohne Gegenantrag angenommen; ich denke, auch der Bundesrat wird diesen unterstützen.

Angenommen – Adopté

Ziff. II Übergangsbestimmungen der Änderung vom ...

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Streichen

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Abs. 1

Streichen

Ch. II dispositions transitoires de la modification du ...

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Biffer

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Germann)

Al. 1

Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier empfiehlt Ihnen Ihre Kommission einstimmig, Absatz 2 zu streichen. Wenn Sie den Absatz lesen, sehen Sie, dass es eigentlich eine Lex Tardoc oder Lex Tarmed ist. Hintergrund ist die Diskussion um den Streit – das ist das falsche Wort –, die Diskussion um Tardoc und Tarmed. Der Nationalrat wollte hier einen Umsetzungsartikel machen. Ihre Kommission ist der Meinung, es brauche hier im Gesetz keine Lex Tardoc oder Lex Tarmed.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Frühjahrssession 2023 • Zehnte Sitzung • 14.03.23 • 08h15 • 21.067
Conseil des Etats • Session de printemps 2023 • Dixième séance • 14.03.23 • 08h15 • 21.067



Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; 21.067/5700)
Für Annahme des Entwurfes ... 23 Stimmen
Dagegen ... 17 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Vorlage 2 geht an den Nationalrat.

AB 2023 S 200 / BO 2023 E 200

