



22.062

**KVG.**

**Änderung (Massnahmen  
zur Kostendämpfung,  
Paket 2)**

**LAMal.**

**Modification (Mesures  
visant à freiner la hausse  
des coûts, 2e volet)**

*Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.09.23 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

*Antrag der Mehrheit*

Eintreten

*Antrag der Minderheit*

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

Nichteintreten

*Antrag der Minderheit*

(Weichelt, de Courten, Porchet, Prelicz-Huber)

Rückweisung der Vorlage an den Bundesrat

mit dem Auftrag, die Vorlage so zu überarbeiten, dass sie den Präventionsgedanken beinhaltet, der massgeblich zur Kostendämpfung beiträgt. Weiter ist von jeglicher Einschränkung des Zugangsrechts zum Öffentlichkeitsprinzip abzusehen; eine Koordination zwischen Apothekerinnen und Apothekern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist gesetzlich zu verankern; und für die Thematik der Netzwerke für eine koordinierte Versorgung ist an einem runden Tisch mit den Beteiligten eine Lösung zu finden.

*Proposition de la majorité*

Entrer en matière

*Proposition de la minorité*

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

Ne pas entrer en matière

*Proposition de la minorité*

(Weichelt, de Courten, Porchet, Prelicz-Huber)

Renvoyer le projet au Conseil fédéral

avec mandat de revoir le projet afin que celui-ci prenne en compte la prévention, qui contribue hautement à freiner la hausse des coûts. En outre, il convient de renoncer à toute limitation du principe de transparence, d'inscrire dans la loi la coordination entre les pharmaciens et les médecins traitants, et, en ce qui concerne le thème des réseaux de soins coordonnés, de trouver une solution lors d'une table ronde avec les parties prenantes.

**Silberschmidt** Andri (RL, ZH), für die Kommission: Unser Gesundheitswesen ist eines der besten der Welt, nicht nur, was die Qualität der Behandlungen betrifft, sondern auch betreffend Zugänglichkeit. Während man, je nachdem wie viel Geld man hat, in anderen Ländern auf dem europäischen Kontinent Monate, wenn nicht



Jahre, auf eine Krebsbehandlung warten muss, hat man in der Schweiz nach einer Diagnose im selben Monat einen Behandlungstermin.

Bei allen politischen Projekten im Gesundheitswesen müssen wir darauf achten, dass wir diese hohe Qualität und Zugänglichkeit erhalten und nicht gefährden. Doch diese Qualität hat ihren Preis. So sind die Prämien in den letzten Jahren prozentual stärker als die Löhne angestiegen, auch stärker als die gesamten Gesundheitskosten. Wesentliche

**AB 2023 N 2028 / BO 2023 N 2028**

Kostentreiber sind die Alterung der Gesellschaft und der medizinisch-technologische Fortschritt. Auch hat die Prämiensteigerung unter anderem damit zu tun, dass immer mehr Eingriffe ohne Spitalübernachtung erfolgen, was zwar günstiger ist, aber voll zulasten der Prämienzahlenden geht. Die Kantone wurden somit verhältnismässig entlastet. Diese Problematik greift die parlamentarische Initiative Humbel 09.528, "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus", auf, die wir zu Beginn dieser Session im Rat behandelt haben.

Die steigenden Prämien sind auch darauf zurückzuführen, dass die Koordination der Gesundheitsversorgung nicht optimal ist. Nicht immer weiss zum Beispiel der Apotheker, was der Arzt oder das Spital gemacht hat, welche Medikamente bereits verabreicht worden sind. Das führt zu Doppelspurigkeiten und mehr Bürokratie, was wiederum zusätzliche, vermeidbare Kosten auslöst. Des Weiteren schränkt das heutige Gesetz beispielsweise Apotheker in ihrem Leistungsumfang stark ein. Sie dürfen zum Beispiel gewisse Impfungen nicht selbstständig abrechnen, auch wenn sie dies günstiger als Ärzte machen könnten.

Es gibt also verschiedene Kostentreiber im Gesundheitswesen, die wir angehen sollten. Schaffen wir das, wirkt dies kostendämpfend und senkt die Prämienlast.

Der Bundesrat hat am 7. September 2022 zuhanden des Parlamentes das sogenannte Kostendämpfungspaket 2 verabschiedet. Dieses beinhaltet einen bunten Strauss an Massnahmen. Ein Teil der Massnahmen entstammt dem sogenannten Expertenbericht Diener, ein anderer Teil der Massnahmen sind Umsetzungsvorschläge aus insgesamt dreizehn Parlamentsaufträgen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat sich bei dieser Vielfalt an Vorschlägen früh die Frage gestellt, welche Massnahme wie viel Kostendämpfung bringt, denn in einem Kostendämpfungspaket muss die Kostendämpfung im Fokus stehen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit musste feststellen, dass in der Botschaft eine detaillierte Regulierungsfolgenabschätzung fehlt. Es war also nicht ersichtlich, welche Massnahmen welchen Spareffekt bringen würden. Im Gegenteil, wir befürchteten, dass gewisse Massnahmen sogar eine Kostensteigerung zur Folge hätten. Wir waren der Verwaltung dankbar, dass sie unserem Wunsch nachkam, eine detaillierte Regulierungsfolgenabschätzung zu machen. Diese hat aufgezeigt, dass der Grossteil des relativ sicheren Einsparungspotenzials in den Preismodellen bei den Medikamenten liegt.

Für die Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit war und ist klar, dass Nichtstun keine Lösung ist. Auch wenn wir mit einigen Elementen, welche der Bundesrat vorgeschlagen hatte, nicht einverstanden waren, sind wir am 21. Oktober 2022 mit 15 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung auf die Vorlage eingetreten und haben einen Monat später, am 10. November 2022, einen Rückweisungsantrag mit 15 zu 10 Stimmen abgelehnt. Für die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit war klar, dass nach dem Eintreten einige Korrekturen am Gesetzentwurf vorzunehmen sind. Wir wollten konkrete Massnahmen integrieren, welche die Prämienlast nachweislich reduzieren.

Gerne komme ich auf die wichtigsten Änderungen im Paket zu sprechen:

1. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit will die koordinierte Versorgung stärken, aber nicht mit einem neuen Leistungserbringer "Netzwerke". Neue Leistungserbringer hätten lediglich neue Bürokratie zur Folge. Um die Koordination zu verbessern, braucht es keine neuen Silos. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sieht die Lösung woanders. Die Krankenkassen sollen in die Koordination mit eingebunden werden. Sie sollen beispielsweise die Möglichkeit erhalten, ihre Versicherten darauf hinzuweisen, dass sie anstelle eines teureren Originalpräparats auch ein günstigeres Generikum beziehen können. Solche Hinweise könnten die Kosten dämpfen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit will weiter mit einer Kommissionsmotion Mehrjahresverträge ermöglichen. Dank einer längeren Bindung an die Krankenversicherung können nicht nur attraktivere Prämien angeboten werden, sondern diese vereinfacht es auch, echte Gesundheitsnetzwerke zu installieren. Die alternativen Versicherungsmodelle, welche bereits heute die Koordination unter den Gesundheitsakteuren fördern, sollen für die Schaffung von mehr Kostenwahrheit gefördert werden: Die Prämien sollen nicht auf Basis der Standardprämie mit freier Arztwahl und ordentlicher Franchise gerechnet werden, da diese Standardprämie immer weniger repräsentativ ist, weil immer weniger Menschen in der Schweiz ein solches Modell



wählen. Die alternativen Versicherungsmodelle sollen in sich kostendeckend sein und nicht durch Maximalrabatte eingeschränkt werden. Teile der Kommission sind auch der Ansicht, dass der neue ambulante Tarif Tardoc die Koordinationsleistungen besser abbilden würde.

2. Leistungserbringer sollen mehr Kompetenzen erhalten, um Gesundheitsdienstleistungen günstiger als andere Leistungserbringer zu erbringen. So sollen Apotheker neue Leistungskompetenzen erhalten, um die Hausärzte zu entlasten; auch die Hebammen sollen ihre Leistungen niederschwellig erbringen können. Von diesen Massnahmen verspricht sich die Kommission insgesamt eine kostendämpfende Wirkung. Im Falle der Apotheker beispielsweise sollen eine bessere Früherkennung von Krebs und weniger Multi- und Fehlmedikationen möglich werden. Somit könnten unnötige Arztbesuche vermieden werden. Im Falle der Hebammen soll die heutige Praxis präzisiert werden, sodass sie ihre Leistungen für Mutter und Kind niederschwellig erbringen können.

3. Die Kommission will brachliegendes Potenzial in der Digitalisierung aktivieren. Einerseits sollen die Grundlagen für eine digitale Versichertenkarte geschaffen werden, andererseits soll die Rechnungsübermittlung neu ausschliesslich digital erfolgen, sofern der Patient nicht ausdrücklich eine Papierversion wünscht.

4. Der Zugang zu Medikamenten soll verbessert und Preisrabatte sollen gesetzlich verankert werden. Wir fordern, dass innovative Medikamente ab dem Tag der Zulassung in der Schweiz auf dem Markt verfügbar sind und dass die sogenannten Preismodelle, die es bereits heute gibt, eine gesetzliche Grundlage erhalten. Wir ergänzen den Entwurf des Bundesrates zu den Preismodellen mit dem Vorschlag, eine unabhängige Expertengruppe einzusetzen, und mit der Forderung, einen Beitritt zur sogenannten Beneluxa-Initiative zu prüfen. Weiter soll eine differenzierte Prüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ermöglichen, dass Medikamente mit sehr tiefen Preisen oder solche, bei denen ein Versorgungsengpass besteht, von der periodischen Preisüberprüfung ausgenommen werden.

Schliesslich soll die Änderung des KVG im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 dafür genutzt werden, die Kostenbeteiligung bei Schwangerschaften neu zu regeln: Heute sind Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Franchise und dem Selbstbehalt ausgenommen. Diese Befreiung von der Kostenbeteiligung soll neu ab Beginn der Schwangerschaft gelten. Es sollen alle Kosten, unabhängig vom Verlauf einer Schwangerschaft, übernommen werden. Diese Änderung wurde in zwei Motionen unseres Rates sowie in mehreren Standesinitiativen gefordert, weshalb wir sie im Rahmen dieses Pakets umsetzen, auch wenn sie wahrscheinlich keine kostendämpfende Wirkung hat.

Sie merken: Ihre Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat in den letzten elf Monaten intensiv am Kostendämpfungspaket 2 gearbeitet und ist überzeugt, mit den vorgeschlagenen Massnahmen einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung leisten zu können.

Aus diesem Grund bitte ich Sie im Namen der Mehrheit Ihrer Kommission, auf dieses Geschäft einzutreten. Besten Dank.

**Roduit** Benjamin (M-E, VS), pour la commission: Nous abordons aujourd'hui le quatrième gros dossier de cette dernière session de législature concernant la santé. Après les deux contre-projets à l'initiative du Parti socialiste, "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)", et du Centre, "Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)", puis Efas, il s'agit de traiter le deuxième paquet de mesures d'économie. Que

AB 2023 N 2029 / BO 2023 N 2029

l'on ne vienne pas nous dire au lendemain de l'annonce d'une forte hausse des primes que le Parlement ne fait rien!

Pour cela, il s'agit, comme le recommande la majorité de notre commission, d'accepter l'entrée en matière sur les mesures proposées. Il s'agit aussi de ne pas retarder leur mise en oeuvre, comme le souhaite une minorité qui demande un renvoi du projet au Conseil fédéral. Ses motifs: le projet ne traite pas suffisamment de la prévention, de la transparence, de la coordination entre pharmaciens et médecins traitants et de réseaux de soins coordonnés. La maîtrise des coûts est cependant urgente et cette proposition a été écartée, par 15 voix contre 10, en novembre 2022 déjà.

Mais reprenons dès le début. En 2017, un rapport d'experts a proposé 37 mesures afin de limiter l'évolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et de stabiliser ainsi les primes pour les assurés. Il s'agissait de faire admettre qu'il existe un lien étroit entre l'augmentation des coûts de la santé et celle des primes – ce qui ne semblait pas évident pour certains. D'un autre côté, l'ensemble des mesures permettrait d'économiser 6 milliards de francs par année, soit une part de 20 pour cent des coûts, sans toucher à la qualité des soins.





A un premier paquet d'économies accepté par notre Parlement s'ajoutent aujourd'hui, si vous les soutenez, sept mesures proposées par le Conseil fédéral qui nécessitent des modifications de la LAMa: 1. le renforcement des soins coordonnés; 2. l'examen différencié des critères EAE, économicité, adéquation, efficacité; 3. l'introduction des modèles de prix; 4. l'exception à l'accès aux documents officiels; 5. les tarifs de référence pour les traitements hospitaliers; 6. les factures électroniques; 7. les prestations fournies par les pharmaciens. S'est ajoutée au fil des débats en commission une huitième mesure: la participation aux coûts de maternité.

Les conséquences financières d'une grande partie de ces mesures ne peuvent être évaluées avec précision, car elles dépendent de la mise en oeuvre concrète des mesures par les acteurs concernés. Mais il n'y a pas besoin d'être spécialiste des questions de santé pour comprendre le réel apport de ces mesures en matière d'économie. A ceux qui exigent un changement complet de système pour résoudre immédiatement, dans le cadre de promesses électorales, la charge devenue insupportable des primes, je dirai que ce deuxième paquet n'est qu'un pas certes, mais essentiel, car il complète les autres réformes. Et à ceux qui estiment que l'on en fait trop, alors proposez des alternatives acceptables pour que l'on puisse réellement contenir ces coûts de la santé, sachant qu'avec le vieillissement de la population la tendance est plutôt à l'augmentation des prestations.

C'est dans cet esprit que notre commission a débattu pendant presque une année, au fil de cinq séances, ce projet. Après avoir entendu des représentants des cantons, des fournisseurs de prestations, des patients, des caisses-maladie et d'autres organisations, elle a décidé, le 20 octobre 2022, par 15 voix contre 8 et 1 abstention, d'entrer en matière. Elle a notamment constaté que les prises de position sur les sept mesures du Conseil fédéral étaient très critiques et très différentes les unes des autres. Cela semble une fatalité dans le domaine de la santé, sans vrai pilotage, où tous les partenaires se déchirent sur les solutions, estimant que la leur est la meilleure et que les efforts peuvent être fournis par les autres acteurs.

De ce fait, il a fallu, en plus de l'audition, organiser une table ronde sur la coordination des soins et les mesures relatives aux médicaments. Celle-ci n'a pas servi à grand-chose, puisque notre commission s'est opposée à la création d'un nouveau fournisseur de prestations pour les réseaux de soins coordonnés, comme le souhaitait le Conseil fédéral, même avec des directives assouplies, comme le souhaite une minorité. Nous y reviendrons lors du débat détaillé dans le premier bloc. En fait, la majorité de la commission estime qu'une meilleure coordination est possible en adaptant les réglementations déjà existantes.

Toujours dans un souci de maîtrise des coûts, la commission souhaite majoritairement autoriser les assureurs-maladie à utiliser les données de leurs assurés pour les informer individuellement des économies possibles ou des modèles de soins plus adaptés. Avec les motions 23.3504 et 23.3502, elle veut aussi rendre les modèles d'assurance alternatifs plus attrayants à long terme en autorisant les contrats pluriannuels et en calculant différemment les rabais de primes.

Autre point important du projet, il s'agit d'un nouveau modèle de remboursement grâce auquel les nouveaux médicaments devraient être disponibles plus rapidement. Ainsi, les médicaments innovants pour lesquels il existe un besoin médical important seraient remboursés à un prix provisoire pendant deux ans à compter de leur autorisation par Swissmedic et figureraient sur une liste séparée. Pendant cette période, l'OFSP fixerait un prix économique, qui serait compensé ultérieurement, et déciderait de leur inscription sur la liste des spécialités. Ce serait une première et un modèle qui devrait porter ses fruits.

Concernant le principe des modèles de prix confidentiels – objet très médiatisé, mais problématique sur le plan de l'approvisionnement des médicaments innovants et peu efficaces en matière d'économies –, la commission soutient à l'unanimité le projet du Conseil fédéral, malgré l'avis de la Commission des institutions politiques qui s'y est opposée, par 16 voix contre 7, dans un corapport. Elle ajoute toutefois la création d'un organisme indépendant qui doit rendre compte publiquement de la mise en oeuvre de ces modèles de prix. Précisons que les médicaments peuvent également être exemptés du réexamen périodique si la sécurité de l'approvisionnement est menacée. Il s'agit donc aussi d'alléger les démarches administratives en cas d'urgence.

Une amélioration sensible du projet tient au fait que les pharmaciens pourront désormais facturer en faveur de l'assurance-maladie des prestations permettant d'optimiser les traitements médicamenteux ou qu'ils fournissent dans le cadre de programmes de prévention. Cela devrait déboucher à terme sur de réelles économies. D'autres mesures efficaces du paquet méritent d'être mentionnées, dont les tarifs de référence pour les hospitalisations extracantonales et la transmission électronique des factures. Le projet est par ailleurs amélioré, avec une disposition visant à reconnaître la carte d'assuré numérique, une autre exigeant que la durée de la consultation soit indiquée sur les factures et une autre encore visant à ce que les processus de remboursement des vaccins soient simplifiés en n'impliquant que deux commissions extraparlamentaires au lieu de trois. Le projet est aussi avantageusement complété par la motion 23.3503 et le postulat 23.3505 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national: selon la première, la situation des médicaments



destinés au traitement des maladies rares doit faire l'objet de mesures particulières et d'après le second, il faut renforcer la collaboration internationale avec une adhésion à l'initiative Beneluxa.

On a aussi évité le sujet qui fâche. La commission a ainsi proposé, par 17 voix contre 8, comme dans le cadre du paquet de mesures de maîtrise des coûts Ib, de rejeter un système de prix de référence pour les médicaments. Elle s'est prononcée pour que les médicaments puissent être exemptés du contrôle périodique de l'économicité, de l'adéquation et de l'efficacité.

Enfin, lors de sa dernière séance, la commission s'est penchée sur le complément des mesures liées à la maternité. Elle propose ainsi qu'aucune participation aux coûts ne soit désormais perçue dès le début de la grossesse – et non à partir de la treizième semaine –, qui doit être constatée soit par le médecin, soit – c'est l'élément nouveau – par la sage-femme. Les analyses effectuées par celle-ci sur la mère doivent être clairement définies dans la loi. Pendant l'accouchement, les sages-femmes doivent également pouvoir utiliser des médicaments sans ordonnance médicale dans certaines conditions.

Voilà, vous retrouverez ces mesures en partie combattues dans la discussion par article. Mais vu l'inventaire fourni et bien pensé des mesures proposées, je réitère au nom de la majorité de la commission notre volonté d'aller de l'avant. Cette réforme est insuffisante, mais si l'on refuse tout ce qui ne suffit pas, on ne réussira jamais à maîtriser les coûts de la santé.

Je vous recommande donc d'accepter l'entrée en matière.

AB 2023 N 2030 / BO 2023 N 2030

**de Courten** Thomas (V, BL): Willkommen zu dieser Debatte zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen, die aktueller nicht sein könnte. Sie fragen sich bestimmt, wie man angesichts der aktuellen Debatte auf die Idee kommen kann, hier einen Nichteintretensantrag zu stellen. Ich sage es Ihnen. Der Kommissionssprecher hat erwähnt, dass wir unsere Beratungen im Oktober 2022 aufgenommen haben, nachdem uns der Bundesrat sein Massnahmenpaket vorgelegt hat. Nur zu diesem Zeitpunkt kann man einen Nichteintretensantrag stellen. In der Beurteilung der Lage im Oktober 2022 mussten wir feststellen, dass dieses Paket völlig ungenügend war. Deshalb wäre es gescheitert gewesen, dass wir das Paket bereits zu diesem Zeitpunkt zurückgewiesen und konkretere Massnahmen gefordert hätten.

In der Zwischenzeit sind wir – auch dank der Kommissionsarbeit – einige Schritte weiter, aber vor allem auch näher am Abgrund. Sie wissen das; auch Ihnen wurde der Prämienschub verkündet. Meines Erachtens müsste zu Beginn dieser Debatte zuvorderst stehen, die Ursachen dieses erneuten Prämienschubes herauszufinden und die Kostentreiber im Gesundheitswesen klar zu benennen. Zu ihnen gehört ein fortgesetzter Ausbau des Leistungskatalogs, vor allem via Fachärzte und insbesondere bei der Psycho- und bei der Paramedizin. Zu ihnen gehört ebenfalls eine massive Mengenausweitung, vor allem auch durch Zuwanderung ins System, aber auch durch neue Leistungen, die wir genehmigt haben. Zu ihnen gehören schliesslich auch überholte und veraltete Tarife, weil sich verantwortungslose Tarifpartner in ihren Verhandlungen nicht einigen – und "verantwortungslose" meine ich auch in dem Sinne, dass sie nicht zur Verantwortung gezogen werden, weder politisch noch von der Öffentlichkeit. Das macht allein ein Drittel dieses Prämienschubes aus. Die etatistische Gesundheitspolitik des Departements und des BAG ist ein weiterer Kostentreiber. Die ständig erneut staatlich manipulierte Reservehaltung der Versicherer zum Beispiel macht ein weiteres Drittel dieses Prämienschubes aus, die marktbedingt miserable Bewirtschaftung dieser Reserven schliesslich das letzte Drittel.

Unsere Rezepte müssen diese Ursachen aufnehmen, statt die Symptome zu bekämpfen. Die SVP-Fraktion benennt die Rezepte, die wir ergreifen müssen. Das beinhaltet die Überprüfung des Leistungskatalogs und der Tarife. Was die WZW-Kriterien nicht mehr erfüllt, veraltet ist oder qualitativ nicht mehr genügt, muss raus aus der OKP. Gleichzeitig muss die quantitative Überversorgung, indem wir zum Beispiel immer mehr MRI- und Diagnosegeräte statt alte und noch nützliche Ultraschalldiagnostik anwenden, mittels ambulanter Pauschalen gebremst werden. Mengenausweitungen und unnötige Leistungen müssen gestoppt werden. Es braucht eine verschärfte Qualitätskontrolle bei den Leistungserbringern, insbesondere den Spitälern und den Fachtiteln, den am höchsten abrechnenden Systemprofiteuren. Das bedingt letztlich auch – wir müssen es benennen – eine mindestens partielle Lockerung des Vertragszwangs.

Wir brauchen eine Einschränkung der Wahlfreiheiten, die das System so teuer machen, insbesondere auch für ins System Zugewanderte, Flüchtlinge, Asylanten, Familiennachzügler, Sans-Papiers, Grenzgänger, die vom System profitieren, ohne dass sie ihren Beitrag dazu entsprechend auch leisten. Wir brauchen vermehrt koordinierte Versorger aus privatwirtschaftlicher Initiative, die wir stärken müssen, statt sie in eine staatliche Zwangsregulierung einzubinden und abzuwürgen. Wir müssen die Mehrfachrolle und die Interessenkonflikte der Kantone eliminieren, statt weitere Bundeskompetenzen zu generieren. Dabei dürfen wir nicht die Ver-



sorgungssicherheit für die brav prämienzahlende Bevölkerung in der Schweiz aus den Augen verlieren, eine Bevölkerung, die über die Franchise in Eigenverantwortung die Kosten mitträgt. Sie wissen, dass die Schweiz den grössten Beitrag zum Gesundheitswesen aus dem eigenen Portemonnaie leistet. Das müssen wir weiterhin gewährleisten.

Dieses Massnahmenpaket genügt diesen Ansprüchen nicht. Genauso, wie ich auf dieses Massnahmenpaket und die Verkündung des Prämienschubes gewartet habe, warte ich auf die Arbeit, die aktuell seitens des Bundesrates beim Versorgungsbericht gemacht wird. Ich warte auch auf die Resultate der Digitalisierung des Systems, also betreffend das E-Patientendossier. All das sind Dossiers, die auch wir auf dem Tisch haben. Da dürfen wir diese Arbeiten nicht bremsen, sondern wir müssen darauf eintreten. Die Zeiten sind vorbei, in denen wir einfach nur die Symptome mittels "Pflasterlipolitik" zudecken konnten. Auch die "Wir machen einfach mal einen Deckel drauf"-Initiative der Mitte, die Kostenbremse-Initiative, ist kein konkretes Rezept. Wir sollten die Probleme lösen, anstatt sie mit Geld zuzudecken.

Die heutige Vorlage ist, wie wir gehört haben, auch ein Folgepaket, dessen Grundlagen vielfältiger nicht sein könnten. Ich spreche von den 38 Expertenmassnahmen, und es gibt die anderen Vorlagen. Letztlich bleibt es – man muss auch das benennen – ein Flickwerk, bei dem wir nicht wissen, was wir damit tatsächlich erreichen. Im Rahmen dieses Flickwerks hatten wir ein Massnahmenpaket 1. Dort waren wir zu Beginn der Beratungen der Auffassung, dass wir die vorgeschlagenen Massnahmen rasch umsetzen und einfach lösen könnten – Sie wissen, wie das herausgekommen ist. Im Massnahmenpaket 2 werden nun im Grunde die schwierigen Dossiers bzw. Fragen aufgenommen, und damit soll das realisiert werden, was auch wirklich "einschenkt". Der Bundesrat kann uns aber nicht sagen, was dieses Paket, in Prämienprozenten ausgedrückt, konkret zur Kostenminimierung beisteuert.

Wir haben die unterschiedlichsten Massnahmen vorliegen:

1. die koordinierte Versorgung;
2. die differenzierte WZW-Prüfung;
3. die Preismodelle.

Schon das erste Element, die koordinierte Versorgung, war in der Kommission höchst umstritten. Wir orteten rasch, dass es sich dabei um eine Fehlkonstruktion handelt. Das neue Leistungserbringersilo, das der Bundesrat vorsah, entpuppte sich als nichts anderes als ein gigantisches Bürokratiemonster. Auch andere Punkte waren umstritten. Zum Beispiel war umstritten, dass ein solches Versorgungsnetzwerk ausschliesslich durch einen Arzt geleitet werden kann und dass es nur einen einzigen Abrechnungspunkt geben soll. Ferner war umstritten, dass das Netzwerk zusätzlich abzudeckende Leistungsprojekte vorsah, also in ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer Hinsicht usw. Es war umstritten, dass die Tarifgestaltung nicht geregelt war und dass ausgerechnet in diesen neuen Silos nicht zwingend vorgeschrieben wird, dass die Einsparungen eben auch über die Tarifstruktur abgebildet werden müssen. Das ist ungenügend.

Das zweite Element, die differenzierte WZW-Prüfung, war bereits im Massnahmenpaket 1 enthalten und schon dort höchst umstritten. Trotz der Mehrheit in der SGK hat der Rat diese Prüfung am Ende mit 129 zu 54 Stimmen bei 1 Enthaltung deutlich abgelehnt. Diejenigen, die damals Artikel 32 Absatz 3 in dieser Form abgelehnt haben, kämpfen jetzt dafür, dass er wieder in das Gesetz aufgenommen wird, obwohl er nicht viel besser ist als vorher.

Das dritte Element sind die Preismodelle. Sie haben es vom Kommissionssprecher gehört, dort erwarten wir jetzt substantielle Einsparungen – ausgerechnet bei den Preismodellen, die auch in der Kritik stehen, weil die Verhandlungen vom Öffentlichkeitsprinzip ausgenommen werden sollen. Das ist selbstverständlich stossend. Wir stehen vor einem massiven Dilemma: Wer hat Interesse an diesen Preismodellen? Wer hat Interesse daran, dass wir auf die hohen Preise, die das BAG genehmigt und festlegt, tatsächlich Rabatte erhalten? Wer hat dieses Interesse? Die Pharmaindustrie? Nein, ich glaube, die Prämienzahlenden haben dieses Interesse. Die Prämienzahlenden müssen schlussendlich die Kosten tragen und sind darauf angewiesen, dass es in diesen groben Kostenblöcken keine weitere Steigerung gibt. Also müssten wir einen Weg finden, auf dem wir das politisch durchbringen.

Seitens der SVP-Fraktion sind wir der Auffassung, es brauche diese Preismodelle. Sie müssen aber innerhalb von klaren, bekannten Strukturen konstruiert werden. Ein Modell muss befristet sein, es muss ein Ende dieser Lösung geben. Zudem muss es möglich sein, am Schluss dieser Frist den effektiven Spareffekt auszuweisen und bekannt zu geben. Alle Beteiligten sollten darüber informiert werden: die

AB 2023 N 2031 / BO 2023 N 2031

Produzenten, die Versicherer und die Patienten. In diesem Sinne wird es in der Detailberatung noch eine weitere Diskussion geben.





Ich habe zu Beginn gesagt, dass dieses Paket ungenügend sei. Es fragt sich tatsächlich, wie weit wir dieses tote Pferd noch reiten sollen, bevor wir wirklich griffige Massnahmen ergreifen. Hier und heute ist es nicht mehr möglich, länger zuzuwarten – wir müssen handeln.

Die SVP-Fraktion zieht ihren Nichteintretensantrag zurück und ist bereit, die Detailberatung aufzunehmen, damit wir wenigstens einen Schritt weiterkommen.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Verschiedene Gesetzesrevisionen zur Kostendämpfung sind erst kürzlich in Kraft getreten oder sind bereits vom Parlament verabschiedet worden. Diese Revisionen sollen nun ihre Wirkung entfalten und wissenschaftlich bezüglich ihrer Auswirkungen begleitet werden, bevor neue Massnahmen getroffen werden. Wir haben einen unglaublichen Hyperaktivismus ohne Ende. Das ist unseriös und bringt uns nicht ans Ziel.

Ich bin nun bald vier Jahre in diesem Rat. Dieser ziellose Hyperaktivismus ist kaum zum Aushalten. Ausser viel Zeitaufwand seitens der Parlamentarierinnen und Parlamentarier, der Verwaltung, der Leistungserbringenden und der Gesundheitsorganisationen bringt dieser Gesetzes-Hyperaktivismus nichts. Nichts ist zwar auch nicht ganz richtig, denn es verursacht auf allen Seiten viel Frustration. Wir müssen daher einen Denkhalt einlegen. Wer soll was im Gesundheitswesen übernehmen? Wofür sollen die Kantone und wofür der Bund die Verantwortung übernehmen? Wollen wir weiterhin SGK-Mitglieder, die seitens der Pharma, der Krankenversicherungen usw. mehr oder annähernd so viel wie im Nationalrat verdienen? Das ist mit ein Grund, warum wir diesen Reformstau haben.

Natürlich können wir uns die Haare raufen und eine Sparmassnahme nach der anderen diskutieren. Natürlich gibt es noch Einsparpotenzial. Aber ehrlich gesagt, haben wir ein Finanzierungsproblem. Wir wollen alle immer mehr ambulante Massnahmen. Bei den stationären Massnahmen zahlen die Kantone 55 Prozent mit; bei den ambulanten Massnahmen hingegen ist ihr Beitrag vernachlässigbar. Der ambulante Bereich wird fast vollständig von den Prämienzahlenden bezahlt. Würde heute noch das Gleiche wie bei der Einführung des KVG über die Krankenversicherung bezahlt, dann wären die Krankenkassenprämien heute um rund 20 Prozent günstiger. Solange wir solche falschen Finanzierungsströme haben, machen wir hier drin nur "Pflasterlipolitik". Haben wir also den Mut, die Vorlage zurück an den Absender zu schicken, um uns danach zuerst über das Ziel einig zu werden. Unsere Minderheit erachtet es als zielführender, die Vorlage nicht weiterzuverfolgen bzw. ganz grundsätzlich zu überarbeiten. Die guten Punkte, die es durchaus in der Vorlage hat, sollten wir mit einer parlamentarischen Initiative weiterverfolgen. Das sind die differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG, die elektronische Rechnungsübermittlung, die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker, die Mutterschaftsleistungen.

Wie Sie der Fahne entnehmen können, verlangt unsere Minderheit mit der Überarbeitung der Vorlage vor allem, dass der Präventionsgedanke Bestandteil davon wird; er fehlt in dieser Vorlage. Insbesondere verlangen wir auch, dass es keine Einschränkung des Zugangsrechts zum Öffentlichkeitsprinzip gibt, was wir in Block 2 noch diskutieren werden. Weiter verlangen wir die Koordination zwischen den Apothekerinnen und Apothekern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Schliesslich verlangen wir die Findung von Lösungen am runden Tisch für die Netzwerke.

Besten Dank für die Unterstützung des Minderheitsantrages auf eine Rückweisung der Vorlage.

**Gysi** Barbara (S, SG): Zwei Tage nach der Verkündung des Prämienhammers für 2024 behandeln wir nun dieses Kostendämpfungspaket 2, das weitere Vorschläge des Berichtes der Expertengruppe von 2017 aufnimmt. Den Vorwurf, der Bundesrat bringe nichts, er mache nichts für die Kostendämpfung, finde ich wirklich ziemlich an den Haaren herbeigezogen. Es ist jeweils das Parlament, es sind die Interessenvertreter und -vertreterinnen, die diese Vorschläge zerpfücken und dann eben dafür sorgen, dass nichts mehr mehrheitsfähig ist.

Ja, der massivste Kostenanstieg seit Jahren und die Verdoppelung der Prämien in den letzten zwanzig Jahren rufen nach Massnahmen und einer Entlastung für die Prämienzahlenden. Die SP will mit ihrer Prämien-Entlastungs-Initiative Menschen wirksam entlasten und die Prämienverbilligung massiv ausbauen, um die Kaufkraft der Menschen zu erhalten. Sie wissen das, über diese Vorlage werden wir morgen auch noch in der Schlussabstimmung befinden.

Die SP hat aber immer auch betont, bei den Kosten ansetzen zu wollen; sie sagt, dass dort angesetzt werden muss. Vorschläge haben wir immer wieder eingebracht, mein Kollege wird diese dann auch noch einmal detailliert auflisten. Wir haben letzte Woche weitere Vorschläge präsentiert, die über dieses Paket hinausgehen. Einige davon möchte ich hier aufführen.

Weniger Profite für die Pharmakonzerne, tiefere Medikamentenpreise für die Menschen: Es ist klar, dass wir



mit einer Generika- und Biosimilar-Pflicht sowie dem Referenzpreissystem Kosten einsparen können. Es geht auch darum, die unverschämten Preise von patentgeschützten Medikamenten namentlich durch die internationale Zusammenarbeit senken zu können.

Die Grundversorgung muss gestärkt und die Prävention ausgebaut werden. Der Kostenanstieg muss vor allem bei den Spezialistinnen und Spezialisten gedämpft werden. Wir wissen, dass in der Grundversorgung, durch die Hausärzte und Hausärztinnen, in den letzten zehn Jahren eigentlich ungefähr gleich viele Leistungen erbracht wurden. Es sind die Spezialistinnen und Spezialisten, die finanziell "einschenken". Differenzierte Tarife sollen da helfen, wir haben das auch schon mehrfach versucht. Neue Tarife müssen zwingend kostenneutral sein. Zudem müssen wir, wo wir dies tun können, Leistungen auch auf andere Gruppen verlagern. In der Regel sind die auch günstiger: Pflege, Apotheken, Hebammen.

Wir fordern auch Erstberatungsstellen. Der Bundesrat hatte dies in der Vernehmlassung vorgeschlagen. Das ist dann nach intensivstem Lobbying herausgefallen. Wir finden, dass das wieder aufgenommen werden sollte. Nachdem im "Club" von SRF vor zwei Wochen fast alle Parteienvertreter dazu positiv Stellung genommen haben, fordern wir den Zweirat auf, diese Massnahme ernsthaft zu prüfen und wieder aufzunehmen.

Nicht zuletzt muss die Profitlogik im Gesundheitswesen gestoppt werden, und es braucht auch mehr Transparenz. Denn wir alle wissen: Profitlogik und Marktdenken haben im Gesundheitswesen nichts zu suchen. Sie treiben die Kosten in die Höhe und führen zu Mengenausweitungen und Übermedikationen. Wir wollen mehr Transparenz bei Löhnen, Entschädigungen und Vergütungen. Abhängigkeiten müssen hier auch verhindert werden. Ich bin sehr froh, dass es dazu einen Vorschlag aus der Jugendsession gibt; wir werden wahrscheinlich in der Wintersession darüber befinden können.

Für das Monitoring braucht es im Gesundheitswesen auch eine Art Finma. Es muss wirklich gesehen werden, wenn unnötige Operationen gemacht werden. Das wäre dann Stoff für ein Kostendämpfungspaket 3. Zum Profitdenken gehört natürlich auch die ganze Lobbying-Geschichte. Dem muss ein Riegel vorgeschoben werden, die Brokertätigkeit muss eingeschränkt oder verboten werden, die Werbung muss eingeschränkt werden.

Zum Lobbying-Verbot – natürlich habe auch ich heute Interessenbindungen und benenne diese gerne: Ich bin im FMC-Vorstand; ich bin bei Arud, Zentrum für Suchtmedizin; ich bin auch bei der Spïtex; schliesslich bin ich in einem Beirat des Paraplegiker-Zentrums Nottwil. Sie können das alles auf meiner Homepage nachlesen. Die Vergütungen, alles zusammen, machen rund 12 000 Franken aus. Ich bin da transparent. Ich glaube, dass das nicht die grossen Mandate sind. Aber wenn wir so etwas beschliessen, werde ich natürlich auch meine Mandate abgeben. Noch halte ich mich aber an

AB 2023 N 2032 / BO 2023 N 2032

die Vorgaben des Gesetzes. Wir sind der Meinung, dass es hier wirklich klarere Vorgaben braucht. Was wir heute erleben, geht einfach nicht.

Es ist sehr ernüchternd, was in der Kommission diskutiert worden ist. Auf die Massnahmen ist vielfach nicht eingetreten worden. Wir hatten einen runden Tisch beschlossen, damit die koordinierte Versorgung verbessert wird. Das ist leider nicht gelungen, das Resultat war wirklich sehr ernüchternd.

Wir sind trotzdem der Meinung, dass es hier eine Verstärkung braucht, und werden uns dem Entwurf des Bundesrates anschliessen. Wir unterstützen die meisten Massnahmen; Sie werden das in der Detailberatung hören. Bei den Preismodellen haben wir versucht, vorübergehend einen Weg zu finden. Wir unterstützen auch den Beitritt zur Beneluxa-Initiative.

Wir lehnen den Nichteintretensantrag – er ist jetzt zurückgezogen worden – und auch den Rückweisungsantrag ab.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Voilà maintenant une façon de parler vraiment des coûts de manière concrète. Je rappelle que, dans le domaine de l'assurance-maladie, le groupe socialiste et le Parti socialiste disent qu'il faut plafonner les primes, mais également qu'il faut agir sur les coûts. Et ce Parlement a eu de nombreuses occasions, ces deux dernières années, de parler des coûts. Alors à ceux qui nous disent que le problème ne réside pas dans les primes, mais dans les coûts, je réponds: vous avez depuis deux ans la possibilité d'agir, de proposer, d'accepter et de modifier des propositions sur les coûts.

Je rappelle simplement les projets qui nous auraient permis de le faire: l'initiative du Centre et son contre-projet, le paquet d'économies que le Conseil fédéral nous a envoyé et qui découle d'un rapport d'experts et, enfin, le projet Efas. Nous avons la LAMal devant nous: il est possible pour chacun d'entre nous, si nous estimons que le Conseil fédéral n'a pas proposé d'assez bonnes solutions, d'en proposer d'autres. Du côté du groupe socialiste, nous avons par exemple demandé, dans le cadre du contre-projet à l'initiative du Centre, que le Conseil fédéral fasse une révision urgente du Tarmed et qu'il soit contraint de le faire.



Monsieur de Courten, vous avez parlé des tarifs excessifs: pourquoi avez-vous voté contre cette proposition, qui aurait contraint le Conseil fédéral à corriger ces tarifs excessifs dans le Tarmed? Nous avons proposé des tarifs dégressifs quand les quantités augmentent – vous avez dit que c'était un problème que les quantités augmentent; quand les quantités augmentent, il faudrait que le tarif baisse: nous avons proposé cela, mais vous l'avez refusé. Nous avons proposé des tarifs différenciés: on a tout juste pu faire passer cela dans le contre-projet à l'initiative du Centre dans les cas où le système tarifaire est déficient, mais, de manière structurelle, vous l'avez également refusé. Aujourd'hui, dans ce paquet, nous proposons de la transparence sur les factures afin que l'on puisse comparer les points Tarmed qui sont inscrits dans la facture avec la réalité du temps effectif de la consultation: vous déposez une proposition de minorité contre notre proposition pour vous attaquer, encore une fois, à une mesure efficace de maîtrise des coûts.

La majorité de ce Parlement a freiné le paquet de propositions du Conseil fédéral: vous l'avez fait couper en deux, vous avez demandé la tenue de tables rondes pour que l'on rediscute à peu près de chacune des mesures. Je pourrais presque dire qu'à la fin, la meilleure mesure pour enfin agir relatives aux coûts, ce serait plutôt d'interdire les tables rondes que d'en proposer chaque fois de nouvelles, parce qu'à chaque fois que l'on en organise une, cela ne mène à aucune décision. Il vaudrait bien mieux que ce Parlement prenne enfin ses responsabilités.

Chacun pouvait – et peut encore – proposer des mesures relatives aux coûts; qu'elles viennent enfin, et que vous acceptiez enfin celles qui sont proposées par le Conseil fédéral. Nous avons aujourd'hui l'occasion d'agir, de dire ce qui va ou ne va pas, de proposer autre chose. C'est là que nous sommes attendus par la population, parce que décidément, on ne peut pas continuer comme cela.

C'est la raison pour laquelle le groupe socialiste vous invite, évidemment, à entrer en matière. Il n'est pas question de repousser encore la moindre décision. Nous nous exprimerons ensuite en détail sur les différentes propositions.

**Porchet** Léonore (G, VD): C'est l'automne et c'est la saison des marronniers, comme on dit en français, c'est aussi celle de la hausse des primes. Je le dis aussi parce qu'on en vient même à s'habituer à cette annonce de hausse des primes chaque année. Cette année, la hausse est évidemment particulièrement forte, particulièrement insupportable pour les ménages: plus 10 pour cent de hausse dans mon canton, c'est presque 50 francs de plus par prime et par mois, ce qui est évidemment insupportable, particulièrement pour une population qui, pour une partie d'entre elle, ne peut même pas mettre 50 francs de côté par mois, déjà à présent. Il faut donc des solutions: la solution consiste-t-elle seulement à agir sur les coûts, comme le dit le Conseil fédéral et comme le dit la majorité de cet hémicycle? Il est évidemment plus facile de dire que le problème réside dans les prestations, dans les coûts plutôt que de s'attaquer véritablement au système. Non, ce ne sont pas d'abord les coûts qui sont le problème, puisque les primes augmentent davantage que les coûts; le problème est donc ailleurs. Ces vingt-cinq dernières années, les primes ont augmenté deux fois plus que les dépenses et la part couverte par les primes plutôt que par les cantons a augmenté de 10 pour cent. On se rend donc compte qu'il y a un désengagement des finances publiques, qui retombe sur le dos des payeurs et des payeuses de primes. Si le financement de la santé était couvert de manière paritaire entre finances publiques et finances privées, de la même manière qu'au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les primes seraient 20 pour cent moins chères qu'elles ne le sont aujourd'hui. Ce n'est donc pas d'abord un problème de coûts, c'est d'abord un problème de financement, de système, de solidarité; c'est bien cette réalité que ne veut pas affronter ce Parlement en ne parlant que des coûts, que des coûts et encore des coûts, en imaginant des solutions farfelues comme des amendes pour les personnes qui viendraient aux urgences, en voulant tailler dans les prestations, en proposant une médecine à deux vitesses avec des assurances "low cost" de la LAMal. Toutes ces solutions, évidemment, ne taperont que sur les personnes qui souffrent déjà du système, d'un système qui n'est pas solidaire, d'un système qui n'est pas juste pour les ménages les plus faibles.

On ment, d'autant plus si l'on dit qu'on va baisser les coûts, parce que nous, toutes et tous, vous, moi, allons participer le plus à l'augmentation des prix de la santé pendant la dernière année de notre vie. C'est pendant cette année, avant de mourir – et nous allons toutes et tous mourir –, que nous allons coûter le plus cher à l'assurance-maladie. Nous allons donc tous et toutes coûter cher à l'assurance-maladie: on ne peut pas simplement dire que nous allons baisser les coûts, puisque nous allons toutes et tous, à un moment donné, coûter à cette assurance-maladie, et nous allons coûter beaucoup – par là, j'entends plus que pendant la totalité du reste de notre vie. Et puis la population vieillit, il y a donc de plus en plus de maladies chroniques. Nous avons également une médecine de plus en plus pointue, capable de soigner de plus en plus d'affections. Nous voulons aussi améliorer les salaires et les conditions de travail dans le domaine de la santé, notamment



par l'initiative sur les soins infirmiers. On ne va donc pas faire baisser les coûts: il faut arrêter de mentir. Ce qu'on peut faire, par contre, c'est rendre le système plus juste, avec une meilleure répartition des coûts et un meilleur financement, notamment public, contre une médecine à deux vitesses. Nous pouvons aussi rendre le système plus honnête, car il y a des coûts que nous pouvons corriger, là où il y a des incitatifs négatifs, où il y a des tricheurs et des profiteurs, où il y a des membres de ce Parlement qui défendent les lobbys. Et nous pouvons rendre le système plus intelligent, avec une meilleure coordination des soins, et plus de prévention. Ce n'est pas le projet qui vous est proposé aujourd'hui, qui ne le fait pas – ou seulement très partiellement, sur certains points – et qui introduit même une nouvelle

**AB 2023 N 2033 / BO 2023 N 2033**

couche de manque de transparence, qui est absolument inacceptable, dans le domaine des médicaments. C'est pour cela que nous demandons le renvoi du projet au Conseil fédéral.

Parce que nous voulons qu'un projet qui vise une amélioration du système sur la question des coûts de la santé mette en avant d'abord la question de la prévention. C'est tellement une évidence que, lors de tous les débats que nous sommes en train de mener maintenant, en vue des élections fédérales, tous les partis disent qu'il faut faire de la prévention; mais dès qu'il s'agit de la financer, il n'y a plus personne. A tel point que les coûts de la prévention représentent aujourd'hui 2,2 pour cent des coûts totaux de la santé de ce pays, ce qui est vraiment misérable, surtout en comparaison avec les 20 milliards de francs que coûtent les comportements à risque encouragés par un environnement qui rend malade et que nous favorisons ici, dans ce Parlement, par des votes qui rendent les gens malades, en favorisant la pollution, la production et le soutien à des aliments ou à des produits néfastes.

Je prends comme exemple les mesures de prévention contre le tabagisme, qu'il a été si difficile d'introduire et que nous n'aurions probablement pas introduites avec efficacité sans une votation populaire: un franc de dépense pour une mesure de prévention contre le tabagisme, c'est un retour sur investissement de 41 francs. Voilà l'avantage financier et sanitaire de la prévention.

Nous voulons aussi supprimer du projet – si vous le renvoyez au Conseil fédéral, comme nous le proposons – la notion de rabais caché. C'est une honte, un nouveau cadeau à la pharma. C'est une restriction du principe de transparence, qui est contraire au système – c'est un avis de droit qui le dit. Cela va permettre simplement à la pharma de continuer à imposer des prix et des marges, évidemment exorbitantes, sans contrôle démocratique. On n'est pas loin d'un système de corruption organisé et institutionnalisé, qui limite en fait le pouvoir de négociation des autorités, en Suisse et évidemment aussi à l'étranger, parce que si on affiche des prix très forts en Suisse, on va pouvoir essayer de vendre les médicaments très cher aussi à l'étranger et, donc, la Suisse va participer à un manque d'accès généralisé à des médicaments.

Evidemment, un système où il n'y a plus de comptes à rendre à la population est vraiment problématique. Ce que nous voulons, c'est faciliter la levée des brevets, renforcer la coopération internationale, comme le prévoit le postulat de commission 23.3505, et favoriser, voire imposer, les génériques.

Je terminerai avec un mot sur la coordination. Un petit essai a été mené par le Conseil fédéral, ce qu'on salue. La majorité de la commission, malheureusement, n'en veut pas. Or c'est une évidence: comme la prévention, tout le monde dit qu'il faut en faire, mais quand il s'agit d'en faire, il n'y en a pas. Je vous encourage donc à soutenir ce point.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Ich denke, nach dem fulminanten Votum meiner Kollegin Léonore Porchet sind Sie jetzt alle überzeugt, die Rückweisung an den Bundesrat zu unterstützen, die von meiner Minderheit beantragt und von der grünen Fraktion unterstützt wird.

Wir haben einen unglaublichen Hyperaktivismus ohne Ende. Das ist unseriös und bringt uns nicht ans Ziel. Die Prämien entsprechen nicht den Kosten im Gesundheitswesen – Prämien und Kosten sind nicht gleichzusetzen. Es ist eine Augenwischerei, was da ständig gemacht wird. Gerade wenn es um die Kostenentwicklung geht, ist der Unterschied zwischen den Prämien und den Kosten sehr, sehr entscheidend. Das geht in all diesen Diskussionen immer wieder unter, und so kommt man auch nicht zu einer wirklichen Lösung für das Problem. Wenn Sie die Kosten von 1996 bis 2020 nehmen, sehen Sie, dass wir eine Kostensteigerung von 81,5 Prozent hatten. Die Höhe der Prämien steigerte sich im gleichen Zeitraum aber um 146 Prozent. Sie sehen also: Es ist nicht vergleichbar, es darf nicht in den gleichen Topf geworfen werden.

Ich habe bereits im Juni die Motion 23.3920, "Schluss mit den unsozialen Kopfprämien bei der Krankenversicherung", eingereicht. Es ist ein Vorstoss für einkommensabhängige Krankenkassenprämien – wie dies auch bei der Unfallversicherung der Fall ist –, damit die Migros-Verkäuferin endlich nicht mehr gleich viel bezahlt wie die Milliardärin.



Ich habe es gesagt, es gibt verschiedene Gesetzesrevisionen zur Kostendämpfung. Diese sind gut, aber sie müssen jetzt wirklich endlich einmal ihre Wirkung entfalten können. Man muss schauen können: Was hat es gebracht, was hat es eben nicht gebracht?

Haben wir also den Mut, die jetzt zur Diskussion stehende Vorlage zurück an den Absender zu schicken, dies mit dem klaren Ziel, dass eben nicht weiter "Pflästerlipolitik" gemacht wird, sondern das Problem an den Wurzeln gepackt wird.

Ich danke Ihnen im Namen der grünen Fraktion für die Unterstützung des Rückweisungsantrages.

**Lohr Christian (M-E, TG):** Nach den historisch schlechten Nachrichten, die wir in den letzten Tagen erhalten haben, sind kostendämpfende Massnahmen das Gebot der Stunde – jetzt erst recht. Dennoch müssen wir mit absoluter Bescheidenheit, ja mit Demut auftreten, wenn wir dieses Geschäft heute behandeln.

Machen wir uns nichts vor: Was wir heute unternehmen, sind kleine Versuche, die Kosten zu dämpfen. Mehr ist es noch nicht. Die Verbesserungen, die wir erreichen, mit denen wir etwas bewegen oder bewirken können, werden alles in allem und im grossen Rahmen überschaubar bleiben. Schuldzuweisungen, wie sie in den letzten Tagen medial überall erfolgt sind, ersparen wir uns an dieser Stelle. Denn wir selber stehen mit in der Verantwortung, und wir wollen diese Verantwortung auch wahrnehmen. Das ist eine Sache, die wir gemeinsam machen müssen. Dazu, und auch das möchte ich deutlich sagen, brauchen wir nicht tausend Belehrungen von ausserhalb des Parlamentes. Das Einzige, was uns in dieser Thematik weiterbringen wird, ist es, gemeinsam Verantwortung zu übernehmen. Das ist der einzige Ansatz, der funktionieren kann.

Lassen Sie mich die Umsetzung der von einer Expertengruppe empfohlenen rund drei Dutzend Vorschläge und Massnahmen mit einer Bahnfahrt vergleichen: Endlich haben wir den Zug auf dem Geleise, wenn auch die Reisegruppe ziemlich heterogen und mit unterschiedlichsten Vorstellungen über die Fahrtdauer und den Fahrpreis ist. Doch leider müssen wir wieder einmal konsterniert feststellen, dass dieser Zug schon kurz nach seiner Abreise kontinuierlich an Tempo verliert. Verspätungen, Verzögerungen, Betriebsausfälle sind im Grunde genommen alle schon vorprogrammiert gewesen und haben sich frühzeitig abgezeichnet.

Die Interessen haben sich halt einmal mehr als allzu verschieden erwiesen. Es braucht deshalb eine verantwortungsvollere Dialogkultur in diesem Themenbereich zwischen den Partnern, den Akteuren, indem man sich gegenseitig zuhört, miteinander reflektiert, sich aber auch gegenseitig vertraut und dann gemeinsam Lösungsansätze sucht. Es wird auch in Zukunft ein Prozess sein, der Geduld erfordert, ein Prozess für die Weiterentwicklung von Antworten auf die offenen Fragen. Wir wissen es, und dennoch müssen zahlreiche Prozesse in diesem Gesamtentwicklungspaket beschleunigt werden. Es ist wichtig, dass gewisse Entscheidungen schneller getroffen werden. Es müssen Medikamente schneller zugelassen werden, es müssen Untersuchungsprozesse schneller laufen. Da läuft uns sonst die Zeit davon, und vor allem schreitet die Preisentwicklung voran.

Die Erwartung muss sein, dass wir uns an der Vorgabe orientieren, wonach wir eine gemeinsame Idee haben. Die Kostenentwicklung – das kann ich an dieser Stelle schon betonen – ist für die Mitte-Fraktion nicht erst in diesen Tagen ein besonderes Thema. Wir sind schon länger daran und fordern deshalb, dass endlich etwas geschieht. Das Gesundheitswesen braucht eine klare Zielvorgabe, damit wir an den richtigen Ort gelangen, an den Ort, wo wir wieder eine sichere Prämienentwicklung haben.

Das Problem muss an der Wurzel angepackt werden und nicht einfach mit Einzelvorstössen bearbeitet werden. Wir wollen kein gemächliches Tempo, wie wir das auf der Bahnfahrt – ich komme zu meinem Bild zurück – leider haben zur Gewohnheit werden lassen. Es besteht ja inzwischen, auch wenn wir als Gesprächspartner an runden Tischen schon

AB 2023 N 2034 / BO 2023 N 2034

eine lebendigere, eine positivere Diskussion erfahren haben, eben immer noch folgendes Problem: Wir sind alle der Meinung, dass das Gesundheitswesen für alle zugänglich sein und für alle bezahlbar bleiben muss. Aber wir sind da schon deutlicher: Wir sagen, dass es für uns wichtig ist, dass wir reduzierte Tarife erreichen, dass die Medikamentenpreise sinken, dass wir Fehlanreize für unnötige Behandlungen abschaffen wollen. Also einfach nur ein bisschen eine allgemeine Aussage hören Sie von uns heute nicht.

Bald wird es ja auch einen neuen Lokomotivführer – ich spreche jetzt wieder von meiner Bahn – oder eine neue Lokomotivführerin geben. Ich bzw. wir gehen schon davon aus, dass dieser oder diese dann wieder mit neuen, ehrgeizigeren Vorstellungen darüber starten wird, wie die Reisetätigkeit künftig verlaufen soll. Wir müssen schneller werden, wir müssen entschiedener werden. Das Endziel unserer Fahrt mit dem Zug, die Kostendämpfung, ist aber noch in weiter Ferne. Selbst mit dem besten Fernrohr sieht man das Ziel noch nicht. Es darf im Wagon der Beteiligten, der Partner im Gesundheitswesen, jetzt keine weitere lähmende Ruhe mehr einkehren. Jetzt muss gehandelt werden.



Als Nächstes wird am 22. Oktober der Billettkontrolleur in unser Abteil steigen und genau begutachten, wer eine gültige Fahrkarte für die Zukunft hat. Bei dieser Kontrolle wird es auch darum gehen, wie wir uns im Gesundheitswesen für kostendämpfende Massnahmen einsetzen. Das Stimmvolk, davon bin ich überzeugt, wird hinschauen und die Akteure unterstützen, die aktiv etwas unternehmen.

Für die heutige Eintretensdebatte gibt es zwei Minderheiten. Die eine will Nichteintreten. Beim besten Willen, ein Nichteintreten auf eine solche Vorlage wäre eine Bankrotterklärung. Das hiesse konkret: Die Sorgen der Bevölkerung, der Prämienzahlenden, werden nicht ernst genommen. Wir sind gewählt worden, um zu handeln. Die Prämienzahlenden nicht ernst zu nehmen, die am Ende des Monats ihre sehr grosse Mühe haben, die Prämien zu zahlen, würde heissen, dass man es selber nicht verdient, ernst genommen zu werden.

Am Prämienchock muss man auch den zweiten Minderheitsantrag messen. Hier heisst es für uns klar: Das wäre ein Spiel auf Zeit. Ich glaube, die letzten Tage mit diesem Prämienchock für alle haben es bewiesen: Wir haben keine Zeit, bei diesem Thema noch länger mit der Diskussion fortzuschreiten. Wir müssen aktiv handeln, sofort.

Wir sagen zu beiden Minderheitsanträgen Nein. Wir werden auf die Vorlage eintreten und dann jeweils der Mehrheit zustimmen. Die Ausnahme ist Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f, wo wir dem Einzelantrag Wismer Priska zustimmen werden.

**Sauter Regine (RL, ZH):** Ich gebe gerne an erster Stelle meine Interessenbindung bekannt: Ich bin seit Beginn des Jahres Präsidentin von H plus – Die Spitäler der Schweiz.

Lassen Sie mich eine Vorbemerkung machen: Die Schweiz hat eines der besten Gesundheitswesen der Welt. Die Bevölkerung der Schweiz teilt diese Meinung und diese Haltung, das zeigen jährliche Befragungen. Die Schweizer Bevölkerung hat auch klargemacht, dass sie den jederzeitigen und direkten Zugang zu diesem Gesundheitswesen schätzt und auch wünscht. Man hat eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen, die dieses Gesundheitswesen erbringt.

Aber, dies gesagt, das hat auch seinen Preis. Unser Gesundheitswesen ist gleichzeitig eines der teuersten weltweit. Die stetig steigenden Prämien, die wir feststellen, sind eben genau der Preis dafür; sie sind das Ergebnis der stetig steigenden Gesundheitskosten. Es ist nicht so, wie Kollegin Weichelt vorhin gesagt hat, dass das keinen Zusammenhang hätte. Wenn man die Statistiken anschaut, sieht man, dass sich Gesundheitskosten und Prämien ziemlich exakt parallel zueinander entwickeln. Seit 1995 stellen wir bei den Gesundheitskosten einen durchschnittlichen jährlichen Kostenanstieg von zwischen 4,5 und 5,5 Prozent fest, und das wirkt sich, wie gesagt, auf die Prämien aus.

Gründe für diesen Kostenanstieg sind an erster Stelle Mengenausweitungen – es wird, man muss es so sagen, viel mehr an Gesundheitsleistungen konsumiert als früher –, aber natürlich auch die Teuerung und die Lohnentwicklung, um nur einige Faktoren zu nennen.

Wir befinden uns hier in einem Spannungsfeld. Zum einen sind die hohen Krankenkassenprämien heute eine der Hauptsorgen der Bevölkerung, das zeigen die Sorgenbarometer, die jährlich erhoben werden. Zum andern besteht gleichzeitig der Wunsch der Bevölkerung, ich habe es gesagt, nach einer jederzeitigen Verfügbarkeit der Gesundheitsleistungen.

Massnahmen, die wir ergreifen, müssen sich somit in diesem Spannungsfeld bewegen, d. h., sie müssen zum einen die Qualität, die Verfügbarkeit der Gesundheitsleistungen gewährleisten und sichern, zum andern aber die Kosten dämpfen. Von Kostensenkung spricht ja im Prinzip niemand mehr. Dazu reicht nun eben eine reine Symptombekämpfung nicht, wie wir es in dieser Session bereits besprochen haben. Es reicht beispielsweise nicht, einfach mehr Geld für Prämienverbilligungen zu beschliessen, welche die Symptome überdecken. Es reicht aber auch nicht, mit einer Volksinitiative zu fordern, dass Massnahmen beschlossen werden müssen, wenn die Kosten steigen. Damit befinden wir uns nämlich genau gleich im Unkonkreten wie in so manchen Diskussionen hier drin.

Es braucht nun endlich echte Lösungen. Es braucht vor allem Lösungen, die den Mittelstand entlasten. Denn der Mittelstand ist letztlich jene Gruppe der Bevölkerung, die am meisten leidet, weil sie eben keine Prämienverbilligungen erhält. Es braucht aber auch kein Politmarketing mithilfe unseres Gesundheitswesens, dafür ist unser Gesundheitswesen nämlich zu wertvoll.

Es ist wichtig, dass wir uns hier über das ganze politische Spektrum, aber auch über alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen hinweg zusammenraufen. Wir haben es in der Hand, hier im Parlament endlich eine der effektivsten Massnahmen zu beschliessen. Es wurde heute Morgen schon angetönt: Efas ist eine solche Massnahme. Wenn es uns gelingt, mehr Behandlungen im ambulanten Bereich statt im stationären Bereich durchzuführen, haben wir ein echtes, effektives Kosteneinsparpotenzial. Es ist nun höchste Zeit, nach beinahe vierzehn Jahren Diskussion, dass wir dieses Sparpotenzial endlich nutzen. Ich appelliere an Sie alle,



dass wir hier nun wirklich einmal Nägel mit Köpfen machen.

Des Weiteren braucht es im Gesundheitswesen eine konsequente Digitalisierung. Die ganze Administration, die wir heute noch auf Papier bewältigen müssen, bindet unnötig Ressourcen, die für die Patientinnen und Patienten letztlich fehlen. Wir müssen, darum kommen wir auch nicht herum, den Leistungsumfang reduzieren. Wir müssen uns wirklich fragen, ob alles, was wir heute machen, nötig, wirtschaftlich und zweckmässig ist. Die sogenannten WZW-Kriterien müssen noch viel enger definiert angewendet werden.

Das bringt mich zum Kostendämpfungspaket 2, über das wir heute diskutieren. Man kann sagen, es ist ein bisschen ein Sammelsurium an Massnahmen, gewissermassen der Aufwisch von allem, was noch übrig war. Tatsächlich wird dieses Paket keine wesentlichen Einsparungen bringen. In der Botschaft und in der Kommission war man nicht in der Lage, uns konkrete Zahlen zu nennen und das Einsparpotenzial zu quantifizieren, das hier erreicht werden soll. Man kann nicht wirklich von einem Kostendämpfungspaket sprechen. Aber es bringt einige gute strukturelle Massnahmen mit sich, die man hier beschliessen kann. Deshalb, ich sage das hier auch, treten wir auf dieses Geschäft ein.

Allerdings, und das muss man einmal mehr betonen: Im Gesundheitswesen braucht es nicht mehr, sondern weniger Regulierung. Wir haben allein in dieser Legislatur ungezählte Revisionen im KVG diskutiert und beschlossen. Gewisse Pakete, gewisse Massnahmen, gewisse Reformen überlagern sich. Wir sind nicht einmal in der Lage, bei einzelnen Massnahmen abzuschätzen, was sie effektiv bringen, und bereits wird wieder neu reformiert, neu reguliert. Das Gesundheitswesen krankt an dieser Überregulierung. Wir müssten hier einmal einen Reformstopp beschliessen und das Ganze von Regulierungen entschlacken und nicht noch mehr davon beschliessen. Verbesserungen sind nämlich auch im bestehenden System möglich. Dazu braucht es keine neuen Regeln.

Ganz konkret spreche ich hier die koordinierte integrierte Versorgung an. Das ist ein sehr gutes Modell. Solche Modelle

**AB 2023 N 2035 / BO 2023 N 2035**

werden bereits in der Praxis umgesetzt. Ich kann hier als Beispiel das Réseau de l'Arc nennen, das eine Versicherung mit gewissen Leistungserbringern im Jurabogen aufgleist. Das sind gute Modelle. Aber dafür brauchen wir keine neuen gesetzlichen Regulierungen, das kann bereits mit den bestehenden Regeln erfolgen.

Ich bin auch einigermassen erstaunt: Es gab massive Kritik der Leistungserbringer an diesem Vorschlag im Kostendämpfungspaket, praktisch durch das gesamte Band hindurch. Wir haben uns gefragt, wie man vonseiten der Verwaltung überhaupt darauf kommen konnte, daran festzuhalten, wenn doch der Widerstand in der Praxis dermassen gross ist. Entsprechend – ich komme darauf dann in der Detailberatung zu sprechen – lehnen wir die in diesem Paket vorgesehenen Bestimmungen zur integrierten Versorgung ab.

Es sind aber auch gute Punkte in diesem Kostendämpfungspaket enthalten; ich habe es erwähnt. Zum Beispiel wollen wir mit dem Paket den schnellen Zugang zu neuen Medikamenten und insbesondere einen gerechteren Zugang gewährleisten. Heute ist es relativ willkürlich – je nach Versicherung, bei der man versichert ist –, ob man einen solchen Zugang hat oder nicht. Das wollen wir vereinheitlichen. Zudem wollen wir die Möglichkeiten stärken, in Apotheken Leistungen zu beziehen. Wir sind der Meinung, dass dies das ganze System entlastet, dass gewisse Leistungen in Apotheken durchaus am richtigen Ort sind und dass das ebenfalls kostendämpfend wirken kann.

Zum Schluss werden wir auch die vorliegenden Motionen unterstützen, zum Beispiel die Motion, die vorsieht, dass Möglichkeiten für den Abschluss von Mehrjahresverträgen mit Versicherungen geschaffen werden. Das wird die Administration entlasten, und im Ergebnis kann das auch den Druck von den Prämien wegnehmen.

Summa summarum ist unsere Fraktion für Eintreten auf die Vorlage. Wir werden den Rückweisungsantrag von grüner Seite ablehnen und bitten Sie, Gleiches zu tun. Details werde ich dann im Rahmen der Behandlung von Block 1 erläutern.

**Wasserfallen** Flavia (S, BE): Kollegin Sauter, in Ihrem Votum haben Sie die Analyse gemacht, wonach durch das Mengenwachstum auch die Kosten steigen, wonach das aktuelle System zu allzu vielen Eingriffen, Therapien usw. führt. Fast im gleichen Atemzug haben Sie gesagt, es brauche keine neuen Regulierungen. Was wären denn Ihre Lösungen für das aktuelle System, das zur Überversorgung führt?

**Sauter** Regine (RL, ZH): Wir müssen, das muss man selbstkritisch sagen, bei uns selber ansetzen. Hier ist jeder von uns in der Verantwortung, Leistungen kritisch zu betrachten, die er oder sie bezieht. Tatsächlich muss man sich fragen, ob bei allen Symptomen ein Gang zum Arzt oder zur Ärztin nötig ist, ob immer noch ein Gang zu einer zweiten Fachperson nötig ist, wenn man bei der ersten keine befriedigende Antwort erhalten hat, ob es z. B. immer noch zusätzliche Röntgen- oder MRI-Aufnahmen braucht. Es sind sol-



che Dinge, an denen man sieht, dass es heute eine Überversorgung gibt.

**Mäder Jörg** (GL, ZH): Auch ich möchte kurz meine Interessenbindung deklarieren: Ich bin Mitglied im Stadtrat von Opfikon, und dieses Exekutivamt umfasst auch den Bereich Gesundheit. Entsprechend sitze ich in den strategischen Gremien eines Spitals, zweier Pflegeheime und einer Spitex-Organisation bei uns im Kanton Zürich.

Das Thema Kosten im Gesundheitswesen ist momentan eines der grössten Themen im Land, und das völlig zu Recht. Seit Jahren kennen wir die Grundproblematik: eine älter werdende Bevölkerung; die Generation der Babyboomer, die in Pension geht; neueste Entwicklungen bei Medikamenten und Behandlungen, also Innovation; eine gigantische Leistungserwartung an die Pflegekräfte; und eine noch fast inexistent Digitalisierung im Gesundheitswesen. Und nein, das aktuelle elektronische Patientendossier ist kein Element der Digitalisierung. A4-Blätter durch PDF-Dokumente und Bundesordner durch Dateiodner zu ersetzen, war im Zeitalter der EDV revolutionär. Ich rede vom Zeitalter der Digitalisierung, das endlich auch bei uns anbrechen sollte.

Kurzum: Alle haben es kommen sehen, alle haben wild mit den Händen gefuchelt und haben den Journalisten bereitwillig Auskunft gegeben, aber als es wirklich konkret wurde, war im Grossen und Ganzen halt doch wieder Feierabend, und man hatte keine Lust, das Ganze anzupacken. Jeder hat halt so seine Verlustängste, Stichwort Nein-Allianz.

Sie glauben mir nicht? Hier zwei Indizien: In dieser Session haben wir endlich bei der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas) einen grossen Schritt gemacht. Das ist ein wirklich grosser Schritt, der grundlegende Mechanismen ändern und verbessern wird. Bevor wir da aber mit von Stolz geschwellter Brust durch die Gegend laufen: Die Vorlage zur Efas stammt aus dem Jahr 2009. Das wäre so, als würde man bei einem 400-Meter-Sprint mit Stolz nicht etwa die Laufzeit verkünden, sondern den Tag, an welchem man die Ziellinie überquert hat.

Das andere Indiz ist der Titel der heutigen Vorlage: Kostendämpfungspaket 2. Ein Paket der Post kann alles Mögliche enthalten. Genauso ist es mit der heutigen Vorlage: Sie enthält viel Klein-Klein, das halt gerade noch so Platz hat. Wäre die Vorlage ein Wurf, ein zusammenhängendes Konzept, hätte sie einen aussagekräftigen Namen statt einfach nur "Kostendämpfungspaket". Das ist sie aber nicht.

Nichtsdestotrotz ist die grünliberale Fraktion klar für Eintreten. Es sind Massnahmen, keine Rettungsboote der Königsklasse, aber der eine oder andere brauchbare Rettungsring ist dabei. Die meisten Massnahmen unterstützen wir, ein paar wenige lehnen wir aus guten Gründen ab.

Beim nächsten Abschnitt muss ich trotz meines Manuskripts etwas improvisieren. Die SVP-Fraktion hat ihren Nichteintretensantrag in letzter Minute zurückgezogen, die Lernkurve scheint anzusteigen. Ich bin sehr dankbar dafür, auch wenn ich dadurch auf ein paar spitze Pfeile verzichten muss, was ich aber gerne mache. Den Rückweisungsantrag der grünen Fraktion lehnen wir ebenso ab. Es ist ein Paket; was drin ist, ist drin. Wenn Sie neue Ideen haben: sehr gerne. Wenn viele kleine Ideen kommen: auch kein Problem. Dann sammeln wir die für das Kostendämpfungspaket 3. Aber lassen Sie uns doch dieses Paket endlich zur Post bringen, bevor noch jemand ein Ablaufdatum entdeckt.

Da die beiden Blöcke vollgepackt sind, möchte ich hier kurz auf ein paar unbestrittene Neuerungen eingehen. Das Element der ausserkantonalen Behandlungen respektive deren Verrechnung wird verbessert. Die elektronische Rechnungsübermittlung – etwas, das seit dem EDV-Zeitalter möglich wäre – wird endlich verbindlich eingeführt. Bei der Überprüfung der WZW-Kriterien kann man nun pragmatischer vorgehen und gezielt überprüfen, anstatt dies sklavisch alle Jahre zu tun. Bei Impfungen wird der Prozess etwas entschlackt.

Des Weiteren möchte ich noch einen Aspekt hier und jetzt ansprechen, der uns Grünliberalen wichtig ist. Sie kennen sicher den Grundsatz "So wenig wie möglich, so viel wie nötig", der oft gute Dienste leistet, auch hier, wobei man ihn leicht umformulieren muss: "So weit unten in der Hierarchie wie möglich, so weit oben wie nötig". Ja, Ärzte und Ärztinnen sind die Bestausgebildeten im Gesundheitswesen, aber auch die Teuersten. Es gibt mehr als genügend Entscheide, die nicht immer dort oben eine Schlaufe ziehen müssen. Wir haben genügend andere Fachkräfte mit mehr als genügend Fachausbildung und Verantwortungsbewusstsein, dass man auch ihnen gute Entscheide zutrauen kann. Sie brauchen aber die Kompetenzen dazu und die Möglichkeit zur Abrechnung. Die wollen wir ihnen geben.

Nein, Sie müssen keine Angst haben, dass das zu viel mehr Behandlungen und zu einer Mengenausweitung führt. Alle Berufsgruppen der Medizin haben mehr als genügend Arbeit. Niemand sucht noch nach mehr, im Gegenteil, man sucht nach Entlastung. Aber wenn wir die Wege verkürzen, ersparen wir uns Umwege, Administrationsaufwand und Wartezeiten. Wir entlasten die Ärzteschaft, die ja auch jammert, und machen die Pflegeberufe attraktiver.

In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, der Mehrheit zu folgen und die Vorlage zu behandeln, also sie nicht



zurückzuweisen.

AB 2023 N 2036 / BO 2023 N 2036

**Berset** Alain, président de la Confédération: Je vous passe toute la partie concernant le côté positif de notre système de santé: les prestations offertes, le personnel qui s'engage, etc. Tout cela est vrai, et c'est très important. Mais ce n'est pas ce qui est en question aujourd'hui. Ce qui est en question, c'est la capacité des acteurs politiques à prendre des mesures, attendues depuis quatre à cinq ans, pour freiner l'augmentation des coûts. Par un hasard du calendrier ou un peu par ironie de l'histoire, cette discussion arrive deux jours après l'annonce de l'augmentation de primes la plus importante des douze dernières années, alors que, depuis 2018, le Conseil fédéral vous dit de faire attention, car nous avons atteint la limite de ce que nous pouvons faire par des ordonnances et nous avons maintenant besoin de modifier des lois.

Cette augmentation de 8,7 pour cent est très importante. Elle a des conséquences très importantes pour les ménages, pour les familles, pour les personnes qui doivent payer ces primes. Les alternatives qui consisteraient à diminuer le catalogue ou à augmenter la franchise ne sont que des emplâtres sur une jambe de bois, parce que l'augmentation de la franchise a comme simple conséquence que, plutôt que de payer les 300 premiers francs de votre propre poche, vous en payerez plus. On peut bien baisser un peu les primes pour cela, mais pour les personnes qui ont besoin du système de santé, cela n'est qu'une augmentation brutale de coûts. En ce qui concerne la diminution du catalogue, il faut nous dire où on pourrait le diminuer sans diminuer l'accès à des prestations nécessaires pour la population.

Je suis donc très heureux que vous ayez cette discussion ce matin. Elle a permis à certaines et certains de comprendre que certaines positions ne sont plus tenables. Il n'y a ainsi plus de proposition de ne pas entrer en matière: c'est une bonne chose. Au moins, la nécessité d'agir est dans ce domaine reconnue, ce qui est une bonne chose. D'autant plus que c'est un défi très important, non seulement pour la politique, mais aussi pour notre population. Les derniers baromètres des préoccupations de la population ont montré que la question de la santé est considérée comme le plus grand défi politique pour 39 pour cent des personnes interrogées.

Je vous ai dit tout à l'heure que le Conseil fédéral a utilisé toute la marge de manoeuvre qu'il a et qu'il avait à disposition pour, par ordonnance, avoir un effet sur les coûts. Je vous rappelle brièvement de quoi il s'agit: le réexamen triennal des médicaments, qui a permis d'économiser plus d'un milliard de francs depuis 2012; l'adaptation de la structure tarifaire Tarmed en 2017, qui a permis d'économiser 470 millions de francs supplémentaires; l'abaissement de 10 pour cent des tarifs des analyses de laboratoire, qui a permis, en complément, d'économiser 140 millions de francs par année. Ce sont les éléments qui sont déjà en vigueur et qui ont eu un effet de frein sur les coûts. Seulement, depuis 2018–2019, alors que nous avons épuisé cette marge de manoeuvre, il y a besoin de modifier des lois, raison pour laquelle le Conseil fédéral a transmis au Parlement deux paquets de mesures pour une meilleure maîtrise des coûts. Le premier paquet vous a été transmis en 2019. Il a été traité, et nous passons maintenant à la mise en oeuvre. Le deuxième vous a été transmis en 2022, et c'est celui que vous avez sur la table aujourd'hui.

Qu'en est-il ressorti? Le premier paquet comportait des mesures extrêmement importantes, de meilleure maîtrise des coûts. Il contenait neuf mesures proposées par le Conseil fédéral: parmi elles, les plus importantes ont été soit affaiblies, soit carrément supprimées ou vidées de leur substance. L'exemple que tout le monde connaît est celui du système de prix de référence pour les génériques. Il y avait eu là une analyse d'impact de la réglementation – "Regulierungsfolgenabschätzung" – qui avait montré que les économies dans ce domaine auraient pu s'élever à un montant de 310 à 480 millions de francs. Cela a été purement et simplement supprimé, sans que l'on arrive vraiment à comprendre pourquoi, dans la mesure où les génériques, dans notre pays, sont beaucoup plus chers – jusqu'à un multiple du prix – que le prix que l'on paie au-delà de la frontière. C'est la mesure dont je voulais vous parler – je vous passe les autres.

Aujourd'hui, vous avez le deuxième volet. Il comprend essentiellement sept nouvelles mesures. Les points forts de ces nouvelles mesures sont d'une part les réseaux de soins coordonnés et, d'autre part, les modèles de prix de médicaments.

Que s'est-il passé en commission? Les réseaux de soins coordonnés ont été complètement abandonnés, purement et simplement supprimés du projet, et les modèles de prix de médicaments ont été affaiblis. Voilà où nous en sommes aujourd'hui; voilà la réalité de la discussion politique aujourd'hui.

Maintenant, il faut entrer en matière sur ce projet, et je vous remercie d'avoir retiré la proposition de non-entrée en matière. Il faut entrer en matière et prendre des mesures courageuses, fortes, qui iront bien sûr contre certains intérêts – car sinon il n'y aura pas de solution – pour réussir enfin à modifier ces lois de manière à mieux maîtriser les coûts.



J'ai entendu quelques éléments sur lesquels j'aimerais brièvement revenir, ce qui me paraît nécessaire dans ce débat d'entrée en matière et vu le côté assez dramatique de la situation concernant l'évolution des primes. Nous devons, Conseil fédéral et Parlement, sans parler des acteurs privés, des partenaires tarifaires et des cantons, nous avons la responsabilité d'apporter dans notre domaine de compétences des solutions au problème qui est aujourd'hui sur la table.

On nous dit que certaines mesures auraient augmenté les coûts: qu'on en discute! Un paquet de maîtrise des coûts ne sert pas à augmenter les coûts, mais allons jusqu'au bout de la discussion. On nous a dit qu'il n'y avait pas eu de "Regulierungsfolgenabschätzung"; mais il y a eu beaucoup de rapports rendus à la commission, cet élément me paraît extrêmement important.

La situation actuelle est difficile, mais il faut faire attention à ne pas mettre les responsabilités là où elles ne doivent pas être mises.

Tout d'abord, j'ai entendu tout à l'heure que les étrangers et la migration en général seraient responsables de l'augmentation des coûts. Alors s'il vous plaît, si le nombre de personnes dans le pays augmente, le nombre de primes perçues augmente aussi, et il n'y a aucun élément qui permette de montrer une quelconque conclusion allant dans le sens d'une telle responsabilité. Le nombre de personnes étrangères dans le système de santé, notamment dans les hôpitaux, est absolument le même, ou très proche, du nombre de personnes étrangères dans la population suisse.

Deuxièmement, on nous dit qu'il faudrait diminuer le catalogue de prestations. Très bien. Menez cette discussion et regardez ce qu'il est possible de faire dans ce domaine. Cela me paraît assez illusoire, aujourd'hui, de vouloir régler le problème par une réduction du catalogue, d'autant moins que cela créerait un système à deux vitesses. Il y aurait celles et ceux qui ont les moyens de financer ces prestations eux-mêmes; qui peuvent conclure des assurances complémentaires; qui, malgré l'augmentation des primes chaque année, peuvent encore, sans problème, avoir des assurances complémentaires. Par contre, ce serait au détriment de toutes celles et de tous ceux qui ne le peuvent pas et qui donc, renonceraient vraiment, dans ces conditions, à des traitements qui pourraient être importants.

Quant au fait de modifier les tarifs, ceux-ci appartiennent aux partenaires tarifaires, et la dernière fois que nous avons demandé au Parlement une compétence subsidiaire pour agir dans ce domaine, elle nous a été refusée. On ne peut pas nous dire qu'il faut pouvoir adapter les tarifs et refuser une compétence subsidiaire au Conseil fédéral.

Ensuite, pour ce qui est de la liberté de choix, cette discussion existe depuis longtemps. Expliquez-moi comment, dans une démocratie directe, vous pouvez, à court terme, réussir à toucher à cette question avec un quelconque effet sur les coûts. Il faut faire attention. Nous avons aujourd'hui un système qui pose problème en matière d'évolution des coûts. Il est excellent dans ses prestations, mais il faut s'occuper de la question des coûts, en se fondant en priorité sur ce que le Conseil fédéral a essayé, avec ses deux paquets de mesures 2019 et 2022, de vous inciter à faire.

J'aimerais vous inviter maintenant à entrer en matière. Il faut que nous fassions toutes et tous, ensemble, face à nos

AB 2023 N 2037 / BO 2023 N 2037

responsabilités. J'en ai terminé, et je me réjouis d'entendre la question de M. Nantermod.

**Nantermod** Philippe (RL, VS): Merci beaucoup, Monsieur le Président de la Confédération. Vous avez dit, à propos de la franchise, qu'il ne fallait pas y toucher pour préserver les personnes qui avaient besoin du système de santé. Ne pensez-vous pas, aujourd'hui, qu'il faudrait aussi penser à la masse de personnes qui n'ont pas besoin du système de santé et qui n'arrivent plus à affronter l'augmentation massive des primes de l'assurance-maladie?

**Berset** Alain, président de la Confédération: Monsieur Nantermod, le système de santé – avec le système de la LAMal – est probablement le premier pilier – le premier pilier – de la solidarité dans notre pays. La solidarité entre les personnes jeunes et les personnes plus âgées, qui va souvent avec une différence en matière de santé, encore que les problèmes de santé ne soient pas liés uniquement à l'âge. Et donc, tous les éléments qui viseraient à diminuer cette solidarité sont, à terme, un poison pour la cohésion nationale. Je ne veux pas dire par là que l'on ne peut pas discuter de ces questions; je veux dire que c'est encore une fois, je le répète, un emplâtre sur une jambe de bois de penser que l'on règlera le problème de l'augmentation des coûts en faisant passer les coûts tout simplement du système de santé à la poche des gens qui peuvent les payer, en laissant de côté celles et ceux qui ne peuvent pas les payer. Cette question de solidarité, dans le monde dans lequel nous vivons aujourd'hui, avec les problèmes que nous avons aujourd'hui, est un élément central de notre pays.



C'est un élément central de la compétitivité et de la réussite de notre pays. Nous ne devons pas l'oublier. C'est maintenant que nous devons y penser.

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Der Nichteintretensantrag der Minderheit de Courten wurde zurückgezogen.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen  
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Wir stimmen nun über den Rückweisungsantrag der Minderheit Weichelt ab.

*Abstimmung – Vote*  
(namentlich – nominatif; 22.062/27611)  
Für den Antrag der Minderheit ... 23 Stimmen  
Dagegen ... 156 Stimmen  
(11 Enthaltungen)

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

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress; Ziff. I Einleitung; Ersatz von Ausdrücken**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule; ch. I introduction; remplacement d'expressions**

*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die Detailberatung wurde in zwei Blöcke aufgeteilt. Eine Übersicht darüber wurde Ihnen verteilt.

**Block 1 – Bloc 1**

*Netzwerke zur koordinierten Versorgung, Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker, weitere Massnahmen*

*Réseaux de soins coordonnés, prestations fournies par les pharmaciens, autres mesures*

**Glarner** Andreas (V, AG): Sie wollten die Kosten dämpfen. Wenn Sie mit "dämpfen" eine Kochmethode meinen, dann haben Sie das Ziel nicht erreicht. Wenn Sie "dämpfen" im technischen Sinn verstehen, dann meinen Sie ein etwas weniger hartes Aufschlagen. Mit dem Dämpfen der Kosten würden Sie also wohl deren Anstieg dämpfen, diesen aber keineswegs verhindern.

Mit dieser Vorlage spart man keinen einzigen Franken. Sie dämpfen also nicht mal den Preisanstieg. Aber es tönt gut, und der geneigte Steuer- und Prämienzahler soll ja etwas beruhigt werden. Konkret soll der Prämienzahler mit dieser Vorlage wohl so über den Tisch gezogen werden, dass er die entstehende Reibungswärme als Nestwärme empfindet. Aber ebenso wenig, wie ein Zitronenfalter Zitronen faltet, werden Sie mit diesem Paket die Kosten wirklich dämpfen können.

Doch nun zu meinem Minderheitsantrag: Sehen Sie, bereits als ich in der SGK Einsitz genommen habe, habe ich mich gewundert, wie all die seltsamen Bestimmungen im KVG zustande gekommen sind. Einige – sehr viele – lassen sich mit dem Wirken der vertretenen Lobbyisten begründen, einige mit Geldgier und einige, idealerweise, mit Unwissen. Viele Bestimmungen wurden gemacht, um Kosten zu sparen, und die meisten davon – Gott sei es geklagt – brachten neue Kosten.



Genau so eine Bestimmung haben wir hier in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2. Bisher können Apothekerinnen und Apotheker nur Leistungen im Zusammenhang mit der Abgabe von ärztlich angeordneten Arzneimitteln erbringen. Die in Ziffer 2 vorgesehenen Leistungen sind zusätzliche Leistungen, unabhängig von der konkret benannten Arzneimittelabgabe. Auch wenn Sie hier gewährleisten wollen, dass die Einführung von neuen Apothekerleistungen kostenneutral erfolgt, ist die Umsetzung eine Unmöglichkeit. Es wird Ihnen nicht gelingen, bezüglich der Kostenkompensation Einsparungen zu beweisen, denn es fehlt einerseits der Bezug zur mengenabhängigen Vergütung, andererseits fallen die tatsächlichen Einsparungen meistens in einem anderen Bereich wieder an. Das ist ja auch kaum nachvollziehbar. Der Nachweis der Kostenentwicklung ist allgemein schwierig.

Wir müssen aber auf eine Ausweitung der Apothekerkompetenzen verzichten, denn es ist nicht klar, welche Leistungen darunterfallen würden. Klar ist, dass damit erneut Tür und Tor für noch mehr abrechenbare Leistungen geöffnet würden. Wenn Sie mit dieser Vorlage also tatsächlich keine neuen, zusätzlichen Kosten generieren wollen, dann begrenzen Sie bitte zumindest hier zusammen mit uns Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 auf die ursprüngliche Version des Bundesrates.

**Gysi Barbara (S, SG):** Wir fahren weiter in der "Kochlektion".

Ich spreche zu meinen beiden Minderheitsanträgen, und zwar zu Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f und dann zur Kommissionsmotion 23.3502, die ich bekämpfe.

Ich beginne mit Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f, wo es um die Hebammenleistungen geht. In Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a, b, e und f schlägt Ihnen die Mehrheit der Kommission Änderungen im eigenverantwortlichen Handeln der Hebammen vor. Das ist grundsätzlich gut, diese Änderungen genügen aber in einem Punkt nicht, nämlich in Buchstabe f. Dort ist sogar das Gegenteil der Fall: Die Änderung führt zu einer Verschlechterung der Situation, zu zusätzlichen Arztkonsultationen oder zusätzlichem Aufsuchen von Notfallstationen. Das ist absurd, weil wir bereits heute einen grossen Mangel an Haus- und Kinderärztinnen haben und die Kindernotfallstationen massiv überlastet sind. Zudem wollen wir Müttern im Wochenbett und Neugeborenen nicht zumuten, unnötigerweise dorthin fahren zu müssen. Das führt für sie zu unnötigem Stress, unnötig, weil doch die Hebamme während der

AB 2023 N 2038 / BO 2023 N 2038

Wochenbettphase Mutter und Kind betreut und über die nötigen Kompetenzen verfügt.

Darum fordert meine Minderheit I bei Buchstabe f eine Ergänzung, die vorsieht, dass Hebammen bestimmte Arzneimittel anwenden, Analysen durchführen sowie Mittel und Gegenstände anordnen können. Sie haben neu auch einen Einzelantrag Wismer Priska vorliegen; der Präsident hat das vorhin schon erwähnt. Dieser Einzelantrag präzisiert meinen Minderheitsantrag I, damit es nicht zu Unklarheiten kommt. Ich werde darum meinen Minderheitsantrag I zugunsten des Einzelantrages Wismer Priska zurückziehen.

Wichtig zu wissen ist, dass die Hebammen seit Einführung des KVG als eigenständige Leistungserbringende anerkannt sind. Die Vergütung der Leistungen und Anordnungen, wie sie in den Anträgen zu Artikel 29 formuliert sind, waren über lange Jahre gelebte Praxis, bis die Krankenversicherer auf die Gesetzeslücke stiessen und gewisse Leistungen nicht mehr vergüten wollten. Somit mussten die Mütter diese selber bezahlen.

Darum sind diese Bestimmungen hier von grosser Bedeutung. Einerseits wird so die gelebte Praxis wiederhergestellt. Andererseits, das ist ganz wichtig, werden damit nicht zusätzliche Leistungen angeordnet, es kommt also nicht zu Mehrkosten, sondern das Gegenteil ist der Fall. Die Leistungen gewinnen aber an Bedeutung, weil die Frauen nach der Geburt immer rascher nachhause zurückkehren und die Hebammen die Betreuung im Wochenbett übernehmen. Leider wurde das in der Kommission vonseiten des BAG in Abrede gestellt, was dort zu einer gewissen Verunsicherung geführt hat.

Doch über welche Leistungen sprechen wir überhaupt? Bei der Mutter handelt es sich um das Verordnen einer Milchpumpe während der Wochenbettphase, also in den ersten acht Wochen nach der Geburt, wenn die Brustwarze entzündet ist. Es ist doch wirklich absurd, wenn die Mutter dafür eine Ärztin aufsuchen muss. Das kann die Hebamme bestens feststellen und dann die Pumpe anordnen. Verdienen tut sie daran nichts, denn die Pumpe wird ja von jemand anderem verkauft.

Bei den Neugeborenen handelt es sich um die Blutabnahme und das Anordnen einer Bilirubin-Analyse, also einer Gelbsuchtanalyse. Die Überwachung des Bilirubin-Verlaufs ist eine der wichtigen Aufgaben der Hebammen, für die sie auch die Kompetenzen haben. Stellen sie fest, dass eine Analyse gemacht werden soll, sollen sie diese auch durchführen können, also Blut entnehmen und die Probe ins Labor schicken können. Wenn dafür eine Kinderärztin, ein Kinderarzt oder der Kindernotfall aufgesucht werden muss, führt das dort zu zusätzlichen Belastungen. Das ist wirklich nicht sinnvoll. Nochmals: Die Hebammen sind sowieso bei der Mutter



und dem Kind und können da nicht zusätzlich noch irgendetwas abrechnen.

Ich möchte Sie auch noch darauf hinweisen, dass Sie verschiedene Schreiben erhalten haben. Diese Änderungen werden auch von Haus- und Kinderärzte Schweiz, Pädiatrie Schweiz und Kinderärzte Schweiz unterstützt. Die ärztliche Seite unterstützt das also explizit. Sie haben nicht die Zeit, das auch noch zu machen. Die Hebammen haben die Kompetenzen dazu. Ich bin froh, wenn Sie den Einzelantrag Wismer Priska unterstützen. Noch ein paar Worte zur Motion 23.3502, "Stärkung der koordinierten Versorgung durch Kostenwahrheit der Versicherungsmodelle im KVG": Das tönt ja vielleicht nicht schlecht, doch diese Motion will die Basis für die Berechnung der Rabatte ändern. Vermeintlich will sie damit die alternativen Versicherungsmodelle attraktiver machen, sie untergräbt damit aber in der Realität vor allem die Solidarität in der obligatorischen Krankenversicherung. Das Prinzip der Kostendeckung gilt für den Versichertenbestand im entsprechenden Kanton und nicht für jedes Versicherungsmodell einzeln. Die Begründung der Motionärinnen und Motionäre sticht somit nicht. Zudem ist das Kollektiv der Versicherten mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zwar geschrumpft, aber gemäss Statistik des Bundesamts für Gesundheit wählten 2021 immer noch 1,3 Millionen Versicherte die ordentliche Franchise und drei Viertel Millionen die Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden und wählbarer Franchise. Somit ist also immer noch ein grosser Teil der Versicherten betroffen. Wenn Sie nun die Basis für die Rabatte ändern, dann torpedieren Sie im KVG in erster Linie die Solidarität der Gesunden mit den Kranken. Ich bitte Sie darum, bei der ursprünglichen Berechnung zu bleiben. Besten Dank für die Unterstützung meiner Minderheit und des Einzelantrages Wismer Priska.

**Schläpfer** Therese (V, ZH): Ich fasse hier meine Minderheitsanträge zusammen und rede in einem Block. Viele Details haben Sie schon gehört.

Ich beginne mit der Motion 23.3503 der SGK-N, "Zugang zu Orphan Drugs", bei der es um den Zugang zu Medikamenten für seltene Krankheiten geht. Meine Minderheit vertritt die Ansicht, dass diese Situation nicht speziell geregelt werden muss.

Erstens besteht für Patienten mit einer seltenen Krankheit bereits die Möglichkeit, sich ein benötigtes Medikament, welches noch nicht auf der Spezialitätenliste ist, durch eine Einzelfallvergütung verschreiben zu lassen. Es ist also nicht so, dass Patienten mit einer seltenen Krankheit keine Möglichkeit haben, ihre benötigten Medikamente zu bekommen. Niemand wird im Stich gelassen.

Zweitens hat sich laut einer Aussage des Bundesrates die Situation in Bezug auf die Vergütung neuer Medikamente verbessert. Ein Pilotversuch des BAG mit Swissmedic und Roche Schweiz hat gezeigt, dass durch einen frühen, transparenten Datenaustausch zwischen Swissmedic und dem BAG und durch die Umsetzung von Preismodellen der Zugang zu solchen Medikamenten nochmals beschleunigt werden konnte. Der Pilotversuch "early dialogue" in Zusammenarbeit von BAG, Swissmedic und Roche ermöglicht für das Krebsmedikament Lunsumio den Zugang zur Vergütung gleichzeitig mit der Marktzulassung. Die Vergütung dieses Medikaments direkt nach der Marktzulassung stellt einen grossen Erfolg für den neuen Prozess und die Umsetzung kostensparender Preismodelle dar. Weitere Pilotversuche sind in Planung.

Aus diesen Gründen braucht es kein neues Gesetz, es ist ja ein Prozess, der bereits läuft.

Nun komme ich zu den Minderheiten bei Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a, b, e und f. Es geht um Leistungen, welche heute schon von vielen Krankenkassen freiwillig und unkompliziert übernommen werden. Die Minderheit I (Gysi Barbara) will solche Vergütungen als obligatorisch ins Gesetz schreiben, sodass alle Krankenkassen zur Übernahme gezwungen werden. Damit wird wiederum eine Mengenausweitung angekurbelt: Die Tests an Neugeborenen sowie das Verschreiben von Mitteln und Gegenständen können dann von zwei verschiedenen Leistungserbringern ausgeführt werden, was unweigerlich und in mehreren Punkten zu doppelten Kosten führen wird und die Prämienlast weiter ansteigen lässt.

Die Eigenverantwortung, gewisse Mittel und Gegenstände unter Verwandten und Freunden auszutauschen, geht dann verloren. Ich rede hier aus eigener Erfahrung als Mutter von drei Kindern und weiss, wie das praktiziert werden kann. Weshalb sollte man solche Dinge noch austauschen, wenn man beispielsweise eine neue Milchpumpe auch kaufen und sie wegwerfen kann, wenn sie nicht mehr gebraucht wird? Das mögen zwar kleine Beträge sein, aber auch Kleinvieh macht Mist; zudem ist das auch ökologisch nicht sinnvoll.

Vor dem Hintergrund des kürzlich kommunizierten Prämienanstiegs sollten wir endlich umdenken und in allen Bereichen weniger Geld ausgeben. Eine Milchpumpe zum Beispiel wird ja nicht nur bei entzündeten Brustwarzen gebraucht; in der heutigen Zeit braucht jede Mutter eine, da jede flexibel sein und auch einmal eine Milchflasche für das Baby abpumpen möchte, weil sie etwas anderes vorhat.

Dann kommt noch ein anderer Fakt dazu: Unser Gesundheitswesen ist nur teilweise staatlich. Die Versicherungen sind in einzelnen Bereichen noch frei, eine Leistung anzubieten oder eben auch nicht. Das fördert die Konkurrenz, und eine gesunde Konkurrenz sorgt auch für ausgewogene Kosten. Versicherte können ihre



Krankenkasse ja frei wählen. Ich erinnere Sie auch daran, dass wir hier ein Kostendämpfungspaket behandeln und nicht ein Kostenausbauprogramm.

AB 2023 N 2039 / BO 2023 N 2039

Deshalb bitte ich Sie, meine Minderheitsanträge zu unterstützen und beim bisherigen System zu bleiben. Damit tragen Sie einen Teil dazu bei, die Krankenkassenprämien nicht noch mehr ansteigen zu lassen. Ihre Wählerinnen und Wähler werden es Ihnen danken.

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** Je parlerai pour ma proposition de minorité sur les réseaux de soins coordonnés à l'article 37a et pour le groupe socialiste sur l'ensemble du bloc 1.

Comme l'a dit M. le conseiller fédéral à propos de ma proposition de minorité à l'article 37a, il s'agit de l'un des points de ce deuxième paquet, à savoir la création d'une base légale pour pouvoir encourager, stimuler la création de réseaux de soins coordonnés. Il s'agit d'une des solutions invoquées régulièrement, chaque automne, quand on discute de la hausse des primes. On nous dit alors qu'il faut améliorer la coordination des soins. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Il s'agit de permettre la facturation de prestations de coordination, pourvu que l'on ait un gain grâce à cette coordination pour éviter des doublons, des examens inutiles et pour que l'information circule mieux. Si l'on obtient ces gains, il vaut donc la peine de facturer parfois quelques heures ou quelques prestations de coordination. Or, il faut avoir les deux aspects; si l'on a seulement le plus, soit les éléments facturés en plus, sans les gains attendus, il ne s'agit que des coûts supplémentaires, comme, malheureusement, ce que de nombreuses fausses bonnes idées ont fini par induire.

Le Conseil fédéral réalise un projet visant à créer un nouveau prestataire, un nouvel acteur, qui sera défini comme un réseau de soins coordonnés; seront définies ses obligations et qui surveille que les effets bénéfiques attendus soient bien réalisés pour que cette possibilité de facturer davantage de prestations puisse être assurée.

On passe ensuite en Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. La majorité de la commission se demande ce qu'en pensent les autres acteurs, c'est-à-dire les médecins seuls, les pharmaciens seuls, tous ceux qui ne travaillent pas selon un modèle de ce type et leur faïtière. On organise une table ronde. Miracle ou grand étonnement: les participants à la table ronde considèrent que ce nouvel acteur n'est pas une bonne idée. Bon, dont acte.

Quelles conclusions en tire-t-on? Franchement, je dois vous dire qu'avec tout le temps que l'on a passé dans ces discussions, quand les faïtières trouvent qu'une proposition n'est pas bonne, c'est peut-être justement un indice qu'il faut la poursuivre et la creuser. En effet, jusqu'à présent, les faïtières n'ont quand même pas beaucoup brillé par leurs propositions de réduction de coûts, ce qui est assez logique, parce que lorsque l'on est soi-même concerné par les coûts, on n'est pas les premiers à s'interroger sur la manière de faire des économies chez soi. Non: la commission a trouvé qu'il fallait tirer la conclusion inverse. Etant donné que les acteurs concernés par ces éventuels gains ne sont pas d'accord, on supprime la proposition.

Ce qui s'est passé est typique. Concernant les génériques, on a perdu l'occasion de faire des centaines de millions de francs d'économie, parce que, en gros, Intergenerika n'était pas d'accord et qu'Intergenerika était représenté dans la commission par notre collègue Thomas de Courten, qui a réussi à convaincre toute la commission qu'il ne fallait effectivement pas faire d'économies sur les génériques. Voilà comment cela se passe; voilà comment notre Parlement travaille. Je crois que c'est un miroir qu'il faut de temps en temps se tendre, pour au moins assumer les décisions que l'on prend.

La raison du dépôt de ma proposition de minorité est donc simplement de faire ce que le groupe d'experts mandaté par le Conseil fédéral avait proposé: créer cette possibilité d'avoir un nouvel acteur, sous la forme de réseaux de soins coordonnés. Personne n'est obligé de choisir cette forme, mais si des acteurs veulent se tourner vers cette dernière, il y aura au moins un cadre dans lequel ils pourront bénéficier à la fois de remboursements supplémentaires pour les prestations de coordination, mais ils devront également des comptes sur les gains générés.

Passons aux autres points de ce bloc 1.

A l'article 25 alinéa 2, nous vous invitons à suivre la majorité. Là aussi, les pharmaciens peuvent fournir des prestations à meilleur coût que les médecins. Il est donc intéressant de les autoriser à le faire. Nous avons la même logique pour les sages-femmes à l'article 29 alinéa 2. Là aussi, ce ne sont pas des nouvelles dépenses; il s'agit simplement de permettre à des professionnels qui peuvent le faire à moindres coûts de fournir des prestations, plutôt que d'imposer des consultations médicales qui pourraient être évitées. Nous vous invitons donc aussi, pour l'article 29 alinéa 2, à suivre la proposition Wismer Priska en remplacement de celle de la minorité I (Gysi Barbara).



J'en viens à un point important. Il s'agit de l'article 42 alinéa 3 et du nouveau mode de facturation qui est proposé dans ce paquet, à savoir la facture électronique. Le Conseil fédéral nous propose ici de systématiser la facture électronique. C'est un progrès, il n'y a pas de discussion. En commission, nous avons toutefois discuté d'un certain nombre de constats sur les factures du Tarmed qui sont propres à tout mécanisme de facturation à l'acte. Ces systèmes de facturation à l'acte standardisent les durées: on constate à un moment donné combien dure une prestation médicale et on standardise cette durée dans un système tarifaire. Le problème est que la durée de ces activités ou de ces prestations peut évoluer avec le temps, notamment pour toutes les prestations très spécialisées. En effet, avec les prestations très spécialisées fondées sur une technologie, vous pouvez tout à coup gagner beaucoup de temps par rapport à la durée qui avait été fixée dans la structure tarifaire au moment de son adoption.

Vous pouvez avoir, tout à coup, une division par dix du temps nécessaire pour réaliser un certain nombre de prestations. Le problème tient au fait que les partenaires tarifaires ne corrigent pas la durée standardisée assez rapidement. Vous créez donc des marges bénéficiaires énormes. Nous avons, en commission, discuté d'un certain nombre d'exemples. Pour l'un d'eux, dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire, on a vu passer la durée d'une intervention de 45 à 4 minutes. Des assureurs nous disent que de nombreux acteurs dans ce domaine continuent d'utiliser la position tarifaire qui est censée durer 45 minutes, facturée 600 francs, alors qu'elle ne dure, désormais, que 4 minutes! Nous avons des gens qui abusent des possibilités de cumuler les points Tarmed. Nous avons reçu des exemples concernant l'anesthésie, où nous avons des opérations qui ont duré 2 heures et qui génèrent, en matière de points Tarmed, jusqu'à 20 heures d'anesthésie, donc, 10 fois plus! Nous avons vu des cas de factures de psychiatres, où la consultation est systématiquement facturée en points Tarmed de 70 minutes, alors que, en réalité, lorsque les patients sont interrogés, ils disent qu'elle n'a duré que 45 minutes. Nous avons une quantité d'exemples de ce type.

Les enjeux sont colossaux! Il ne faut pas dire qu'il ne s'agit que de quelques cas isolés. Cette pratique, dans un certain nombre de spécialités, est extrêmement répandue. Quel est le problème quand on ne la combat pas? A la fin, les assureurs attaquent le prix du point, la valeur tarifaire et, donc, la sanction est collective et elle concerne toutes celles et ceux qui pratiquent de manière scrupuleuse la facturation du Tarmed. Cela concerne notamment les généralistes, dont beaucoup font, à la fin de la journée, le bilan de tout ce qu'ils ont facturé avec Tarmed et le bilan de leurs heures effectives de travail, puis corrigent leurs positions Tarmed lorsqu'elles dépassent les heures effectives de travail.

Il est complètement scandaleux que ces personnes soient punies par une baisse de tarif, quand, d'un autre côté, des professionnels facturent jusqu'à 24, 25 heures, quand ce n'est pas 30 heures, par jour, de points Tarmed pour une journée de travail. Voilà la réalité telle que les assureurs la connaissent, telle que nous la connaissons et telle que beaucoup de patients la connaissent. Beaucoup de patients nous écrivent pour nous demander comment cela est possible qu'il y ait tous ces points Tarmed, alors qu'ils n'ont passé que 20 minutes chez le médecin.

Nous avons l'occasion, chers collègues, de prendre une mesure simple pour corriger cela: simplement faire

AB 2023 N 2040 / BO 2023 N 2040

mentionner sur la future facture électronique la durée effective de la consultation. Ainsi, les assureurs pourront faire des comparaisons, sans avoir à faire des enquêtes de dossiers et à téléphoner aux patients. Ils pourront, sur la simple base de la facture, vérifier si la structure tarifaire n'a pas permis une exagération relative aux points Tarmed facturés.

Cela est un outil de contrôle pour les assureurs. Cela permettra, d'une part, de corriger les facturations excessives de ceux qui exagèrent – il y en a – sans punir ceux qui n'exagèrent pas – ils sont nombreux, évidemment, ils sont même plus nombreux. Mais au moins, on interviendra où cela est nécessaire. D'autre part, cela permettra d'avoir des informations pour corriger les structures tarifaires quand elles sont manifestement erronées. Voilà pourquoi cette proposition est bonne à prendre; il faut absolument l'accepter.

Je vous invite à suivre, au nom du groupe socialiste, la majorité. Pour une fois, la commission a eu le courage de faire une proposition qui a un potentiel d'économie. Je vous invite vraiment à l'accepter et à ne pas suivre la minorité de Courten, qui, une fois de plus, est en train d'enlever la possibilité de prendre une vraie mesure d'économie.

**Bläsi Thomas (V, GE):** J'aimerais apporter une petite précision et poser une question. Les pharmaciens représentent – et c'est important de le dire – 3,1 pour cent des frais de la santé pour leur travail, alors que les médicaments représentent 22 pour cent. Et à l'heure actuelle, 50 pour cent du travail effectué par le pharmacien n'est pas facturable aux caisses-maladie. C'est donc une profession qui, la moitié du temps, n'est pas



payée.

Par rapport à toutes les tâches qu'accomplit le pharmacien et les nouvelles tâches que vous voulez lui confier, n'estimez-vous pas que les 3,1 pour cent qu'il coûte versus les 5 pour cent que coûtent les caisses-maladie pour simplement envoyer des factures ne sont pas, très clairement, problématiques?

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** Oui, cher collègue, vous avez bien raison. C'est d'ailleurs ce que nous avons fait dans ce projet. Nous avons permis la facturation par les pharmaciens de nouvelles prestations, de conseils, par exemple, ou un certain nombre d'autres prestations qui sont rendues possibles. Bien sûr, certains diront que c'est du plus, mais nous partons de l'idée que ces prestations sont fournies à la place d'un certain nombre de consultations qui seraient plus chères et que l'on pourrait, ainsi, éviter. Ce projet répond donc en partie à votre préoccupation.

**Dobler Marcel (RL, SG):** Sehr geehrter Herr Kollege Maillard, in Ihrem Kanton haben Sie ja unter anderem so ziemlich die höchsten Gesundheitskosten, und bei Ihnen steigen jetzt auch die Prämien am stärksten. Vor diesem Hintergrund würde ich von Ihnen gerne wissen, wie Sie mit Ihrer Erfahrung und Kompetenz darauf kommen, uns jetzt zu sagen, dass es günstiger werden soll. Denn genau Ihr Kanton wird ja immer teurer und tut genau das Gegenteil.

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** Cher Monsieur Dobler, d'abord, je crois que la première chose qu'un parlementaire devrait faire est de juger la proposition, et pas de faire des procès d'intention à celui qui la propose. Si vous faites vraiment votre travail, vous jugez la proposition pour ce qu'elle est, et vous regardez si elle est pertinente.

Ensuite, je vous invite, une fois pour toutes, à arrêter de propager de fausses informations sur mon canton. Le canton de Vaud n'est pas le canton qui a les coûts de la santé les plus élevés. Depuis vingt ans, nous nous rapprochons de la moyenne. L'écart à la moyenne a été divisé par deux pendant la période où j'étais responsable. Nous sommes à peine 10 pour cent au-dessus de la moyenne, alors que nous étions à 20 pour cent avant que je commence. J'ai fait fermer cinq hôpitaux dans le cadre du projet de Rennaz: je sais donc restructurer l'offre hospitalière. Nous avons, dans le canton de Vaud, des coûts stationnaires parmi les plus bas de Suisse. Informez-vous avant de propager ce genre d'information. Surtout, votez le texte proposé et ne vous occupez pas de savoir qui le propose. C'est cela que l'on attend d'un parlementaire.

**de Courten Thomas (V, BL):** Werter Herr Kollege Maillard, apropos falsche Behauptungen: Sie haben hier erneut fälschlich und wider besseres Wissen behauptet, die Generika seien schuld am Kostenwachstum im Gesundheitswesen. Sie wissen ganz genau – Sie waren selbst dabei –, dass nicht ich, sondern dieses Parlament anstelle des Referenzpreissystems ein anderes Modell beschlossen hat, das dem Bundesrat jetzt ermöglicht hat, ein Kostensenkungspotenzial von 250 Millionen Franken auszuschöpfen. Durch die Preissenkungen haben die Generika bereits 600 Millionen Franken zusätzlich zur Kostendämpfung beigetragen. Ich bitte Sie, das einmal anzuerkennen. Wir sind bei den Generika die Einzigen, die wirklich substanzielle Kosteneinsparungen realisiert haben.

Zu Artikel 42, wo ich die Minderheit vertrete: Sie betreiben auch dort reine Augenwischerei. Artikel 42 regelt die Modalitäten der Rechnungsstellung, also den Tiers garant und den Tiers payant, und in Absatz 3 geht es jetzt darum, dass der Versicherte, also der Patient, seinerseits eine verständliche, lesbare und detaillierte Rechnung erhält.

Sie kennen das alle: Kontrollieren Sie Ihre Rechnungen, die Sie vom Arzt erhalten, und bestätigen Sie bitte, dass sie leserlich, detailliert und verständlich sind. Jetzt kommt Herr Maillard und sagt: Wir müssen zusätzlich das Datum und die Zeit des Konsultationsbeginns und jene des Konsultationsendes aufführen. Er beantragt das und hat dafür eine Mehrheit gefunden, weil er sagt, dass es tatsächlich Ärzte in diesem Land gibt, die pro Tag mehr Stunden abrechnen, als der Tag überhaupt Stunden hat. Das ist ein Missstand, da bin ich völlig mit ihm einverstanden. Nur: Mit der zusätzlichen Erfassung dieser Daten und der Kommunikation an den Patienten, der diese Rechnung kontrollieren soll, erreichen Sie das Ziel nicht, weil es in der Natur der Behandlung beim Arzt liegt, dass ein Arzt auch mehrere Behandlungen im gleichen Zeitraum durchführen kann.

Ich erkläre es am Beispiel der Coiffeuse: Wenn die Coiffeuse eine Kundin unter die Föhnhaube steckt, kann sie bei einer anderen Kundin bereits die Haare schneiden. Wenn sie bei der einen Kundin die Mèche aufgelegt hat, dann arbeitet die Coiffeuse während der Einwirkungszeit, die es dafür braucht, effizienterweise bei einem anderen Kunden weiter. Genauso läuft es entsprechend beim Arzt.

Die Rechnungskontrolle muss stattfinden, damit bin ich einverstanden, aber nicht mit zusätzlicher Bürokratie, Herr Maillard, bitte nicht. Die Ärzte ertrinken bereits in dieser Bürokratie. Die Rechnungskontrolle ist Aufgabe



der Versicherer, das wissen Sie, und dort müssen Sie die Möglichkeiten schaffen, dass auch entsprechend sanktioniert werden kann. Wenn die Versicherer solche betrügerischen Abrechnungen erkennen, dann müssen sie den Vertragszwang mit diesem Arzt aufheben können. Das sind die Massnahmen, die Sie ergreifen müssen. Das Problem ist erkannt, aber die Lösung ist falsch. Deshalb ist Ihr Minderheitsantrag untauglich. Jetzt kann ich noch für die Fraktion sprechen. In diesem Block diskutieren wir die Frage der Netzwerke zur koordinierten Versorgung, die Leistungs- und damit auch die Mengenausweitung bei Apotheken und Hebammen und die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch Information der Patienten und Patientinnen. Das sind die Punkte, die wir haben.

In Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h, das ist die Minderheit Glarner, geht es um die Frage, ob die Apotheker Leistungen, die die Apotheker kostengünstig oder effizient erbringen können, statt zusätzliche Akteure zu involvieren, in eigener Kompetenz abrechnen sollen. Ich halte das für sinnvoll. Allerdings muss auch hier besser sichergestellt werden, dass keine Mengenausweitung und keine Doppelspurigkeiten entstehen. Das ist nach Ansicht der Minderheit Glarner nicht sichergestellt. Deshalb bitte ich Sie hier, dem Rechnung zu tragen. Bei Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben b und f folgen Sie bitte der Minderheit II (Schläpfer). Hier besteht aus meiner Sicht kein zusätzlicher Regulierungsbedarf. Was in der

**AB 2023 N 2041 / BO 2023 N 2041**

Vergangenheit möglich war, soll auch künftig gelten. Ansonsten würden auch hier zusätzliche Infrastrukturen und Doppelspurigkeiten aufgebaut, die unnötig sind.

Ich komme zu Artikel 37a und damit zum Thema der Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Hier begrüsst die SVP-Fraktion zusammen mit einer breiten Allianz, dass auf die Schaffung eines neuen Leistungserbringers, der sich "Netzwerke zur koordinierten Versorgung" genannt hätte, verzichtet werden soll. Denn damit würde eine unnötige Überregulierung geschaffen. Stattdessen könnte man mit einer gezielten Ansprache der Versicherten durch die Versicherer unter anderem zur Empfehlung spezifischer Versorgungsangebote eine Verbesserung der heute erschwerten medizinischen Versorgung von chronisch und multimorbiden Patienten erreichen. Dafür müsste eine Anpassung der heutigen Gesetzgebung vorgenommen werden.

Bitte folgen Sie auch dem Beschluss der Mehrheit der Kommission, wonach den Krankenversicherern erlaubt werden soll, die Daten ihrer Versicherten zu nutzen, um diese individuell über mögliche Einsparungen oder passendere Versorgungsmodelle zu informieren. Folgen Sie also bei Artikel 56 der Mehrheit.

Zur zusätzlichen Rechnungsinformation habe ich mich soeben geäussert.

Zur Motion 23.3502, "Stärkung der koordinierten Versorgung durch Kostenwahrheit der Versicherungsmodelle im KVG", gehört auch, dass für die Berechnung der Prämienrabatte nicht mehr die ordentliche Versicherung herangezogen wird. Das wäre ein Fortschritt für diese innovativen und effizienten Modelle, die wir unterstützen. Auch Mehrjahresverträge, die wir ja schon diskutiert haben, halten wir nach wie vor für sinnvoll, um die Prämienbelastung zu mindern und die Rosinenpickerei zu dämpfen.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Monsieur de Courten, je commence par vous rappeler que la proposition qui est dans le texte n'est pas de moi, mais a été reprise par un de vos collègues de parti. La majorité l'a donc proposée.

Ma question est la suivante: vous dites que les assureurs doivent faire ce travail de contrôle; bien sûr, nous sommes d'accord. Le problème est qu'ils n'ont pas l'information sur la durée effective de la consultation. Quand un assureur voit une facture de psychiatre avec une durée de 70 minutes, seul le patient sait que la consultation a duré 45 minutes. Ce n'est pas bureaucratique de simplement faire figurer la durée effective de la consultation. Ainsi, le patient peut contrôler et l'assureur peut comparer la durée effective avec les points facturés. Dans le cas contraire, ne comprenez-vous pas que l'assureur n'a aucun moyen de faire cette comparaison? Sans cette information, il ne peut pas faire cette comparaison.

**de Courten** Thomas (V, BL): Nach meinem Wissen sind in den Tarifen, die die Ärztinnen und Ärzte abrechnen, auch die zwei Komponenten enthalten. Über die Tarifdeklaration und über die Taxpunktdeklaration der Ärztinnen und Ärzte ist es den Versicherern sicher möglich, effektive Kontrollen durchzuführen.

**Wasserfallen** Flavia (S, BE): "Guten Tag, hier spricht Ihre Krankenkasse. Wir haben gesehen, dass Sie das Präparat X einnehmen, das sich übrigens nicht so gut mit dem Präparat Y verträgt. Zum Präparat X gäbe es auch ein günstigeres Generikum."

Gleich werden Sie in den Fraktionsvoten x eingängige Beispiele dafür hören, weshalb es sinnvoll sein soll, dass die Versicherer ihre Versicherten individuell kontaktieren und beraten können. Trotz dieser Beispiele ist Vorsicht geboten, und ich möchte Ihnen mit meiner Minderheit beliebt machen, diese Möglichkeit nicht einzuführen.



Wir sollten uns einige Grundsatzfragen stellen: Ist es richtig, dass eine Krankenkasse, die nicht über Ihre Krankenakte verfügt und die weder Ihre Diagnose noch Ihre medizinische Situation kennt, Sie ungefragt medizinisch berät? Sollen die Krankenkassen jetzt auch noch medizinische Abteilungen aufbauen, damit sie ihre Versicherten beraten können? Oder ist es am Ende ein Versicherungsexperte, der mich auf eine mögliche Fehl- oder Überbehandlung hinweist? Was macht ein Patient in einem solchen Fall? Bleibt er alleine in seiner Verunsicherung zwischen der Empfehlung der Kasse und derjenigen des behandelnden Arztes?

Der Fokus der Leistungserbringer muss auf den Patienten und die Patientin gerichtet sein, ebenso wie auf das Medizinische. Gemäss Artikel 56 Absatz 1 müssen sich die Leistungserbringer in ihren Leistungen "auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist". Es wäre meines Erachtens möglich, den Kassen diese Rolle im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle einzuräumen. So wäre auch sichergestellt, dass die Versicherten diese Option, die Sie nun für alle einführen wollen, bewusst wählen würden.

In der Einführung einer generellen neuen Möglichkeit für die Kassen, ihre Kundinnen und Kunden medizinisch zu beraten, sehe ich jedoch mehr Gefahren als Nutzen und beantrage Ihnen deshalb im Rahmen meiner Minderheit, diesen neu eingefügten Absatz 1bis wieder zu streichen.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Die grüne Fraktion beantragt Ihnen, den Antrag der Minderheit Glarner abzulehnen. Bei einigen chronischen Erkrankungen ist es notwendig, mittels Messungen von Blutdruck, Blutzucker oder Cholesterin den Erfolg der Arzneimitteltherapie zu überprüfen. Das sind einige Beispiele für viele Dinge, die eine Apotheke ohne Probleme und auch günstiger machen kann, anstatt dass erneut ein Arztbesuch erfolgt. Abgesehen davon haben wir auch schlicht zu wenig Ärztinnen und Ärzte, um solche Sachen in einer Arztpraxis machen zu lassen.

Den Einzelantrag Wismer Priska empfehlen die Grünen zur Annahme. Die Hebammen betreuen die Schwangeren während der Schwangerschaft und dem Wochenbett, nicht nur während der Geburt. Diese Leistungen müssen entschädigt werden. Als Mutter mit zwei Hausgeburten gibt es für mich diesbezüglich keine Zweifel. Es wäre wirklich total absurd, wenn eine Hebamme am Morgen nach einer Geburt den Hausbesuch machen würde und sich Mutter und Kind anschliessend aus dem Haus schleppen müssten, um einen Termin in einer der überlasteten Kinderarztpraxen wahrzunehmen, um dort das Bilirubin beim Neugeborenen messen zu lassen. Diese Messung ist etwas, das die Hebammen tagtäglich machen. Es wäre für Mutter und Kind eine Zumutung, einen Tag nach der Geburt in eine Arztpraxis gehen zu müssen, und für die Praxis wäre es ebenfalls eine absolute Zumutung, eine unnötige Beschäftigung. Es gibt Kinder, die dringend einen Termin brauchen. Für diese braucht es Zeit. Bezahlt würde das alles dann wieder über die Krankenversicherung. Unterstützen Sie deshalb den Einzelantrag Wismer Priska, der wirklich kostensenkend ist.

Zur Minderheit II (Schläpfer): Selbstredend bittet Sie die grüne Fraktion, diesen Antrag abzulehnen.

Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit Maillard bezüglich der Netzwerke zur koordinierten Versorgung, insbesondere auch den Punkt, dass die Netzwerke nicht zwingend von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet werden müssen. Die grüne Fraktion bittet den Rat, der Minderheit Maillard zur Mehrheit zu verhelfen.

Den Antrag der Minderheit de Courten zu Artikel 42 Absatz 3 lehnt die grüne Fraktion ab. Als ob es da etwas zu verstecken gäbe, Kollege de Courten. Wir verstehen Ihre Haltung wirklich nicht. Wir verstehen die Diskussionen nicht. Es geht um das Einsparen von Kosten, es geht darum, Eigenverantwortung zu übernehmen. Ist das nun alles warme Luft? Es ist doch einfach nur hilfreich, auf einer Rechnung von einem Spital, von einem Arzt ein Datum sowie den Beginn und das Ende der Konsultation drauf zu haben. Wenn ich eine Rechnung von einem Handwerker erhalte, dann steht da das Datum, dann steht da die Zeitdauer, dann kann ich das überprüfen. Warum soll das eine medizinische Institution, ein Arzt oder eine Praxis nicht machen? Wie sonst soll denn die Patientin, der Patient die Rechnung kontrollieren?

Sie haben gesagt, die Krankenversicherung sei zuständig für die Überprüfung. Aber die Krankenversicherung hat keine

AB 2023 N 2042 / BO 2023 N 2042

Ahnung, wann Sie zum Arzt gehen, sie hat keine Ahnung, wie lange Sie in dieser Praxis waren. Diese Überprüfung muss nun wirklich die Patientin oder der Patient machen, und dafür braucht er oder sie diese Daten. Ich verstehe diese Diskussion hier im Saal nicht. Sie lässt tief blicken. Offensichtlich ist ein Teil hier drin nicht für transparente Rechnungen.

Zum Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia zu Artikel 56: Die grüne Fraktion empfiehlt, diesen anzunehmen. Kollegin Wasserfallen hat es im Votum zuvor bereits gut begründet.





Die grüne Fraktion beantragt Ihnen, die Motion 23.3502 der SGK-N, "Stärkung der koordinierten Versorgung durch Kostenwahrheit der Versicherungsmodelle im KVG", abzulehnen. Ebenfalls machen wir Ihnen beliebt, die Motion 23.3504 der SGK-N, "Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG", abzulehnen. Letzte Woche lag uns bereits eine parlamentarische Initiative mit sinngemäßem Inhalt vor, die von Ihnen hier im Saal abgelehnt wurde.

Der Bundesrat weist uns darauf hin, dass die OKP auf dem Prinzip der Jährlichkeit beruht. Die Ausgaben für die Durchführung der Krankenversicherung müssen durch die Prämieinnahmen eines Jahres gedeckt werden können. Um die freiwilligen Mehrjahresverträge attraktiv zu halten, müssten die Versicherer bedeutende Ermässigungen gewähren. Diese sind jedoch nur für Kostenunterschiede zulässig, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Ich komme gleich zum Schluss. (*Zwischenruf des Präsidenten: Ein Satz!*) Rund die Hälfte der Versicherten verursacht keine Kosten. Deshalb befürchtet der Bundesrat auch, dass das vorgeschlagene System nicht zu einer Kostensenkung, sondern lediglich zu einem Rückgang der Prämieinnahmen führen würde. Deshalb bitten wir Sie, dies abzulehnen.

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die Zeitvorgaben gelten für alle, Frau Weichelt, auch für Sie. Herr Glarner hat noch eine Frage. Wollen Sie diese beantworten?

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Dafür haben wir keine Zeit. (*Heiterkeit*)

**Mäder** Jörg (GL, ZH): Ich habe die inhaltliche Begründung unserer Haltung zu den ersten drei Anträgen zu den Artikeln 25 und 29 beim Eintreten schon angedeutet. Wir sollten die Apotheken stärken und besser in unser Gesundheitssystem einbinden. Sie haben Fachkompetenz und können vieles direkt selber erledigen. Es geht hier also nicht um einen Leistungsaufbau, sondern um eine Verkürzung der Wege, und das ist günstiger.

Aber auch bei den Hebammen gibt es noch Potenzial. Dies sind Fachkräfte, die über genügend Wissen und vor allem Erfahrung verfügen, um richtig zu entscheiden. Vor allem bei Geburten ist Erfahrung das entscheidende Element. Ja, der Entscheid kann auch mal heissen, einen Arzt beizuziehen, aber das ist bei Weitem nicht immer notwendig. Es ist sinnvoll, dieses Berufsprofil zu stärken.

Ich bitte Sie daher, in der ersten Abstimmung bezüglich der Apotheken der Mehrheit zu folgen, in der zweiten nicht mehr den Antrag der Minderheit Gysi Barbara – dieser wurde ja zurückgezogen –, sondern den Einzelantrag Wismer Priska zu unterstützen und in der dritten Abstimmung, wo es nochmals um die Hebammen geht, auch wieder der Mehrheit zu folgen. Die Minderheitsanträge der SVP-Fraktion können Sie getrost ablehnen.

Zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung: gute Idee, gefällt mir, passt auch bestens in ein Kostendämpfungspaket. Dummerweise gab es hier eine Fehllieferung seitens des Bundesrates. Die Idee ist, dass man den Patienten, die Patientin sowie ihre Bedürfnisse und die notwendigen Behandlungen als Ganzes betrachtet und koordiniert. Momentan ist es oft so, dass jeder Leistungserbringer für sich arbeitet, dies durchaus gut, aber halt auch isoliert. Da verspielt man sich viel an Qualität und auch Effizienz. Der Grund, warum das so ist, ist nicht die Unlust der Beteiligten, sondern der Mangel an Zeit, weil die allfällige Koordinationsleistung nicht sauber abgerechnet werden kann. Raten Sie mal, auf welche Arbeit als Erstes verzichtet wird, wenn man mehr als genügend Patienten im Wartezimmer hat: auf die, die man nicht sauber verrechnen kann. Trotzdem sind wir gegen diesen Vorschlag. Er ist verkopft, zu administrativ, er geht von der zwingenden Leitung von einem Arzt, einer Ärztin aus. Hier bräuchte es eigentlich nur grundlegende Rahmenbedingungen und eine pragmatische Umsetzung bezüglich der Abrechnung, mehr nicht; es braucht keinen Wulst an Paragraphen und neuen Vorschriften.

Wir werden die Idee gerne wieder aufnehmen, aber nicht hier und heute. In den Beratungen sind wir zum Schluss gekommen, dass das jetzt in dieses Paket halt nicht mehr hineinpassen würde. Die Änderungen wären zu umfangreich gewesen, und das hätte auch die Umsetzung aller anderen Massnahmen verzögert. Wir wollen dieses Paket endlich auf die Post bringen.

Bei Artikel 42 bitte ich Sie ebenfalls, der Minderheit zuzustimmen. Das Fazit lautet: Gut gemeint ist nicht gut gemacht. Rechnungskontrollen sind sinnvoll, und die Angabe der Zeiten, wann eine Behandlung angefangen und aufgehört hat, erscheint zweckmässig. Aber – und jetzt kommt das grosse Aber – es ist völlig normal, dass mehrere Patientinnen und Patienten gleichzeitig, parallel behandelt werden. Es ist nicht wie in einer Autowaschstrasse, wo schön brav einer nach dem anderen geputzt wird. Einen Teil der Behandlung übernimmt die Assistenz, manchmal muss man auf einen freien Slot bei der Maschine warten, manchmal braucht es Ruhezeiten usw. Die einfachen Angaben von Anfangs- und Endzeiten sind nicht wirklich aussagekräftig. Aber diese jedes Mal notieren zu müssen, ist administrativer Aufwand. Das ist noch mehr Aufwand für eine Scheingenauigkeit, mehr nicht – nein danke.

In einem voll digitalisierten Gesundheitssystem könnte das klappen, weil dann überall die Uhrzeit automatisch



protokolliert wird. Aber wir sind gerade mal im EDV-Zeitalter – falls ich das noch nicht erwähnt hätte. Schonen Sie unsere Ärzte, und stimmen Sie mit der Minderheit. Falls es solche Behandlungen gibt, die nicht mehr 45 Minuten, sondern nur noch 4 Minuten brauchen, dann müssen wir die entsprechenden Tarife anpassen, die alten rauswerfen, sodass sie gar nicht mehr erlaubt sind und alle Ärzte möglichst schnell auf die neue Behandlung umschwenken. Das sollten wir tun, nicht diesen Murks hier.

Bei Artikel 56 sind wir bei der Mehrheit. Die Versicherer sollen in der Informationspolitik ruhig etwas aktiver werden. Für uns sind sie nicht die Bösen, zumindest nicht immer und nicht in diesem Punkt. Auch sie haben ein Interesse an einer gesunden und gut informierten Bevölkerung.

Die beiden Motionen begrüßen wir. Die Ideen sollten ausgearbeitet und ausdiskutiert werden. Das ist von unserer Seite her noch kein Blankocheque, aber mal ein Startsignal.

**Sauter** Regine (RL, ZH): Ich spreche hier zu einzelnen Bestimmungen in Block 1.

Bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 geht es darum, dass Leistungen, die in Apotheken erbracht werden, klar definiert und vor allem auch ausgeweitet werden können. Wir sind der Ansicht, dass dies sinnvoll ist. Bereits heute können medizinische Leistungen in Apotheken bezogen werden, beispielsweise Impfungen. Wir erfahren dadurch, im Sinne auch einer Effizienzsteigerung, eine Entlastung des Gesundheitswesens. Es ist nicht nötig, dass Sie für solche Behandlungen zwingend eine Arztpraxis aufsuchen müssen. Wir entlasten damit auch die Arztpraxen, indem wir den Apothekerinnen und Apothekern diese Kompetenzen übertragen, und das ist sicher richtig.

Bei Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a, b und f sowie Buchstabe e geht es darum, die Kompetenzen von Hebammen klar zu definieren. Es ist richtig, dass man den Hebammen hier mehr Kompetenzen zusprechen will. Sie sind dafür ausgebildet und bei der Geburt eines Kindes ohnehin anwesend. Es ist zudem sicher effizienter für das System, aber letztlich auch kostengünstiger und nicht zuletzt praktischer, wenn eine Mutter für bestimmte Leistungen eben nicht extra eine Kinderarztpraxis aufsuchen muss, sondern die Leistungen von der Hebamme beziehen kann. Als Beispiele wurden jetzt

#### AB 2023 N 2043 / BO 2023 N 2043

immer wieder die Blutabnahme beim Neugeborenen oder die Anwendung eines Schmerzmittels im Wochenbett genannt. Auch dies soll ohne ärztliche Anordnung erfolgen können; die Hebamme ist hierfür ausgebildet und kompetent. Abgesehen davon fehlen in den Kinderarztpraxen die entsprechenden Ressourcen.

Man kann damit auch wirklich zu einer Entlastung des Systems beitragen. In der Praxis wird das im Übrigen bereits so gehandhabt. Es ist nun einfach nötig, dass wir das im Gesetz entsprechend konkretisieren und definieren, weil es in der Vergangenheit immer wieder Schwierigkeiten bei der Abrechnung mit Versicherern gegeben hat. Wir werden hier immer der Mehrheit folgen respektive den Einzelantrag Wismer Priska unterstützen.

Dann komme ich zu Artikel 37a mit der Minderheit Maillard. Ich habe es bereits in meinem Eintretensvotum gesagt, hier geht es um die koordinierte Versorgung. Der Bundesrat schlägt vor, dass hier eine neue Regulierung für die koordinierte Versorgung in das Gesetz aufgenommen wird. Wir folgen hier der Mehrheit, das heisst, wir lehnen den Minderheitsantrag Maillard ab, der dem Bundesrat folgen will, weil wir entschieden der Meinung sind, dass es diese Bestimmung nicht braucht. Die integrierte, koordinierte Versorgung ist sinnvoll, sie ist wichtig, sie ist die Lösung der Zukunft. Aber das ist heute bereits möglich, es gibt bereits entsprechende Modelle. Diese Modelle müssen sich gemäss dem Bedarf organisieren und bilden können. Es ist nicht zielführend und nicht denkbar, im Gesetz nun genau eine Lösung dafür vorzuschreiben, wie das organisiert sein muss, und diese zudem mit kantonalen Leistungsaufträgen zu versehen. Das braucht es hier definitiv nicht, es ist eine klare Überregulierung.

Dann zu Artikel 42 Absatz 3 mit der Minderheit de Courten: Wir teilen hier die Ansicht, die bereits von meinen Vorrednern geäussert wurde, dass es nicht zielführend ist, wenn die Ärztinnen und Ärzte diesen zusätzlichen administrativen Aufwand betreiben müssen, indem sie Beginn und Ende einer Konsultation notieren. Kollege Mäder hat sehr gut ausgeführt, warum das nicht sinnvoll ist.

Schliesslich komme ich zu Artikel 56 Absatz 1bis mit der Minderheit Wasserfallen Flavia. Hier fordert die Mehrheit richtiger- und sinnvollerweise, dass Versicherer mit ihren Versicherten in Kontakt treten können, wenn sie gewisse Feststellungen machen. Dies ist der Fall, wenn sie zum Beispiel konkret sehen, dass immer ein Originalpräparat bezogen wird, es sich hier offenbar um eine chronische Erkrankung handelt – ein Beispiel ist eine Diabetes-Erkrankung – und es in diesem Bereich ein Generikum gäbe, das deutlich kostengünstiger wäre. Heute dürfen die Versicherer das nicht mehr machen, weil es keine gesetzliche Grundlage dafür gibt. Die Chefin der CSS, Frau Colatrella, hat sich gestern diesbezüglich in den Medien geäussert. Sie sagte,



dass damit ursprünglich Einsparungen von jährlich mehreren Millionen Franken erzielt werden konnten, indem die Versicherten darauf aufmerksam gemacht wurden, dass sie Generika statt Originalpräparate beziehen könnten. Es ist also keine Einmischung in die Krankheitsgeschichte der Versicherten, sondern eine sinnvolle Unterstützung und Sparmassnahme.

In diesem Sinne werden wir hier der Mehrheit folgen, die dies fordert. Im Übrigen werden wir auch die beiden vorgeschlagenen Motionen unterstützen.

**Rechsteiner** Thomas (M-E, AI): Es sind etwas mehr als 24 Stunden her, seit die Prämienentwicklung 2024 bekannt gegeben wurde. Mehr als 2,2 Millionen Schweizerinnen und Schweizer können die Krankenkassenprämien nicht mehr selbstständig bezahlen. Das ist jede vierte Person in der Schweiz. Jede vierte Person ist auf individuelle Prämienverbilligung angewiesen. Niemand der wichtigsten Player hat ein Interesse daran zu sparen, weder Ärzte noch Pharmaindustrie, Spitäler oder Kantone.

Nicht erst seit vorgestern bestehen grosse Erwartungen von Schweizerinnen und Schweizern an die Politik, dass sie sofort ein Patentrezept vorlegt. Einige Politikerinnen und Politiker versuchen es, andere geben die heisse Kartoffel weiter. Wir von der Mitte-Fraktion engagieren uns schon seit Jahren für Kostensenkung und Kostendämpfung und für ein qualitativ gutes Gesundheitswesen, das für alle bezahlbar ist. Wir nehmen die Verantwortung für diesen wichtigen Teil des Haushaltsbudgets – übrigens nicht nur im privaten Bereich, sondern auch bei den Kantonen und beim Bund – wahr und präsentieren Lösungen. Efas haben wir von Anfang an unterstützt, und auch die Kostenbremse-Initiative ist ein Zeugnis dafür. Das gilt auch heute.

Das Kostendämpfungspaket 2, ein Strauss von grundsätzlich sieben Massnahmen, steht. Dieser "Blumenstraus" darf nicht verwelken, oder anders gesagt: Tempo und Umsetzungsstärke sind gefragt.

Die Mitte-Fraktion folgt in diesem Block bei allen Abstimmungen der Mehrheit mit Ausnahme von Artikel 29 Absatz 2 Litera f. Es geht um die Leistungen bei Mutterschaft. Dort unterstützen wir den Einzelantrag Wismer Priska. Dieser hat kostendämpfende Folgen, indem keine Mehrkosten durch das Einholen von ärztlichen Anordnungen oder durch zusätzliche Konsultationen in der Arztpraxis mehr entstehen. Gleichzeitig entschärft dies die Überlastung im pädiatrischen Versorgungsbereich und auch bei den Hausärzten. Die Hebammen verfügen über die notwendigen spezifischen Kompetenzen. Damit werden dann alle drei Phasen der Mutterschaft, wie sie im KVG abgebildet sind – Schwangerschaft, Niederkunft und Wochenbett –, erfasst.

Zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 und der Minderheit Glarner: Neu, Sie wissen es, sollen die Apotheker verschiedene Tätigkeiten in der Beratung und Prävention über die Grundversicherung abrechnen können. Angesichts des anhaltenden Kostenwachstums beurteilen wir die Erweiterung des Leistungskataloges äusserst kritisch. Der neu ins KVG aufgenommene Artikel würde es im Rahmen eines kontrollierten Experimentes erlauben, die behauptete kostendämpfende Wirkung zu prüfen, bevor der Leistungskatalog generell ausgebaut wird. Das ist im Grundsatz richtig und wichtig, um Innovationen zuzulassen, ohne dass diese sofort grosse Kostenfolgen nach sich ziehen. Wir unterstützen deshalb auch hier die Mehrheit. In Ergänzung zum Entwurf des Bundesrates wollen wir interprofessionelle Absprachen zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Apothekerinnen und Apothekern explizit ermöglichen und sehen darin eine Chance für Kostensenkungen. Dann zu Artikel 37a und zur Minderheit Maillard: Eine koordinierte Versorgung ist auch in unseren Augen sinnvoll, weil sie Doppelspurigkeiten verringert und damit dazu beiträgt, unnötige Kosten zu vermeiden. Mit richtig angelegten, wettbewerblich ausgehandelten Netzwerken kann die Gefahr der Doppel- und Mehrfachbehandlung eingegrenzt werden. Bereits heute existieren aber zahlreiche Netzwerke, die zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelt wurden und klare Qualitäts- und Kostenvorteile bringen. Die Mitte-Fraktion unterstützt die Mehrheit, also die Streichung dieses Zusatzes, weil eine koordinierte Versorgung ohne einen neuen Artikel im Gesetz möglich ist.

Dann zu einem Punkt, zu dem zwar kein Minderheitsantrag vorliegt, der für uns aber trotzdem wichtig ist, es geht um die Versichertenkarten in Artikel 42a: Wir unterstützen die Änderung dieser Bestimmung, die die Rolle der Versichertenkarte stärkt und das elektronische Format fördert. Im Zeitalter der Digitalisierung und des gesteigerten Umweltbewusstseins ist diese Modernisierung zwingend notwendig.

Die beiden Motionen der SGK-N nimmt die Mitte-Fraktion ebenfalls an. Sie reißen sich in die Massnahmen zur Kostendämpfung ein, sei es durch die Möglichkeit freiwilliger Mehrjahresverträge für die Versicherten, sei es durch die Kostenwahrheit der Versicherungsmodelle im KVG.

Ich komme zum Schluss: Die Mitte-Fraktion empfiehlt Ihnen, überall der Mehrheit zu folgen und den Einzelantrag Wismer Priska zu unterstützen.

**Berset** Alain, président de la Confédération: J'aimerais vous inviter, dans ce bloc 1, de manière globale – mais il y aura ensuite des exceptions –, à suivre la majorité de votre commission, sauf en ce qui concerne deux



points, sur lesquels j'aimerais vous inviter à suivre la minorité Maillard: il s'agit

AB 2023 N 2044 / BO 2023 N 2044

des réseaux de soins coordonnés, évidemment, et des informations destinées aux assurés pour garantir le caractère économique des prestations.

Pour les réseaux de soins, tout d'abord: cela a été débattu et présenté de manière très intéressante au cours de votre débat; votre commission a décidé de biffer le projet de réseaux de soins coordonnés du paquet de mesures. Pour résumer, tout le monde veut des soins coordonnés, mais dès que quelque chose de concret se trouve sur la table, il n'y a plus personne, ou presque, pour y donner suite. Ce n'est pas comme cela que l'on peut travailler. Je vous rappelle qu'il y aura, naturellement, encore des discussions dans le second conseil et, donc, la moindre des choses à faire serait de donner une chance à ce projet d'être discuté, sans le rejeter avant d'en avoir parlé, parce que, bien entendu, toutes sortes d'acteurs trouvent que cela ne convient pas. Il sera impossible de maîtriser les coûts sans que cela ne touche quelqu'un: il n'y a pas de miracle.

Les réseaux de soins coordonnés sont le coeur de ce deuxième paquet de maîtrise des coûts. Deux jours se sont écoulés depuis l'annonce de l'augmentation des primes la plus haute des douze dernières années: on se trouve dans une situation où les coûts continuent à augmenter de manière préoccupante. Nous sommes tous d'accord pour dire que les réseaux de soins coordonnés seraient un pas important pour une meilleure efficacité, une meilleure transparence et une meilleure coordination dans le système. J'aimerais donc vraiment vous inviter à accepter la minorité de M. Maillard. Il est rare que je demande cela aussi directement, mais il le faut, sinon la crédibilité de l'ensemble de l'exercice sera à terre avant même que l'exercice et le débat aient commencé.

Je vous le dis avec cet engagement parce que tout le monde souhaite des soins coordonnés. Peut-être qu'ils ne sont pas encore parfaits, peut-être qu'il faut encore en discuter. Il y a déjà eu passablement de discussions, d'ailleurs: il y a eu des tables rondes au début de cette année, le 20 janvier, le 17 février et le 17 mars, pour essayer d'améliorer les choses – c'est cela qui est repris aujourd'hui. Donc, après la consultation, cela a encore beaucoup évolué. On se donne vraiment toute la peine possible pour essayer d'avoir un projet qui puisse aboutir et être efficace. Après la consultation, après les adaptations qui ont été faites et qui ont un peu modifié le projet, vous avez aujourd'hui un résultat qui doit permettre de commencer une discussion à ce sujet. Mais pour cela, il faut voter en faveur de cette minorité.

J'en viens au deuxième élément sur lequel j'aimerais vous inviter à prendre aussi note des remarques du Conseil fédéral: il s'agit de l'article 56 alinéa 1 bis et de l'article 84 lettre j. A cet endroit, il y a une proposition de la majorité de la commission et une proposition de la minorité Wasserfallen Flavia. Nous voyons bien l'intérêt et l'importance du traitement des données. Le Conseil fédéral n'est pas opposé à ce que cette discussion soit menée de manière approfondie, mais là aussi, il faut permettre qu'elle le soit entre les deux conseils. Ce que je voulais vous dire, c'est que si vous votez en faveur de la proposition de la majorité dans ce cadre, alors on saisira l'occasion pour en débattre de manière approfondie avec le deuxième conseil. Et si vous votez en faveur de la proposition de la minorité, ce sera de toute façon aussi un thème de discussion. Là, ce n'est pas la même chose que pour les soins coordonnés, mais j'aimerais vous inviter ici à bien examiner ce que l'on peut faire: que vous choisissiez la proposition de la majorité ou celle de la minorité, il faut que ce débat puisse se faire dans de bonnes conditions.

J'aimerais terminer en vous invitant encore à rejeter les deux motions de votre commission. Je ne vais pas entrer dans les détails parce qu'il y a une réponse écrite détaillée du Conseil fédéral.

En résumé, la première motion, 23.3502, pourrait conduire à une augmentation très forte de la complexité du domaine. Ce serait notamment une multiplication par quatre ou cinq des effectifs, si on devait considérer les modèles à l'avenir, avec le risque d'avoir beaucoup trop peu de personnes dans ces modèles, et donc de ne plus avoir une stabilité pour le calcul des primes – cela créerait des estimations erronées et de grandes fluctuations de primes.

La seconde motion, 23.3504, vise l'introduction de contrats pluriannuels facultatifs. Il faut l'évaluer d'une manière un peu différente. En fait, de tels modèles seraient intéressants pour les personnes qui n'ont pas besoin du système de santé, et cela ne ferait donc pas baisser les coûts puisque ces assurés n'ont pas de coûts; pour le système, cela ne ferait que baisser les recettes liées aux primes. Cela ferait donc augmenter les primes de tous les autres dans le système, en raison du principe des vases communicants.

Je vous invite, évidemment, avec l'argumentation du Conseil fédéral, à aussi rejeter ces deux motions.

La question la plus importante, et de loin, c'est de donner une chance, aujourd'hui, aux soins coordonnés, s'il vous plaît. Il y a une manière très simple de le faire, c'est d'adopter la minorité Maillard pour que cette discussion puisse se poursuivre au deuxième conseil dans les meilleures conditions possibles.



**Silberschmidt** Andri (RL, ZH), für die Kommission: In Block 1 geht es um die Netzwerke zur koordinierten Versorgung, um die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker und um weitere Massnahmen.

Ich beginne mit den Apotheken: Im Rahmen der medizinischen Prävention sollen neu auch Apotheker selbstständig Leistungen zulasten der Krankenkassen abrechnen können. Dabei handelt es sich um Leistungen, die in der Verordnung verankert sind, oder um Leistungen im Rahmen von Präventionsprogrammen. So können Patientinnen beispielsweise direkt in der Apotheke eine Impfung erhalten, die im nationalen Impfplan steht, und diese Impfung wird dann von der OKP übernommen. Ihre Kommission hat eine Präzisierung des Entwurfes des Bundesrates in Artikel 26 ohne Gegenantrag angenommen.

Ohne Gegenantrag unterstützt die Kommission auch den Entwurf des Bundesrates, Referenztarife für die Behandlung in Spitälern ausserhalb des Wohnkantons festzulegen und damit den Spitalwettbewerb zwischen den Kantonen zu fördern; dies betrifft Artikel 41.

Im Bereich der Digitalisierung der Versichertenkarte fordert die Kommission einstimmig, den Anwendungsbe- reich auszuweiten und die Voraussetzungen zur Digitalisierung der Versichertenkarte zu schaffen. Ihre Kom- mission hat bei Artikel 42a Absätze 2 bis 3bis eine Ergänzung zum Entwurf des Bundesrates einstimmig angenommen.

Bei den Leistungen während der Schwangerschaft unterstützt die Kommission den Entwurf des Bundesrates, wonach die Leistungen neu ab Beginn der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit werden. Sie fordert aber eine offene Formulierung dazu, wer den Beginn einer Schwangerschaft feststellen kann. Es muss in Zukunft nicht mehr zwingend ein Arzt, sondern es darf auch eine Hebamme sein, welche eine Schwanger- schaft feststellt. Die Feststellung der Schwangerschaft soll aber nach wie vor nach medizinisch anerkannten Grundsätzen erfolgen. Ihre Kommission hat die Anpassungen in Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d und Absatz 7 Buchstabe b mit 12 zu 6 Stimmen bei 6 Enthaltungen angenommen. Es gibt dazu keine Minderheit.

Ich komme nun zu den umstrittenen Themen. In Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 geht es nochmals um die Apotheker: Der Bundesrat beantragt, dass die Apotheker zukünftig zulasten der OKP "pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue" abrechnen dürfen. Er will mit dieser Massnahme den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbessern und Hausärzte entlasten.

Der Mehrheit der Kommission geht dieser Antrag zu wenig weit: Die Apotheken sollen in Zukunft generell pharmazeutische Leistungen durchführen dürfen. Die Minderheit Glarner beantragt, dem Bundesrat zu folgen. Die Mehrheit ist aber der Meinung, dass eine kostenneutrale oder sogar kostendämpfende Umsetzung dieser Änderung möglich ist. Die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker müssen den WZW-Kriterien entspre- chen, die Tarife müssen durch den Bundesrat genehmigt werden; zudem muss aufgrund des neuen Artikels 47c im Paket 1b auch ein Kostenmonitoring vorgesehen werden. Es können in Zukunft also

#### AB 2023 N 2045 / BO 2023 N 2045

Beratungs- und Betreuungsleistungen erbracht werden, die von der Krankenversicherung bezahlt werden. Der- zeit kann die Krankenversicherung nur die Leistungen des Apothekers bezahlen, die bei der Abgabe eines vom Arzt verschriebenen Medikaments erbracht werden. Mit einer Öffnung könnte man ohne Medikamentenabgabe Leistungen erbringen, um die Therapie zu optimieren und die Therapietreue zu erhöhen. Bei der Therapietreue sprechen wir von einem Einsparungspotenzial von über 6 Milliarden Schweizerfranken pro Jahr.

Es geht uns beispielsweise darum, dass man Analysen neu auch in Apotheken vornehmen kann. Ein Beispiel ist ein Diabetes-Patient, der in eine Apotheke kommt: Wenn die Apothekerin bemerkt, dass er seine Medi- kamente nicht regelmässig einnimmt, dann kann sie heute nur mit ihm sprechen und darauf basierend eine Empfehlung abgeben. In Zukunft soll die Apothekerin aber auch den Blutzuckerspiegel messen oder bei je- mandem, der zu viel Cholesterin hat, auch den Bluthochdruck messen können. Aufgrund dieser Messungen kann sie dann ein besser geeignetes Medikament verschreiben und somit auch zielgerichtet einen Beitrag zur Genesung des Patienten leisten. Die Ergänzung des Entwurfes des Bundesrates in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h wurde mit 14 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen.

Ich komme zu den Hebammen. Der Kommission war und ist es ein Anliegen, dass Hebammen ihre Arbeit unkompliziert erledigen können, ohne dass es dabei zu einer Mengenausweitung kommt. Einerseits sollen sie also nicht unnötig darin behindert werden, ihre Arbeit auszuführen, andererseits ist klar, dass im Falle einer Krankheit des Kindes oder der Mutter nach wie vor ein Arzt konsultiert werden soll. Die Mehrheit der Kom- mission will somit, dass Hebammen neu Kontrolluntersuchungen einschliesslich der notwendigen Analysen bei der Mutter während und nach der Schwangerschaft durchführen können. Zudem sollen Hebammen die am- bulante Betreuung im Wochenbett zur Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind abrechnen können. Hinzu kommen vom Bundesrat zu bestimmende Voraussetzungen zu von Hebammen



angewandten Arzneimitteln bei der Niederkunft.

Die beiden Minderheiten Schläpfer wollen sämtliche neuen Bestimmungen streichen, da sie eine Mengenausweitung erwarten. Die Minderheit I (Gysi Barbara) will, dass Hebammen zusätzlich auch Analysen, Untersuchungen sowie für die Behandlung verwendete Mittel und Gegenstände abrechnen dürfen. Der Antrag dieser Minderheit wurde nun aber zugunsten des Einzelantrages Wismer Priska zurückgezogen. Der Einzelantrag konnte in der Kommission nicht behandelt werden; deshalb gibt es dazu auch keine Empfehlung der Kommission.

Ihre Kommission hat Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a, b und f mit 15 zu 9 Stimmen angenommen und somit den Antrag, der Ihnen jetzt als Antrag der Minderheit I (Gysi Barbara) vorliegt, abgelehnt. Der Antrag, der Ihnen jetzt als Antrag der Minderheit II (Schläpfer) vorliegt, wurde mit 17 zu 7 Stimmen abgelehnt.

Ich komme nun zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Wie Herr Bundespräsident Berset gesagt hat, sind sie das eigentliche Herzstück dieser Vorlage. Der Bundesrat schlägt die Schaffung eines neuen Leistungserbringers vor, die sogenannten Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Der Bundesrat will die koordinierte Versorgung stärken, indem ein neuer Leistungserbringer geschaffen wird. Die Kantone würden diese zulassen und steuern. Ein Arzt würde dem Netzwerk vorstehen, dem Netzwerk können verschiedene andere Leistungserbringer wie Apotheker, Ärzte, Spitex, Physiotherapeuten usw. angehören.

Der Vorschlag des Bundesrates stiess in der Kommission jedoch auf Ablehnung. Die Minderheit Maillard will zwar am neuen Leistungserbringer festhalten, diese Netzwerke jedoch von einem kantonalen Leistungsauftrag befreien und nicht zwingend einem Arzt unterstellen. Die Mehrheit Ihrer Kommission will nichts von einem neuen Leistungserbringer wissen, und zwar aus folgenden Gründen: Die Einführung eines neuen Leistungserbringers mit einem kantonalen Leistungsauftrag hätte viel Aufwand für den Bund und die Kantone zur Folge. Das Gesundheitswesen besteht schon heute aus verschiedenen Silos, die zu wenig miteinander sprechen und arbeiten. Dass nun ein neues Silo geschaffen werden soll, könnte diese Tendenz eher verstärken.

Es war aus den Unterlagen schwer ersichtlich, wie ein neuer Leistungserbringer konkret zur Kostendämpfung beitragen kann. Die Regulierungsfolgenabschätzung zeigt auf, welche Effekte erwartet werden können. Diese Effekte sind jedoch sehr umstritten. Es stellt sich die Frage, ob es explizit einen neuen Leistungserbringer dafür braucht. Es gibt heute bereits gute Beispiele für erfolgreiche Netzwerke im Gesundheitswesen. Diese sind alle ohne die hier vorgeschlagene Bürokratie entstanden. Sie wehren sich auch gegen staatliche Netzwerke, die sie in ihrer heutigen Freiheit stark einschränken würden.

Die Kommission ist der Ansicht, dass Netzwerke anders gefördert werden sollen. Erstens soll in den ambulanten Tarifen die interdisziplinäre Zusammenarbeit besser abgebildet werden. Das sollte mit der anstehenden Revision des Tarmed, also der Einführung des Tardoc, geschehen. Zweitens sollen auch die Krankenversicherungen Teil der koordinierten Versorgung werden. Sie sollen in Zukunft die Möglichkeit erhalten, Patienten z. B. auf Generika-Angebote aufmerksam zu machen, wenn diese heute noch teurere Originalprodukte beziehen. Weiter sollen Mehrjahresverträge möglich gemacht und die Prämien von alternativen Versicherungsmodellen neu berechnet werden. Beide Kommissionsmotionen stärken die alternativen Versicherungsmodelle, welche bereits heute durch eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung verwendet werden. Sie sind also schon heute sehr beliebt. Wir sollten sie stärken, sodass noch mehr Personen von den alternativen Versicherungsmodellen Gebrauch machen, welche auch die integrierte Versorgung stärken.

Der Antrag der Minderheit Maillard wurde in der Kommission gegen den Antrag des Bundesrates ausgemehrt und einstimmig angenommen. Dann wurde der Antrag auf Streichung dem Antrag Maillard gegenübergestellt, und der Antrag auf Streichung hat in der Kommission mit 16 zu 9 Stimmen obsiegt.

Ich komme noch zu den Anforderungen an die Inhalte der Rechnungen der Leistungserbringer. Sie haben es gehört: Eine Mehrheit fordert, dass neu die Ärzte konkret aufzeigen sollen, wann die Behandlung am Patienten angefangen und wann sie aufgehört hat. Davon verspricht sich die Mehrheit, dass man als Patient eine bessere Kostenkontrolle durchführen kann. Die Minderheit de Courten bekämpft dies, weil sie davon ausgeht, dass dies vor allem mehr Bürokratie nach sich zieht und dass man, wenn die Zeit gestoppt wird, etwas vergleicht, das man nicht miteinander vergleichen kann, weil gewisse Patienten vielleicht länger beim Arzt sind, als sie behandelt werden. Es ist unklar, welche Zeit man dann stoppen soll. Die Mehrheit ist aber für diese Ergänzung von Artikel 42 Absatz 3. Sie wurde mit 14 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen.

Ich komme zu Artikel 56 Absatz 1bis. Hier geht es um die Informationen der Versicherer. Ich habe das vorhin schon erwähnt: Die Kommission will, dass die Versicherungen in Zukunft ihre Kundinnen und Kunden darauf aufmerksam machen dürfen, wenn sie beispielsweise teure Medikamente einkaufen, obwohl es günstigere Generika gäbe. Dieser Antrag wurde mit 15 zu 8 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen. Ein Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia fordert die Streichung; er wurde von Kollegin Wasserfallen bereits begründet.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen zu Block 1 und danke für Ihre Aufmerksamkeit.



**Glarner** Andreas (V, AG): Geschätzter Kollege Silberschmidt, zunächst einmal herzlichen Dank für das Referat. Sie sagen, dass die Apotheker dann beraten und empfehlen. Nun wird aber in jedem Kanton, in dem man versucht, den Ärzten die Medikamentenabgabe zu erlauben, von den Apothekern gesagt: Nein, man darf nicht empfehlen und zugleich verkaufen, sondern man tut entweder das eine oder das andere. Geht hier nicht eine enorme Mengenausdehnung ins Land, wenn wir hier Ja sagen?

AB 2023 N 2046 / BO 2023 N 2046

**Silberschmidt** Andri (RL, ZH), für die Kommission: Besten Dank, Herr Kollege Glarner. In der Tat hat sich die Kommission stark mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine Ausweitung der Kompetenzen der Apotheker eine Mengenausweitung zur Folge hätte. Es ist aber so, dass jede Leistung, die von Apothekern erbracht wird, auch den WZW-Kriterien entsprechen muss, das heisst, sie muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Kommission verspricht sich davon, dass Apotheker die gleiche Leistung günstiger anbieten können, als dies heute die Ärzte machen. – Wenn Sie mir jetzt zugehört hätten, hätten Sie vielleicht meine Antwort auch verstanden.

**Badran** Jacqueline (S, ZH): Kollege Silberschmidt, Sie haben vorhin gesagt, dass die Einführung eines Beratungssystems nett wäre; man könne dann den Patienten darauf hinweisen, dass es ja noch ein Generikum gäbe. Das wird wohl nicht die grosse Massenwirkung entfalten. Sie haben das Referenzpreissystem bekämpft und verhindert, dass man den Anreiz, nicht Generika zu verkaufen, systematisch beseitigt. Können Sie erklären, wieso Sie das so machen?

**Silberschmidt** Andri (RL, ZH), für die Kommission: Besten Dank, Frau Kollegin Badran. Sie vermischen hier zwei Dinge. Bei Ihrer Frage geht es um die Preisfestsetzung der Medikamente. Das war nicht Teil des Kostendämpfungspakets 2. Beim Kostendämpfungspaket 2 geht es vielmehr darum, wie man die koordinierte Versorgung stärken kann. Wir wären ja blöd, wenn wir den Krankenversicherern nicht erlauben würden, in Zukunft Hinweise zu machen und zu sagen: "Hallo, hier kannst du Kosten sparen, ohne dass die Qualität einer Leistung abnimmt." Das durften sie in der Vergangenheit tun, es wurde aber jetzt verunmöglicht. Es schadet nichts, wenn man ein Generikum anstelle eines Originalpräparats nimmt. Es ist doch selbstverständlich, dass die Krankenversicherer darauf aufmerksam machen dürfen.

Was die Preisfestsetzung der Medikamente betrifft, haben wir verschiedene Massnahmen zur Verfügung. Es gibt die periodische Überprüfung der Preise, es gibt eine Margenanpassung beim Vertriebsanteil der Medikamente, welche die Kommission und auch ich persönlich und die FDP-Liberale Fraktion klar unterstützen. Wir müssen die Preise dadurch senken, dass auch die Margen beim Vertrieb abnehmen. Diese Massnahme wird von uns unterstützt und hoffentlich bis Ende Jahr dann auch vom Bundesrat so beschlossen.

**Roduit** Benjamin (M-E, VS), pour la commission: Au terme des débats sur ce premier bloc, consacré aux soins coordonnés, aux prestations des médecins et autres mesures, il convient de rappeler celles qui sont contestées.

Tout d'abord, à l'article 25, la minorité Glarner ne voit pas le bénéfice d'accorder aux pharmaciens – vous venez de l'entendre – la possibilité de facturer de nouvelles prestations aux assurances-maladie lorsque ces prestations permettent d'optimiser des traitements médicamenteux ou sont fournies dans le cadre de programmes de prévention. Elle préfère sans doute le statu quo, où les pharmaciens sont incités, grâce à une plus grande marge, à vendre les médicaments les plus chers. En effet, vous le savez, la marge des pharmaciens sur les médicaments peu coûteux est quasiment nulle. Pire: lorsqu'ils consacrent avec compétence leur temps à prodiguer des conseils sans remise de médicaments, ils ne sont pas rémunérés. Or, cela est démontré, le potentiel d'économies à terme est très important, dès l'instant où cela permet à de nombreux patients d'éviter la case "médecin" ou parfois même les urgences.

Quant à l'exigence d'une compensation de ces nouvelles prestations par une réduction de remboursement accordée lors de la remise des médicaments, ce qui aurait rassuré la minorité, la commission a été convaincue par l'administration de l'impossibilité de mettre en oeuvre cette compensation. Finalement, la proposition de la minorité Glarner a été écartée, par 14 voix contre 9 et 1 abstention.

Nous avons aussi deux propositions de minorité et une proposition individuelle Wismer Priska à l'article 29 alinéa 2, qui concernent les prestations fournies par les sages-femmes en cas de maternité. Les deux propositions de minorité II (Schläpfer) ne reconnaissent pas la nécessité de rémunérer les analyses effectuées par les sages-femmes et celles des soins qui suivent l'accouchement. Cela est incompréhensible du point de vue de la majorité, tant il est évident que certaines prestations de soins des sages-femmes sont souvent plus



appropriées que celles de médecins surqualifiés, et surtout beaucoup moins chères.

Pour cette raison, par respectivement 17 voix contre 7, puis 17 voix contre 6 et 1 abstention, nous recommandons de refuser les propositions de la minorité Schläpfer et de la minorité II (Schläpfer). Enfin, vous l'avez entendu, la proposition de minorité Gysi Barbara a été retirée au profit d'une proposition individuelle Wismer Priska, qui apporte des précisions à ces prestations dans le sens d'un compromis entre la proposition de la majorité et celle de la minorité Gysi Barbara.

Concernant les réseaux de soins coordonnés, la commission propose, par 16 voix contre 9, de rejeter la proposition Maillard estimant, comme je l'ai dit dans le débat d'entrée en matière, que les réglementations déjà existantes permettent déjà, vu les nombreux projets mis en oeuvre dans les cantons, d'améliorer la coordination entre les partenaires sans passer par une grosse machine étatique et coûteuse.

Une prestation nouvelle et pourtant efficace pour contenir les coûts est également contestée, à l'article 42 alinéa 3, par la minorité de Courten. Il s'agit pour les fournisseurs de prestation de mentionner désormais la date ainsi que l'heure du début et de la fin de la consultation lors de la facturation. Cette mesure administrativement simple permettra aux assureurs de mieux exercer leur tâche de contrôle. Pour rappel, c'est l'équivalent de 3,5 milliards de francs par année qui est économisé sur les prestations retournées grâce à ces contrôles par les assureurs. La commission soutient cette proposition, par 14 voix contre 8 et 1 abstention.

L'opposition de la minorité Wasserfallen Flavia à l'article 56 alinéa 1bis, relatif à la possibilité des assureurs d'utiliser les données des assurés afin de fournir à ces derniers des informations personnalisées sur les économies possibles, est tout aussi incompréhensible et est rejetée, par 15 voix contre 8 et 2 abstentions. En effet, tous les partenaires doivent tirer à la même corde et cette mesure permettra d'éclairer certains choix des patients tels que l'usage des opioïdes – on relève 125 000 cas inappropriés par année – ou des médicaments contre le diabète – plus de 40 pour cent de leur utilisation sort des lignes directrices.

Enfin la commission vous recommande, par 15 voix contre 8 et 2 abstentions, d'accepter la motion 23.3502, qui consiste à modifier le mode de calcul des rabais de primes, notamment en prenant en compte les prix réels des modèles d'assurance dans la LAMal sans se limiter comme aujourd'hui à l'assurance ordinaire.

La majorité estime que ces rabais doivent en effet profiter aux assurés concernés.

En conclusion, en suivant l'ensemble des mesures proposées par la majorité de la commission, vous pourrez, tant à droite qu'à gauche, confirmer auprès des citoyens, vos électeurs, l'intention réelle du Parlement d'améliorer la maîtrise des coûts.

**Bläsi Thomas (V, GE):** Je vous prie de bien vouloir m'excuser, j'ai oublié de déclarer mes intérêts: je suis pharmacien, et suis en réalité un tout petit pharmacien de quartier – il n'y en a pas eu beaucoup dans ce Parlement. J'aimerais juste vous poser une question et faire une petite remarque, Monsieur Roduit: la marge du pharmacien sur les médicaments génériques est bien meilleure que sur les médicaments originaux, vous vous êtes trompés sur ce point. De plus, la recommandation d'usage des génériques est systématique en pharmacie. Ne serait-il pas mieux de pouvoir faire la démonstration de la bioéquivalence des génériques pour rassurer le patient, et ainsi, éclairer son choix? A l'heure actuelle, la méthode ne fonctionne pas.

**Roduit Benjamin (M-E, VS),** pour la commission: Cher collègue, je vous remercie pour votre question, mais vous m'avez très mal compris: je n'ai à aucun moment parlé des

AB 2023 N 2047 / BO 2023 N 2047

génériques. Je parle des marges sur les médicaments coûteux et sur les médicaments qui le sont moins. Le paradoxe, vous le savez très bien dans votre profession – et la Société suisse des pharmaciens pourra facilement le confirmer –, est que vous perdez de l'argent lorsque vous vendez des médicaments peu coûteux, parce que vous n'avez pas de marges. Par conséquent, le but de cette proposition est bel et bien de reconnaître vos prestations de conseil et, finalement, d'éviter que certains d'entre vous fournissent systématiquement des médicaments chers parce que la marge est plus importante. Les chiffres sont absolument clairs.

#### **Art. 25 Abs. 2 Bst. h**

##### *Antrag der Mehrheit*

h. ...

2. pharmazeutische Leistungen zur Optimierung der ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie und der Therapietreue sowie die damit im Zusammenhang stehende Durchführung oder Veranlassung von Analysen und Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die in interprofessioneller Absprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen.



*Antrag der Minderheit*

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Nantermod, Rüeegger, Schläpfer)

*Ziff. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 25 al. 2 let. h**

*Proposition de la majorité*

h. ...

2. les prestations pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux prescrit par le médecin et l'adhésion thérapeutique, ainsi que, en relation avec ce qui précède, l'exécution ou la commande d'analyses ainsi que la remise de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, pour autant qu'elles soient fournies en consultation interprofessionnelle avec le médecin traitant.

*Proposition de la minorité*

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Nantermod, Rüeegger, Schläpfer)

*Ch. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27612)

Für den Antrag der Mehrheit ... 147 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 40 Stimmen

(4 Enthaltungen)

**Art. 25a Abs. 4**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 25a al. 4**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 26**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

... angeordnet. Sie können auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin ohne ärztliche Anordnung im Rahmen von ...

**Art. 26**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

... par un médecin. Ils peuvent aussi être effectués par un pharmacien, sans prescription médicale, dans le cadre de programmes ...

*Angenommen – Adopté*



**Art. 29 Abs. 2**

*Antrag der Mehrheit*

- a. ... Kontrolluntersuchungen einschliesslich den notwendigen Analysen bei der Mutter während und nach ...
- b. die Niederkunft zu Hause ...
- e. die ambulante Betreuung im Wochenbett zur Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind durch Hebammen;
- f. die unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen angewandten Arzneimittel bei der Niederkunft.

*Antrag der Minderheit*

(Schläpfer, Buffat, de Courten, Glarner, Grin, Herzog Verena)

*Bst. e*

Streichen

*Antrag der Minderheit I*

(Gysi Barbara, Crottaz, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

*Bst. f*

- f. die unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen verordneten Analysen und die Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände sowie die von Hebammen angewandten Arzneimittel bei der Niederkunft.

*Antrag der Minderheit II*

(Schläpfer, Aeschi Thomas, Bircher, de Courten, Glarner, Herzog Verena)

*Bst. a, b*

Unverändert

*Bst. f*

Streichen

*Antrag Wismer Priska*

*Bst. f*

- f. die Mutter und Kind unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen während der Schwangerschaft, der Niederkunft und im Wochenbett verordneten Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände sowie die von Hebammen angewandten Arzneimittel bei der Niederkunft.

*Schriftliche Begründung*

Hebammen sind seit der Einführung des KVG im Jahre 1996 eigenständige Leistungserbringerinnen. Hebammen übernehmen bei gesunden Frauen die gesamte Betreuung während der Schwangerschaft, der Niederkunft und im Wochenbett in eigener fachlicher Verantwortung und arbeiten im Rahmen der interprofessionellen Kooperation partnerschaftlich mit anderen Fachpersonen zusammen. Dazu wenden Hebammen wenige Arzneimittel an, geben wenige Analysen in Auftrag und setzen vereinzelt Mittel und Gegenstände ein. Die bisherige Vergütungspraxis mehrerer Leistungen wurde in den letzten Jahren eingestellt, weil die Versicherungsverbände festgestellt haben, dass eine explizite KVG-Grundlage fehlt. Die SGK-N wollte die bisherige Vergütungspraxis wiederherstellen, die Formulierung der Mehrheit in Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f ist ungenügend. Der Artikel ist beispielsweise bei Arzneimitteln auf die Niederkunft beschränkt, obwohl die Hebammen für eine Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett zuständig sind. Die Formulierung verhindert, dass Hebammen ihre Leistungen weiterhin kostengünstig ohne unnötige und teure ärztliche Anordnung erbringen können. Die Formulierung des Mehrheitsantrages für Buchstabe f wirkt kostentreibend. Als Beispiel dafür kann die Kontrolle des Bilirubin-Wertes (Feststellung einer allfälligen Gelbsucht) beim Neugeborenen mittels Blutentnahme genannt werden. Mit der

AB 2023 N 2048 / BO 2023 N 2048

Formulierung der Mehrheit müsste diese in Zukunft immer vom Kinderarzt angeordnet und/oder vorgenommen werden. Auch die Abgabe einer Milchpumpe bei entzündeten Brustwarzen im Rahmen der Wochenbettbetreuung durch die Hebamme wirkt kostendämpfend, wenn auf eine ärztliche Anordnung/Konsultation verzichtet wird. Alle Mehrkosten, die durch das Einholen von ärztlichen Anordnungen oder zusätzlichen Konsultationen





in der Arztpraxis entstehen, lassen sich vermeiden, indem der Einzelantrag angenommen wird. Die Annahme des Antrages hat folglich kostendämpfende Wirkung, widerspiegelt die berufsspezifischen Kompetenzen und führt nicht nur zu einer erheblichen Entlastung für Mutter und Kind, sondern trägt zu einer Entschärfung der Überlastung im pädiatrischen Versorgungskontext bei.

**Art. 29 al. 2**

*Proposition de la majorité*

- a. les examens de contrôle, y compris les analyses nécessaires pour la mère, effectués par ...
- b. Ne concerne que le texte allemand.
- e. le suivi post partum ambulatoire pour les soins et la surveillance de l'état de santé de la mère et de l'enfant par des sages-femmes.
- f. les médicaments utilisés par les sages-femmes lors de l'accouchement, dans les limites fixées par le Conseil fédéral.

*Proposition de la minorité*

(Schläpfer, Buffat, de Courten, Glarner, Grin, Herzog Verena)

*Let. e*

Biffer

*Proposition de la minorité I*

(Gysi Barbara, Crottaz, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

*Let. f*

- f. les analyses prescrites par des sages-femmes, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les médicaments utilisés par des sages-femmes lors de l'accouchement.

*Proposition de la minorité II*

(Schläpfer, Aeschi Thomas, Bircher, de Courten, Glarner, Herzog Verena)

*Let. a, b*

Inchangé

*Let. f*

Biffer

*Proposition Wismer Priska*

*Let. f*

- f. les analyses prescrites par des sages-femmes à la mère et à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les médicaments utilisés par des sages-femmes lors de l'accouchement.

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Der Antrag der Minderheit I wurde zugunsten des Einzelantrages Wismer Priska zurückgezogen.

*Bst. a, b, f – Let. a, b, f*

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27613)

Für den Antrag Wismer Priska ... 138 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 49 Stimmen

(4 Enthaltungen)

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27614)

Für den Antrag Wismer Priska ... 138 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 50 Stimmen

(2 Enthaltungen)



*Bst. e – Let. e*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27615)

Für den Antrag der Mehrheit ... 139 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 49 Stimmen

(2 Enthaltungen)

**Art. 37a**

*Antrag der Mehrheit*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Gemäss Bundesrat, aber:

*Abs. 1*

a. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.

abis. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.

c. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

d. Streichen

e. Streichen

g. Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder einer ...

h. Streichen

*Abs. 2*

... und die Koordination regeln. (Rest streichen)

*Abs. 3*

Streichen

**Art. 37a**

*Proposition de la majorité*

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Selon Conseil fédéral, mais:

*Al. 1*

a. ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'article 37 alinéa 1;

abis. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;

c. ils ont délimité leur champ d'activité quant au lieu et à l'horaire de leurs interventions, quant aux prestations qu'ils fournissent et quant aux patients auxquels ils fournissent leurs prestations;

d. Biffer

e. Biffer

g. ils sont affiliés à une communauté certifiée ou à une communauté de référence certifiée ...

h. Biffer

*Al. 2*

... de la qualité et la coordination. (Biffer le reste)

*Al. 3*

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o, Artikel 36, Artikel 36a Absatz 1, Artikel 38 Absätze 1 und 2, Artikel 48a, Artikel 55a Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 3 und Absatz 5 Buchstabe b sowie für Ziffer III Übergangsbestimmungen Absatz 1.



*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27616)

Für den Antrag der Mehrheit ... 117 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 67 Stimmen

(7 Enthaltungen)

**Art. 35 Abs. 2 Bst. o**

*Antrag der Mehrheit*

Streichen

AB 2023 N 2049 / BO 2023 N 2049

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 35 al. 2 let. o**

*Proposition de la majorité*

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 36**

*Antrag der Mehrheit*

Unverändert

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 36**

*Proposition de la majorité*

Inchangé

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 36a Abs. 1**

*Antrag der Mehrheit*

Unverändert



*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 36a al. 1**

*Proposition de la majorité*  
Inchangé

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*  
*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 38 Abs. 1, 2 Einleitung**

*Antrag der Mehrheit*  
Unverändert

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 38 al. 1, 2 introduction**

*Proposition de la majorité*  
Inchangé

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*  
*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 41 Abs. 1bis, 2bis Einleitung, 2ter, 3bis Einleitung**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 41 al. 1bis, 2bis introduction, 2ter, 3bis introduction**

*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42 Abs. 3, 3ter**

*Antrag der Mehrheit*  
Abs. 3

... können. Bei einer Einzelleistungstarifstruktur führt er insbesondere das Datum sowie die Zeit des Konsultationsbeginns und jene des Konsultationsendes auf. Im System des ...



*Abs. 3ter*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

*Abs. 3*

(de Courten, Dobler, Herzog Verena, Mäder, Mettler, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)  
Unverändert

**Art. 42 al. 3, 3ter**

*Proposition de la majorité*

*Al. 3*

... la prestation. Dans le cas d'une structure tarifaire à la prestation, il mentionne, notamment, la date ainsi que l'heure de début et de fin de la consultation. Dans le système du ...

*Al. 3ter*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(de Courten, Dobler, Herzog Verena, Mäder, Mettler, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

*Al. 3*

Inchangé

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27617)

Für den Antrag der Mehrheit ... 101 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 86 Stimmen

(4 Enthaltungen)

**Art. 42a**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 2*

Die Versichertenkarte wird für die administrativen Prozesse für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet. Zudem dient sie als:

a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier;

AB 2023 N 2050 / BO 2023 N 2050

b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

*Abs. 2bis*

Der Bundesrat kann weitere Zwecke festlegen.

*Abs. 2ter*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der elektronischen und der physischen Versichertenkarte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Standards. Er kann den Zeitpunkt festlegen, ab welchem die Versichertenkarte in elektronischem Format abzugeben ist. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in physischer Form ausgestellt wird.

*Abs. 3bis*

Streichen

**Art. 42a**

*Proposition de la commission*

*Al. 2*

La carte d'assuré est utilisée pour les processus administratifs liés aux prestations prévues par la présente loi. Elle sert également:

a. de moyen d'identification au sens de l'article 7 alinéa 2, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient;



b. de moyen d'identification dans les relations avec les assureurs.

*Al. 2bis*

Le Conseil fédéral peut définir d'autres buts.

*Al. 2ter*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, les modalités de remise de la carte électronique et de la carte physique par les assureurs, ainsi que les standards techniques et organisationnels qui doivent être appliqués. Il peut fixer la date à partir de laquelle la carte d'assuré doit être remise uniquement sous forme électronique. Il peut prévoir que la carte soit également délivrée sous forme physique sur demande de la personne assurée.

*Al. 3bis*

Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 46 Abs. 1bis**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 46 al. 1bis**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 48a**

*Antrag der Mehrheit*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Gemäss Bundesrat, aber:

*Abs. 2*

Streichen

**Art. 48a**

*Proposition de la majorité*

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Selon Conseil fédéral, mais:

*Al. 2*

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 53 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



**Art. 53 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3, 5 Bst. b**

*Antrag der Mehrheit*

Unverändert

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 55a al. 1 let. b ch. 3, 5 let. b**

*Proposition de la majorité*

Inchangé

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 56 Abs. 1bis**

*Antrag der Mehrheit*

Zur Sicherstellung der Massnahmen gemäss Absatz 1 können die Versicherer die bei ihnen versicherten Personen individuell informieren über deren bezogene Leistungen, über Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und über Angebote, die auf eine verbesserte Wirtschaftlichkeit und Koordination der medizinischen Leistungserbringung abzielen, sowie mit deren Einverständnis den Leistungserbringern Informationen über die von den Versicherten bezogenen Leistungen zur Verfügung stellen.

*Antrag der Minderheit*

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)

Streichen

**Art. 56 al. 1bis**

*Proposition de la majorité*

Pour garantir les mesures prévues à l'alinéa 1, les assureurs peuvent informer individuellement leurs assurés des prestations dont ils bénéficient, des mesures de prévention des maladies et des offres visant à améliorer le caractère économique et la coordination des prestations médicales fournies ; avec leur consentement, les assureurs peuvent aussi mettre à la disposition des fournisseurs de prestations des informations sur les prestations dont les assurés bénéficient.

AB 2023 N 2051 / BO 2023 N 2051

*Proposition de la minorité*

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 84 Buchstabe j.





*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27618)

Für den Antrag der Mehrheit ... 122 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 69 Stimmen

(0 Enthaltungen)

**Art. 64**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 6 Bst. d*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 7 Bst. b*

b. ... die ab Beginn der durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen bestimmten Schwangerschaft, während der Niederkunft ...

**Art. 64**

*Proposition de la commission*

*Al. 6 let. d*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 7 let. b*

b. ... fournies à partir du début de la grossesse déterminé par un médecin ou une sage-femme, pendant l'accouchement ...

*Angenommen – Adopté*

**Art. 84 Bst. j**

*Antrag der Mehrheit*

j. Massnahmen nach Artikel 56 Absatz 1bis sicherzustellen und entsprechende Informationen abzugeben.

*Antrag der Minderheit*

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)

Streichen

**Art. 84 let. j**

*Proposition de la majorité*

j. garantir les mesures prévues à l'article 56 alinéa 1bis, et fournir les informations correspondantes.

*Proposition de la minorité*

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia wurde bei Artikel 56 abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. II**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*



**Ziff. III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... Abs. 1–3**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Streichen

*Abs. 2, 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. III dispositions transitoires de la modification du ... al. 1–3**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Biffer

*Al. 2, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Maillard, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Maillard wurde bei Artikel 37a abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Änderung anderer Erlasse**

**Modification d'autres actes**

**Ziff. 1 Art. 14bis Titel, Abs. 1; 27ter Abs. 1, 3; 48 Abs. 1, 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 1 art. 14bis titre, al. 1; 27ter al. 1, 3; 48 al. 1, 3**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Block 2 – Bloc 2**

*Arzneimittel: Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien, Preismodelle und Rückerstattungen, Ausnahme vom Zugang nach BGÖ*

*Médicaments: examen différencié des critères EAE, modèles de prix et restitutions, exception à l'accès aux documents au sens de la LTrans*

**Wasserfallen Flavia** (S, BE): Immer häufiger gelangen hochpreisige Medikamente für sehr kleine Patientengruppen auf den Markt. Wir reden hier von Kosten für einzelne Präparate oder Therapien, die schnell mal 100 000 Franken übersteigen. In den letzten vier Jahren sind die Therapiekosten bei Medikamenten über 100 000 Franken um 130 Prozent gestiegen. Die Kosten für diese Medikamente wachsen überproportional und sind häufig im Vergleich zu umliegenden Ländern sehr hoch. Auch steigen die Medikamentenpreise insgesamt



viel stärker als die Preise anderer Gesundheitsleistungen. Mittlerweile machen die Medikamentenkosten über einen Viertel der Kosten der Grundversicherung aus.

Wir stehen in der Verantwortung, den Zugang zu notwendigen Arzneimitteln zu gewährleisten, und zwar zu bezahlbaren Preisen in einem solidarisch finanzierten System. Wir stehen im Spannungsfeld zwischen dem Willen zur Profitmaximierung der Pharmaindustrie und der Gesundheit als öffentlichem Gut.

Nun ist klar, dass für solch hochpreisige innovative Produkte die althergebrachte Preisfestsetzungsmethode nicht immer taugt. Deshalb können Preismodelle – über Preismodelle reden wir im Block 2 – sinnvoll sein. Wir haben per se nichts

**AB 2023 N 2052 / BO 2023 N 2052**

gegen Preismodelle. Übrigens funktionieren heute bereits 50 Prozent aller Preismodelle – davon sind rund 130 Produkte betroffen – ohne Geheimhaltung. Wir haben aber ein Problem damit, dass jetzt generell für alle Preismodelle das Öffentlichkeitsprinzip ausgehebelt werden soll. Das ist hochproblematisch und gibt der Pharmaindustrie in einem sehr ungleichen Verhandlungs- und Machtgefüge noch mehr Macht. Die Öffentlichkeit tappt im Dunkeln. Wegen geheimer Rabatte ist übrigens unklar, ob ein öffentlich publizierter Preis der effektiv bezahlte ist. Deshalb sind auch die ausgewiesenen Einsparpotenziale, die Ihnen dann später präsentiert werden, völlig theoretisch und auch nicht belegbar.

Wir wollen transparente und faire Preisfestsetzungsverfahren. Wir fordern eine stärkere internationale Zusammenarbeit mit dem Beitritt zur Beneluxa-Initiative, mit welcher Länder wie Luxemburg, Belgien, Österreich usw. eine stärkere internationale Zusammenarbeit eingehen, ihre Kräfte bündeln und so auch gemeinsame Verhandlungs- und Einkaufsgemeinschaften bilden. Die Vertraulichkeit und somit den Ausschluss vom Öffentlichkeitsprinzip können wir höchstens – höchstens! – als Übergangslösung für fünf Jahre akzeptieren, weshalb wir Ihnen mit meiner Minderheit die Einführung einer Sunset-Klausel empfehlen.

Nun noch zu Artikel 52d, zu dem es meinen Minderheitsantrag auf Streichung gibt: Einen provisorischen Preis für ein Arzneimittel ab Tag null der Zulassung? Das klingt gut und könnte eine Antwort sein auf die langwierigen Entscheidungsprozesse für die Preisfestsetzung zwischen BAG und Pharma. Genau dieses Ziel, einen früheren Preis möglichst ab Tag null, können wir jetzt mit den Anpassungen der Verordnung erreichen, bei der eben der "early dialogue" und der "early access" eingeführt worden sind.

Doch wenn wir jetzt hier mit diesem neuen Absatz zu diesem ordentlichen Prozess, der verbessert wurde, und zur Einzelfallvergütung, die auch besteht, noch einen weiteren, dritten Pfeiler für die Preisfestsetzung einführen, dann müssen wir gut schauen, ob das eine gute Idee ist. Denn damit verbunden stellen sich viele ungeklärte Fragen. Wer setzt dann den provisorischen Preis fest, und woran orientiert sich dieser? Wie funktionieren nachträgliche Kompensationen des Preises? Es ist auch problematisch, wenn die Kommission ein solch neues System einfach ins Gesetz schreibt, ohne vorgängig eine Vernehmlassung durchzuführen und ohne die entsprechenden Akteurinnen und Akteure zu konsultieren.

Ich möchte auch beliebt machen, dass wir in Bezug auf die Anpassung dieser Verordnung, die die Beschleunigung zum Ziel hat, zuerst die Wirkung abwarten. Erste Pilotprojekte haben übrigens gezeigt, dass mit diesem beschleunigten Zulassungsprozess die Vergütung ab Tag null möglich ist. Ein Beispiel ist Lunsumio von Roche. Auch ohne diese Verordnungsanpassung können wir übrigens feststellen, dass die Schweiz bei den Zulassungen das drittschnellste Land Europas ist.

Ich möchte Ihnen beliebt machen, zuerst die Wirkung der Verordnungsanpassung abzuwarten und nicht ohne vorgängige seriöse Abklärung und Vernehmlassung einen neuen Zulassungsprozess einzuführen.

Ich bitte Sie, meinen Minderheitsantrag auf Streichung von Artikel 52d anzunehmen.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Für die grüne Fraktion sprechen wir jetzt über das "Krebsgeschwür" der Vorlage. Artikel 52c KVG ruft mit der Bestimmung zur Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen, mit dieser Intransparenz, fast schon zur Korruption auf.

25 Prozent der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen in den Bereich Medikamente. Von 1000 Franken, welche die Krankenkasse für Medikamente bezahlt, gehen 900 Franken als Profit an die Pharmaunternehmen. Das Parlament hat verschiedene Vorstösse für die Stärkung des Öffentlichkeitsgesetzes gutgeheissen. Der Antrag des Bundesrates für einen neuen Artikel 52c ist ein Angriff auf das Öffentlichkeitsgesetz. Der Bundesrat möchte den Zugang zu Informationen zur Höhe, zur Berechnung und zu den Modalitäten von Rückerstattungen bei Preismodellen in Zukunft verweigern können.

Der Bundesrat möchte einerseits den Zugang zur Information bezüglich der Höhe der Rückerstattung, das heisst beispielsweise bezüglich der Höhe des Betrags, den die Inhaberin der Zulassung dem Versicherer oder dem Fonds für Rückerstattungen für ein Arzneimittel zurückerstattet, vom Öffentlichkeitsgesetz ausnehmen.



Andererseits will der Bundesrat auch den Zugang zur Berechnung von Rückerstattungen ausnehmen. Davon betroffen wären auch die Herleitung und die Festlegung der Rückerstattungen. In diesem Zusammenhang würde insbesondere der Zugang zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bzw., im Arzneimittelbereich, der beiden Preisbildungskriterien – Auslandspreisvergleich und therapeutischer Quervergleich – ausgeschlossen. Der Bundesrat möchte, dass nicht auf die konkrete Höhe der Rückerstattungen geschlossen werden kann. Schliesslich würde der Zugang zu Informationen betreffend Modalitäten im Zusammenhang mit der Rückerstattung verweigert.

Vertrauliche Preismodelle wirken nicht kostendämpfend; im Gegenteil, die administrativen Kosten steigen. Schaufensterpreise dienen der Gewinnmaximierung im Ausland. Wir müssen aber auch Solidarität mit dem Ausland zeigen. Deals mit der Pharmaindustrie, welche mit den Krankenversicherungsprämien und den Selbst-behalten bezahlt werden müssen, dürfen nicht sein, schon gar nicht ohne Transparenz gegenüber den Konsumentinnen und Konsumenten, die das bezahlen müssen.

Dies war auch der Antrag der Staatspolitischen Kommission des Nationalrates. Die demokratische Kontrolle darf nicht ausgehebelt werden. Mit der Aushöhlung des Öffentlichkeitsprinzips wird ein Widerspruch zur Zweckbestimmung des Öffentlichkeitsgesetzes geschaffen. Dagegen wehrten sich in der Vernehmlassung die grüne Fraktion und genauso der Kanton Thurgau sowie der Edöb.

Wir stehen ein für Kostentransparenz im Gesundheitswesen. Der Bundesrat aber betreibt mit der fehlenden Transparenz Wirtschaftspolitik und greift in den Wettbewerb ein. Zudem macht sich der Bund erpressbar. Die Grünen stehen ein für Transparenz und nicht für geheime Deals.

Besten Dank für die Unterstützung der Minderheit II (Weichelt) betreffend Transparenz.

**Glarner** Andreas (V, AG): Mein Minderheitsantrag betrifft die Beneluxa-Geschichte und passt wunderbar zu den Ausführungen von Kollegin Weichelt. Die Erde ist eine Scheibe: So denkt man unwillkürlich, wenn man die Vorlage liest. Denn der Pferdefuss dieser Vorlage ist, dass wir uns dazu verpflichten würden, die vertraulichen Preismodelle der Pharmaindustrie umzusetzen. Genau das steht in der Antwort des Bundesrates.

Für einen Beitritt der Schweiz zur Beneluxa-Initiative setzen deren Terms of Reference ein politisches Bekenntnis voraus. Sollte die Schweiz im Rahmen der Beneluxa-Initiative Preisverhandlungen mit EU-Mitgliedstaaten führen, wäre aufgrund der unterschiedlichen Zulassungsverfahren für Arzneimittel eine Angleichung der Verfahren mit entsprechenden Anpassungen der rechtlichen Grundlagen erforderlich. Soso – wussten Sie das? Mit einem Beitritt der Schweiz wären einige Herausforderungen verbunden, insbesondere die im Vergleich zur Schweiz anderen Zulassungsprozesse und damit die Gefahr von Verzögerungen beim Vergütungsentscheid. Ebenfalls nicht möglich wäre eine vollständige Preistransparenz.

Wenn es nicht so traurig wäre, könnte man darüber lachen: Man erzählt Ihnen allen Ernstes und mit Inbrunst, dass Sie Geld sparen können, wenn Sie die Preise für ein Medikament nicht sehen. Das ist kein Witz, das glaubt auch die Mehrheit der von Lobbyisten durchseuchten Kommission, oder sie tut zumindest so. Es ist doch absurd, zu glauben, dass Ihnen jemand, der einen Preis-Deal verschweigt, etwas Gutes tun will.

Denken Sie an den Konsumentenschutz. Alle Mitglieder der SP-Delegation sind Konsumentenvertreter. Wenn irgendeine Organisation kommen und sagen würde, es funktioniere für sie nicht, wenn sie den Preis nicht verstecken dürfe –

AB 2023 N 2053 / BO 2023 N 2053

niemals würden Sie so etwas akzeptieren. Schweizer Grosshändler hatten mit einem bekannten Getränke-händler ähnliche Diskussionen. Sie wollten herausfinden, wie die Preise im Ausland aussehen. Sie wurden blockiert und gingen dann selbst ins Ausland. Plötzlich lieferte die berühmte Firma mit den zwei grossen C im Namen wieder. Es braucht ein bisschen Mut. Aber jemand muss den Winkelried spielen und sagen, dass wir dieses üble Spiel nicht mehr mitmachen. Die Konsumentenorganisationen würden Sturm laufen, wenn ein Anbieter von Publikumsprodukten dasselbe bieten würde wie hier die Pharmalobby. Eine Studie der Universität Zürich aus dem Jahr 2021, publiziert im britischen Fachmagazin "The Lancet", belegt nämlich genau das Gegenteil: Geheimpreise führen international zu höheren Medikamentenpreisen.

Wenn Sie wirklich Geld sparen wollen, wenn Sie wirklich eine Zusammenarbeit anstreben wollen, hätte ich Ihnen schon ein paar Vorschläge. Wir könnten zum Beispiel vereinbaren, dass alle in der Beneluxa-Initiative zugelassenen Medikamente auch bei uns zugelassen sind und umgekehrt. Wow, so einfach ginge das. Es liesse sich sehr viel Geld sparen. Aber das wollen natürlich viele nicht, denn sie wollen ja Swissmedic schützen und als allein selig machende Zulassungsstelle bewahren.

Sie sehen, dieser Beitritt der Schweiz zur Beneluxa-Initiative brächte ausser Kosten, Mehraufwendungen und neuen Problemen nichts. Ganz im Gegenteil: Wir würden uns verpflichten, Dinge zu übernehmen, die uns in



der Freiheit der Preisgestaltung hemmen statt endlich weiterbringen.

**Prelicz-Huber Katharina (G, ZH):** Ich gehe vor allem auf die Anträge der Minderheiten ein.

Artikel 52c ist einer der für uns wichtigsten und gleichzeitig unverständlichsten Artikel – daher der Antrag unserer Minderheit II (Weichelt). Wir verstehen zwar die Not des BAG, irgendwie günstigere Preise zu erwirtschaften. Aber wir wollen keine gesetzliche Legitimation solcher Methoden. Im Gegenteil, wir wollen hin zu sauberen Methoden. Geheime Verträge aber sind unlautere Methoden, sie gehören in den Bereich der Korruption.

Es ist offensichtlich, dass viel Spielraum vorhanden bzw. Gewinn möglich sein wird, denn auch wenn die Verträge geheim sind, werden sie nicht ohne Gewinn für die Pharma abgeschlossen werden. Übermässiger Gewinn zulasten der Gesundheit der Menschen ist aber aus unserer Sicht unethisch. Anständig verdienen darf man selbstverständlich. Aber wir wollen keine Gewinnmaximierung, die ja auch über die Medikamente realisiert wird. Der Gewinnanspruch bleibt zudem nicht auf dem gleichen Niveau; jedes Jahr soll er höher sein – das ist eben Gewinnmaximierung.

Transparenzvorschriften gelten auch für die Medikamente. Es darf keine Legitimation und kein Powerplay der Chemie mit fast schon korrupten Methoden geben. Geheim wollen sie die Verträge deshalb abschliessen, weil sie bei anderen Kunden und Kundinnen dann wieder höhere Preise erwirken können: vordergründig also teuer, hintergründig billiger. Das ist eine unwürdige Geschäftspraxis. Begründet werden die hohen Preise jeweils mit der Forschung und Entwicklung, welche die Pharma leisten muss. Da meinen wir aber, dass es mehr Mittel seitens des Bundes braucht, anstatt mit übersteuerten Medikamenten zu reagieren.

Folgerichtig ist für uns deshalb der Antrag der Minderheit II (Weichelt), diesen Artikel vollständig zu streichen. Wir wollen Transparenz und einen offenen Kampf für faire und nicht überhöhte Preise. In der zweiten Priorität werden wir die Minderheit I (Wasserfallen Flavia) unterstützen. Sie sieht wenigstens eine Begrenzung auf fünf Jahre vor, in der Hoffnung, dass nachher offene, nicht überhöhte Preise ausgehandelt sind.

Bei Artikel 52d unterstützen wir ebenfalls die Minderheit Wasserfallen Flavia. Auch hier wollen wir keine Intransparenz, keine vorschnellen, provisorischen Preise, obwohl der Antrag der Mehrheit eine mögliche Rückerstattungspflicht vorsieht. Sie hören es schon, da heisst es: "mögliche" Rückerstattungspflicht. Ist es dann sicher, dass tatsächlich zurückbezahlt wird? Ist eine Rückerstattung wirklich möglich, oder haben wir nachher einen jahrelangen Rechtsstreit? Das wollen wir sicher nicht. Die Chemie ist zudem nicht am Darben. Sie hat hohe Milliarden Gewinne, sie kann jeweils warten bis zur definitiven Aufnahme auf die Liste der zu vergütenden Medikamente, wenn dann auch die Wirtschaftlichkeit gegeben ist.

Wir Grünen unterstützen die beiden diesem Block zugehörigen Vorstösse der SGK. Die Motion 23.3503, "Zugang zu Orphan Drugs" – das sind Medikamente für seltene Krankheiten –, ist für uns ein wichtiger Punkt. Wir wollen, dass hier bezüglich der Wirksamkeit und bezüglich des Preises gut zusammengearbeitet wird. Ebenfalls unterstützen wir das Postulat 23.3505. Es ist für uns sinnvoll, der Beneluxa-Initiative beizutreten, um auch hier eine verstärkte internationale Zusammenarbeit bezüglich der Medikamente sicherstellen zu können, damit endlich überall auf der Welt die Möglichkeit des Zugangs zu erschwinglichen Medikamenten gewährleistet ist. Sie wissen, es gibt Länder, wo sich die Menschen Medikamente nicht leisten können. Medikamente sind auch hier teuer, aber an anderen Orten sind sie im Verhältnis noch teurer. Deshalb unterstützen wir das.

**Präsident (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident):** Die SVP-Fraktion verzichtet auf ein Votum.

**Mäder Jörg (GL, ZH):** Ich rolle diesen Block von hinten auf, so als mentale Gymnastikübung.

Die Versorgungssicherheit ist für uns ein wichtiges Thema. Die Schweiz ist zwar stark, was die Kaufkraft anbelangt, aber klein bezüglich der Marktgrösse. Die Beneluxa-Initiative ist eine internationale Zusammenarbeit im Arzneimittelbereich, und da wir Grünliberalen keine allergischen Reaktionen auf andere Länder haben, ist es für uns eine prüfenswerte Idee, hier mitzumachen. Das ist ein Postulat, ein Auftrag für eine Abklärung, kein mit Blut unterzeichneter Unterwerfungsvertrag: Stimmen Sie doch bitte mit der Mehrheit.

Auch die Motion zu den Orphan Drugs unterstützen wir. Es geht um seltene Krankheiten. Diese Seltenheit macht gewisse Prozesse schwieriger, insbesondere bezüglich der Datenlage, der Datenmenge. Aber auch das Interesse der Hersteller ist aufgrund der vermuteten kleinen Nachfrage nicht immer so gross. Dementsprechend braucht es eine leicht andere Herangehensweise. Die Industrie übrigens begrüsst diesen Vorstoss, von einzelnen Ausnahmen abgesehen. Wie es hier bei diesem Thema eine Minderheit geben kann, ist mir schleierhaft – aber ja, manchmal ist Politik so –, es sei denn, man sieht überall Gespenster und Mengenausweitungen anstatt Chancen, Menschen in Not zu helfen.

Bei Artikel 52d sind wir, wie übrigens im ganzen Block 2, bei der Mehrheit. Es geht darum, dass Produkte, die von Swissmedic zugelassen sind, möglichst rasch beim Patienten ankommen. In diesem Moment sind die



medizinischen Fragen geklärt; das ist der Job von Swissmedic. Noch offen sind der Preis und die Abrechnung; das ist das Feld des BAG. Es kann doch aber nicht sein, dass Verhandlungen zwischen dem Hersteller und dem BAG dazu führen, dass Patientinnen und Patienten warten müssen. Natürlich ist das nachträgliche Verhandeln von Preisen nicht einfach, vielleicht sogar schwieriger. Aber das ist das kleinere Übel, als der Bevölkerung dringend erwartete Behandlungen vorzuenthalten. Ich begreife die Minderheit hier wirklich nicht. Nun zum Finale dieser Vorlage: Nein, es ist nicht unbedingt der wichtigste Artikel oder Antrag, aber derjenige, der die besten Schlagzeilen generiert. Ein paar einfache Sätze, die der Wahrheit entsprechen, und schon ist der Minderheitsantrag gut begründet. Der Trick dabei ist, dass man nur das erwähnt, was die eigenen Mühen antreibt. Ich will daher offen und direkt sein: Die aktuelle Situation bezüglich der Preisfindung von einigen Medikamenten ist eine Katastrophe, ja schon fast eine Schande. Medikamentenpreise werden international argwöhnisch betrachtet und über Landesgrenzen hinweg verglichen. So weit, so gut. Damit die einzelnen Staaten aber noch bessere Preise aushandeln können, gibt es das Übel der Schaufensterpreise. Das sind Preise, die man nach aussen zeigt, während man nach innen noch weitere Rabatte gibt, Rabatte, deren Höhe die anderen nicht erfahren dürfen. Das ist intransparent, das ist schlecht, das muss sich ändern.

**AB 2023 N 2054 / BO 2023 N 2054**

Das kann man aber nur ändern, wenn man koordiniert und international abgestimmt vorgeht. Wer sich als Erster bewegt, läuft ins offene Messer und muss die Schaufensterpreise zahlen, oder er bekommt nichts und gefährdet somit seine Versorgungssicherheit. Wir fordern den Bundesrat mit aller Eindringlichkeit auf, international Druck zu machen und Verbündete zu suchen, die dieses Trauerspiel beenden wollen. Es muss bessere Wege geben, um in verschiedenen Ländern vernünftige, nachvollziehbare Preise zu finden, ohne das Öffentlichkeitsprinzip zu opfern.

Aber hier und jetzt den Winkelried zu spielen, wäre fatal. Idealismus ist hier leider fehl am Platz; nötig ist Realpolitik, auch wenn sie stinkt. Wenn wir hier den Bundesrat mit den Vorgaben gemäss Minderheit in den Kampf schicken, hat er keine Lanze in der Hand, um für bessere Preise zu kämpfen, sondern einen Zahnstocher. Wir müssen hier strategisch denken und nicht kurzfristig populistisch, auch wenn es uns alle würgt.

**Nantermod Philippe (RL, VS):** Dans le bloc 2, il est question du nouveau modèle de prix pour les médicaments. Dans la plupart des pays de l'Union européenne, il y a un prix public des médicaments qui n'est, en réalité, pas le prix payé par les assurances-maladies ou les assureurs publics lorsque les médicaments sont consommés. Le prix public sert en réalité à positionner notamment l'industrie pharmaceutique, en lui permettant, quand elle est implantée dans ce pays, d'exporter à des prix plus intéressants.

Pour un pays comme la Suisse, il est naturellement important pour l'industrie pharmaceutique de disposer d'un prix public qui soit attractif.

Le souci auquel nous faisons face en Suisse, c'est que le prix public est jusqu'ici le prix payé; il y a une transparence totale. Nous faisons face ainsi à un dilemme des plus importants pour la Suisse, étant donné qu'il est important de disposer d'un prix public élevé, mais en même temps aussi de disposer d'un prix réellement payé qui soit le plus bas possible dans l'intérêt des assurés.

Face à ce dilemme entre une volonté de transparence absolue et une volonté de réduire les coûts de la santé, le groupe libéral-radical choisit la voie du pragmatisme, surtout dans la semaine qui a vu l'augmentation des primes d'assurance-maladie la plus élevée de ces dernières années. Nous choisissons ainsi de permettre qu'un prix public soit adopté et que des ristournes soient négociées entre les assureurs et l'industrie pharmaceutique, via l'Office fédéral de la santé publique. Toutefois, pour que cette ristourne puisse se faire, il faut naturellement que son montant particulier ne soit pas annoncé, auquel cas le prix public deviendrait en réalité le prix payé au final; le prix public n'aurait alors plus de sens.

Nous comprenons les arguments de celles et ceux qui s'offusquent de cette limitation du principe de transparence. Toutefois, il y a un moment où nous devons choisir entre la voie pragmatique d'une réduction des coûts et la voie idéologique d'une transparence absolue dans l'ensemble du système de santé. Du point de vue du groupe libéral-radical, il est temps aujourd'hui de prendre des mesures efficaces pour réduire le coût des médicaments.

Le modèle de prix concerne aussi les thérapies innovantes, ces médicaments qui permettent de soigner par exemple des cancers, qui ne sont pas encore autorisés ou qui sont sur le point de l'être et dont le prix n'a pas encore été négocié.

La disposition de l'article 52d permet d'adopter un prix provisoire qui permettra de rembourser immédiatement ces médicaments dans l'intérêt du patient, et le prix définitif sera fixé deux ans après l'admission de ce prix provisoire, en appliquant le principe "pay for performance", c'est-à-dire de la performance du médicament en



faveur de l'assuré. Ce sont des solutions pragmatiques, négociées entre les acteurs de la santé, qui permettent de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins pour les patients. Pour le groupe libéral-radical, c'est une voie à suivre.

Le groupe libéral-radical soutiendra aussi la proposition de la majorité concernant la motion 23.3503 pour les médicaments orphelins – il s'agit de lutter plus efficacement contre les maladies rares – et il soutiendra aussi le postulat 23.3505 pour adhérer à l'initiative Beneluxa qui concerne les petits pays comme le nôtre dans l'accès aux médicaments internationaux.

Au vote sur l'ensemble, le groupe libéral-radical soutiendra le vote sur le deuxième volet de mesures, quand bien même nous souhaiterions des mesures plus efficaces, entre autres sur le catalogue de prestations et sur les franchises, pour reprendre les mots du ministre de la santé au début du débat. Nous accepterons ce paquet, parce qu'il faut prendre toutes les initiatives possibles pour limiter les coûts dans le domaine de la santé et faire en sorte que le système reste abordable.

**Hess** Lorenz (M-E, BE): Die Mitte-Fraktion empfiehlt Ihnen, hier in Block 2 der Mehrheit der Kommission zu folgen und auch die beiden Vorstösse anzunehmen.

Zu Artikel 32 Absatz 3 und Artikel 52 Absatz 4, differenzierte WZW-Prüfung: Wir sind der Ansicht, dass die vom Bundesrat vorgesehene Formulierung eines neuen Artikels 32 Absatz 3 eher unklar ist und es auch fraglich ist, ob das Gesetz die richtige Regelungsstufe ist. Sie schafft auch Rechtsunsicherheit. Mit der sehr offenen Formulierung im Entwurf des Bundesrates gäbe das Parlament dem Bundesrat bzw. dem BAG sehr weitreichende Kompetenzen. Eine solche weitreichende Delegationsnorm würde den Einfluss des Gesetzgebers sehr stark schwächen. Der Antrag der SGK-N ist zielführender, er erlaubt dem Bundesrat, Leistungen teilweise oder ganz von der Prüfung auszunehmen. Die Bestimmung in Artikel 52 Absatz 4 schafft zudem Klarheit und gibt dem BAG die Vorgabe, wann eine gänzliche Ausnahme von der Prüfung der WZW-Kriterien möglich ist. Arzneimittel sollen nur dann ganz von der Überprüfung ausgenommen werden, wenn sie einen geringen Umsatz aufweisen oder die Versorgung gefährdet ist.

Zu Artikel 52c, zur Semivertraulichkeit von einigen wichtigen Preismodellen: Wir empfehlen hier, der Mehrheit zu folgen und die Anträge der Minderheit I (Wasserfallen Flavia) und der Minderheit II (Weichelt) abzulehnen. Die Art und Weise, wie Preise heute festgelegt werden, ist gerade für moderne, hochinnovative Medikamente eindeutig veraltet. Daher gibt es einen massiven Stau bei den Aufnahmen in die Spezialitätenliste. Letztlich hat das zur Folge, dass Patienten und Patientinnen immer länger auf den Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten warten. Preismodelle helfen in Situationen, in denen herkömmliche Preisfestsetzungsmechanismen versagen. Sie sind internationale Praxis und ermöglichen einen raschen Zugang zu neuen, innovativen Therapien in Situationen, in denen es noch Unsicherheiten bezüglich der Vergütung gibt.

Die allermeisten solcher Preismodelle sind vollständig transparent, nur in einigen wenigen Fällen kann ein Preismodell semitransparent sein. Damit die wenigen semivertraulichen Preismodelle noch stärker überwacht werden, sieht die Mehrheit der SGK, welche wir unterstützen, eine unabhängige Stelle vor, welche die Umsetzung von Preismodellen untersucht und die daraus resultierenden Gesamtersparnisse für das Gesundheitswesen aggregiert öffentlich macht. Die Mitte-Fraktion ist mit der Mehrheit der Meinung, dass damit die berechtigten Anliegen für Transparenz aufgenommen wurden. Der Mehrheitsantrag liefert mit der unabhängigen Stelle auch einen sinnvollen Kompromiss.

Zu Artikel 52d, zur vorläufigen Vergütung von Medikamenten mit dem Rückerstattungsmechanismus: Preismodelle können dazu beitragen, einen schnellen und breiten Zugang zur Versorgung der Patienten und Patientinnen zu sichern. Doch das alleine reicht nicht. Der ordentliche Prozess der Vergütung muss, so wie vorgeschlagen, umfassend modernisiert und beschleunigt werden, damit eben Patienten nicht zu lange warten müssen und einen schnellen und vor allem gleichberechtigten Zugang zu benötigten Arzneimitteln erhalten.

Die Mehrheit beantragt daher, dass zum Zeitpunkt der Zulassung durch Swissmedic sofort ein vorläufiger Preis durch das BAG gesetzt und das Medikament in die Spezialitätenliste aufgenommen wird. Das BAG hat dann zwei Jahre Zeit, um einen definitiven Preis festzulegen. Die Preisdifferenz zwischen dem vorläufigen und dem definitiven Preis muss von der Herstellerfirma zurückerstattet werden. Das hat zum einen den Effekt, dass die Patientinnen und Patienten sofort

AB 2023 N 2055 / BO 2023 N 2055

nach der Zulassung den Zugang haben, und zum andern hat das BAG länger Zeit, um die nötigen Verhandlungen zu führen. Wenn damit Patientinnen und Patienten weniger lange in Spitalpflege verbleiben, weil sie zu den neuen Medikamenten Zugang haben, ist das hier auch ein potenzieller Kostensenkungsfaktor.

Ich bitte Sie, jeweils der Mehrheit zuzustimmen und die beiden Vorstösse anzunehmen.





**Bläsi** Thomas (V, GE): Cher collègue, pour illustrer la fixation du prix des médicaments et la capacité de l'obtenir, je prendrai un exemple précis: dans le cadre du traitement de l'hépatite C, on a des médicaments qui peuvent l'éradiquer à 98–99 pour cent. Malheureusement, le remboursement est conditionné à un certain degré d'atteinte du patient par la maladie. Est-ce vraiment juste pour les patients de devoir être atteints à un certain degré dans leur santé pour être autorisé à accéder aux médicaments par le médecin-conseil des assurances?

**Hess** Lorenz (M-E, BE): Wenn ich die Frage richtig verstanden habe, sprechen Sie von der Wartezeit der Patienten bis zum Zugang zum Medikament. Ist das richtig?

**Bläsi** Thomas (V, GE): Je parle du conditionnement au remboursement par les assurances-maladie d'un certain degré d'atteinte du patient dans sa santé pour pouvoir déclencher le remboursement.

**Hess** Lorenz (M-E, BE): Nein, dort sollte es natürlich auch keine zusätzliche Verzögerung geben, genauso, wie es eben nach der Zulassung auch keine Verzögerung von ein bis zwei Jahren geben sollte. Das trifft auf beide Bereiche zu.

**Meyer** Mattea (S, ZH): Die einen Menschen ächzen unter der Prämienexplosion, für andere ist die Gesundheitsversorgung ein Big Business – allen voran für die Pharmakonzerne. Medikamente machten 2022 rund 22 Prozent der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung aus. Hier spielen vor allem auch hochpreisige Medikamente eine wichtige Rolle, die zum Kostenwachstum beitragen. Pharmakonzerne, die hochspezialisierte, hochpreisige Arzneimittel anbieten, zum Beispiel für eine Krebstherapie oder gegen seltene Krankheiten, haben eine unglaubliche Macht. Sie können aus ihrer Monopolstellung heraus Preise in einem Bereich verlangen, in dem über Tod oder Leben entschieden wird. Sie streichen dann eine Gewinnmarge von bis zu 90 Prozent ein.

Diese international tätigen, profitorientierten Konzerne sitzen am längeren Hebel als die Länder, welche die Preise ebenfalls mitverhandeln. Die Konzerne haben nämlich nicht nur eine Monopolstellung, sondern auch einen Informationsvorsprung, weil sie ja an allen Verhandlungstischen in allen Ländern sitzen. Mittlerweile haben die meisten Länder bei vielen hochpreisigen Medikamenten sogenannte Preismodelle. Die Schweiz hat gar keine andere Wahl, als diese weitverbreitete Praxis auch mitzumachen. In der Botschaft des Bundesrates heisst es nämlich sehr klar: Macht die Schweiz nicht mit, müssen entweder überhöhte Preise akzeptiert werden, oder der Zugang zu neuen, innovativen Arzneimitteln für schwerstkranke Menschen kann nicht mehr oder nur stark verzögert gewährleistet werden.

Das Hauptproblem liegt bei der vertraulichen Preisabsprache, die rund die Hälfte dieser etwa hundert Arzneimittel mit Preismodellen betrifft. Das funktioniert dann so: Gegen aussen wird ein völlig überhöhter Schaufensterpreis genannt, in vertraulichen Verhandlungen wird mittels Rabatten oder Rückerstattungen der effektiv vergütete Preis vereinbart. Die international festgelegten, in der Schweiz für den Auslandspreisvergleich gültigen Preise entsprechen dann nicht den effektiv bezahlten. Das gilt umgekehrt auch für die Länder, die sich auf den Schaufensterpreis der Schweiz berufen.

"Geheim" bedeutet: Informationen zu Preismodellen – wie hoch die Rückerstattung ist, wie hoch der Rabatt ist usw. – sollen nicht öffentlich zugänglich gemacht werden. Das Öffentlichkeitsprinzip soll also ausser Kraft gesetzt werden. Das ist höchst bedenklich. Hier soll eine Spezialbestimmung in einem einzigen Feld geschaffen werden, bei dem privatwirtschaftliche, profitorientierte Interessen über die Interessen der Öffentlichkeit und über den Grundsatz der Transparenz gestellt werden. Die SP-Fraktion stimmt deshalb dem Minderheitsantrag II (Weichelt) zu. Die aktuellen Ausnahmeregelungen reichen aus.

Wir können auch einen Kompromissvorschlag machen, und zwar in Form des Minderheitsantrages I (Wasserfallen Flavia). In einem Zeitraum von fünf Jahren sollen solche vertraulichen Preisabsprachen möglich sein, aber nicht länger. Dieser Kompromissantrag ermöglicht es, dass der Bund in diesen fünf Jahren Gespräche führt, sodass es eine bessere internationale Kooperation gibt. Daher unterstützen wir auch das Postulat "Beitritt zur Beneluxa-Initiative", um so endlich eine verstärkte internationale Zusammenarbeit im Arzneimittelbereich zu erreichen. Die Schweiz soll gemeinsam mit den anderen Ländern, indem diese sich zusammenschliessen, mehr Transparenz und vor allem auch mehr Verhandlungsmacht gegenüber Pharmakonzerne erhalten.

Ich bitte Sie zudem, dem Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia zu Artikel 52d zuzustimmen. Eine provisorische Preissetzung für Arzneimittel ab Tag null der Zulassung wirft neue Fragen auf und erhöht auch das Risiko, dass zu hohe Preise bezahlt werden.

Pharmakonzerne sollen nicht mehr länger am längeren Hebel sitzen und nach dem Prinzip funktionieren: Zahl oder stirb! Die Länder müssen vielmehr die Macht haben, darüber zu entscheiden, wie sie den Patientinnen



und Patienten am besten helfen können und wie sie den bestmöglichen Zugang zu diesen Medikamenten, die für schwerstkranke Menschen lebensnotwendig sind, gewähren können. Aber das soll bitte zu einem Preis geschehen, der akzeptabel und wegen solcher Geheimabsprachen nicht komplett überrissen ist.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Je vais me concentrer sur quelques éléments de ce bloc 2. Tout d'abord, les modèles de prix. Ces derniers sont des accords qui favorisent l'accès de la population à une technologie de la santé à certaines conditions. Lorsqu'il subsiste encore un doute quant à l'efficacité d'un nouveau médicament, l'Office fédéral de la santé publique peut obliger les entreprises pharmaceutiques à rembourser une partie du prix publié dans la liste des spécialités. Ces modèles de prix sont nécessaires, parce que ce n'est que de cette manière que de nouveaux médicaments – vitaux, mais très chers – pourront être accessibles à toute la population. Nous devons partir du principe que, sans ces modèles de prix, les coûts totaux des médicaments seraient de 250 millions de francs plus élevés.

Votre commission a réservé un bon accueil à cette proposition, mais elle a ajouté une condition un peu "spéciale" selon laquelle un modèle de prix ne peut intervenir que lorsqu'une entreprise pharmaceutique en fait la demande. C'est un peu particulier, et cette condition nous paraît problématique dans la mesure où elle donne beaucoup trop de pouvoir aux entreprises pharmaceutiques, car elles pourraient refuser un modèle de prix qui leur serait défavorable. Cela correspond à une modification de la situation actuelle, où le titulaire de l'autorisation n'a pas le droit de refuser un modèle de prix et où, d'un point de vue juridique, c'est à l'Office fédéral de la santé publique, en sa qualité d'autorité de décision, qu'il revient de déterminer si le modèle de prix doit être appliqué et ce qu'il doit contenir. La proposition du Conseil fédéral nous semble donc meilleure. Je constate qu'il n'y a pas de proposition de minorité sur ce point et je renonce à demander un vote. Mais je tenais à vous indiquer que nous allons continuer à discuter de ce sujet dans le second conseil.

Le deuxième élément concerne la confidentialité des informations relatives aux restitutions liées aux modèles de prix. La mise en oeuvre de modèles de prix confidentiels dans le cadre du remboursement de médicaments est une pratique très largement répandue en Europe, et, d'ailleurs, dans beaucoup de pays de l'OCDE – et peut-être même dans tous. Dans ce cadre, alors que tout le monde le fait, mais que l'on pourrait trouver que cela n'est pas souhaitable, le Conseil fédéral a dû, avec une très grande attention, procéder à une pesée des intérêts visant à constater les conséquences d'une

AB 2023 N 2056 / BO 2023 N 2056

transparence complète sur l'accès des médicaments d'importance vitale et extrêmement coûteux.

De ce point de vue, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion que, vu ce contexte international, avec lequel nous devons évidemment travailler, et vu la situation en Suisse, dans des cas exceptionnels, l'accessibilité à des médicaments à des coûts raisonnables est plus importante qu'une complète transparence. On essaie de trouver un système dans lequel on peut garantir l'accès à ces médicaments. Sur cette base, une exception au principe de la transparence est nécessaire pour garantir cette confidentialité. C'est également ce qu'a considéré la majorité de votre commission. Une minorité II (Weichelt) demande de biffer cette possibilité.

J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission.

Pour l'article 52d – et ce sera quasiment le dernier point – qui concerne la rémunération provisoire de médicaments, votre commission a proposé une nouvelle disposition qui permet une prise en charge dès l'autorisation par Swissmedic. Je vous rappelle, sans vouloir apporter trop de détails, que cette nouvelle disposition n'est pas nécessaire. Dans ces conditions, pour éviter de charger la loi avec des dispositions inutiles, vous pouvez suivre la proposition de la minorité Wasserfallen Flavia.

Pour terminer, je vous invite à rejeter la motion 23.3503 qui vous est soumise. Je ne répéterai pas l'argumentation écrite du Conseil fédéral à son sujet. Si vous souhaitez adopter le postulat 23.3505 visant à examiner plus attentivement une adhésion de la Suisse à l'initiative Beneluxa, telle que le propose la majorité de votre commission, le Conseil fédéral ne va pas s'y opposer.

**Roduit** Benjamin (M-E, VS), pour la commission: Dans ce deuxième bloc, nous avons à traiter cinq propositions de minorité. Les deux premières ont trait au fameux rabais dit "confidentiel" de l'article 52c. La position de la majorité de la commission est claire: il s'agit de garantir l'accès en Suisse à des médicaments innovants onéreux. Là nous touchons du doigt une mission importante de l'Etat: assurer, avant tout, l'approvisionnement du pays en médicaments. Tous les pharmaciens vous diront qu'il y a aujourd'hui pénurie, et que près de 10 pour cent des médicaments pourtant reconnus par Swissmedic ne sont pas disponibles. Le délai d'attente est trop long et souvent les commandes se font, dans les pays voisins comme l'Allemagne, par Internet. C'est une réalité tout aussi problématique qu'une soi-disant absence de transparence. Celle-ci, dans le projet,



est d'ailleurs contrôlée, puisqu'un organisme indépendant est prévu. Il devra s'assurer de l'efficacité et de l'économicité des modèles de prix mis en oeuvre.

Dans ce sens, la commission recommande, par 15 voix contre 8 et 1 abstention, de rejeter la minorité II (Weichelt) qui veut biffer cette disposition ainsi que la minorité I (Wasserfallen Flavia), par 15 voix contre 9, qui veut limiter sa durée de validité à cinq ans. Ce serait oublier qu'un produit est sans cesse amélioré par les fabricants en fonction des retours des médecins et de l'évolution du marché et que fixer une durée n'est pas pertinent.

Concernant la rémunération provisoire de médicaments à l'article 52d, la majorité de la commission propose, par 17 voix contre 8, de soutenir cette mesure qui permettra que les médicaments innovants et onéreux, par exemple dans le cas de maladies rares – j'y reviendrai plus tard en parlant de la motion –, soient rapidement mis à disposition des patients. Aujourd'hui, entre l'inscription par Swissmedic sur la liste des médicaments reconnus et la fixation du prix par l'OFSP, il peut y avoir un écart de plus d'une année. Pendant ce temps, des patients souffrent et même, dans certains cas, meurent. Cela n'est pas admissible. La question du prix est certes importante, mais elle ne doit pas nuire à l'efficacité de nos prestations. La proposition, discutée notamment avec Interpharma, mérite d'être soutenue.

Enfin, il s'agit de se déterminer sur une motion et un postulat. La première – j'en ai parlé –, la motion de commission 23.3503, "Accès aux médicaments orphelins", dans le prolongement de l'article 52, vise à ce que les négociations et les conditions d'accès aux médicaments orphelins fassent l'objet de dispositions particulières, tant il y a urgence sanitaire et financière pour les patients concernés. Un seul exemple: pendant des années, le médicament Trikafta, le seul à ce jour efficace contre la mucoviscidose, était hors de prix et, en plus, limité aux adultes. La non-prise en charge de ce type de médicament par l'assurance obligatoire des soins et surtout la lenteur affligeante des procédures n'est plus acceptable.

Pour cette raison, la commission vous recommande, par 13 voix contre 7 et 5 abstentions, de rejeter la minorité Schlöpfer, qui ne veut pas en entendre parler.

Quant au postulat, dont le dépôt a été accepté par 18 voix contre 6 et 1 abstention, il vise à renforcer notre collaboration internationale, qui est la réalité pour tous les fabricants dans le domaine pharmaceutique. En adhérant à l'initiative Beneluxa – ou en tout cas en y réfléchissant –, il sera plus facile de comparer les prix, puisque c'est ce que l'on réclame bien souvent, et surtout d'assurer notre approvisionnement en cas de resserrement.

Comme vous l'avez fait lors de l'examen du bloc 1, je vous recommande, au nom de la majorité de la commission, de soutenir toutes ces mesures, qui tiennent compte des trois critères d'efficacité, en matière d'approvisionnement et de délais, d'adéquation – par exemple les maladies rares –, et bien sûr d'économicité.

**Bläsi** Thomas (V, GE): Cher collègue, dans les mesures d'économies prévues par la commission, je m'étonne de ne pas en trouver une qui concernerait les médicaments en pénurie à l'heure actuelle, car on en brûle des tonnes, parce que les dates de péremption indiquent que ces médicaments ne sont plus valables, alors même que pour certains principes actifs, on sait qu'ils seront toujours actifs à 98 pour cent après presque cent ans. Est-il encore raisonnable de détruire des médicaments qui, par ailleurs, sont en pénurie sur le marché, alors qu'ils pourraient tout à fait être efficaces pendant de nombreuses années?

**Roduit** Benjamin (M-E, VS), pour la commission: Cher collègue, je vous remercie de votre question. Vous avez certainement remarqué que, dans le premier bloc, nous avons mis en place des mesures, que vous avez acceptées, qui débouchent sur de réelles économies. Dans ce deuxième bloc, il s'agit surtout d'assurer l'approvisionnement et la qualité, étant donné l'application de ces mesures.

**Silberschmidt** Andri (RL, ZH), für die Kommission: Ich komme zuerst zu den unbestrittenen Punkten.

Ihre Kommission wünscht wie der Bundesrat bei Artikel 32 Absatz 3 eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien. Die Kommission will aber keinen Blankocheque ausstellen, dass Ausnahmen generell möglich sind. Die Kommission hat den Bundesrat dahin gehend eingeschränkt, dass Ausnahmen von der periodischen Preisüberprüfung dort möglich sein sollen, wo die Preise schon sehr tief sind, gegen null gehen, und dort, wo die Versorgungssicherheit gefährdet wird. Ihre Kommission hat das mit 21 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen beschlossen.

Unbestritten respektive ohne Minderheitsantrag ist auch eine Anpassung von Artikel 33 Absatz 6. Hier geht es um die Vergütung von Impfungen. Ihre Kommission will das Prozedere vereinfachen, sodass vor allem eine Kommission zuständig ist. Wir haben dies mit 15 zu 0 Stimmen bei 7 Enthaltungen beschlossen.

Weiter fordert Ihre Kommission ohne Minderheitsantrag bei Artikel 52b, dass es Preismodelle respektive Rückerstattungen nur dann geben soll, wenn der Zulassungsinhaber dies beantragt. Der Hintergrund dieses Antra-



ges ist, dass das BAG Preismodelle nicht quasi aufzwingen können soll. Natürlich kann heute gesagt werden, dass das nicht die geltende Praxis sei. Aber es kann durchaus sein, dass sich das ändert. Hier wollen wir sicherstellen, dass diese Preismodelle Ausnahmen sind und sie nur auf Antrag der Zulassungsinhaberinnen möglich sind. Wir haben diese Ergänzung in Artikel 52b mit 13 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung beschlossen. Ich komme jetzt zur Vertraulichkeit von Preismodellen. Ja, es ist ja heute schon so, dass es sogenannte Preismodelle

AB 2023 N 2057 / BO 2023 N 2057

für innovative und hochpreisige Medikamente gibt. Bei diesen Preismodellen läuft es so, dass es einen Listenpreis gibt, der öffentlich einsehbar ist und den alle kennen. Dann gibt es aber die Möglichkeit, einen Mindestrabatt von 25 Prozent zu gewähren. Dieser Mindestrabatt führt dazu, dass wir heute bis zu 300 Millionen Schweizerfranken pro Jahr weniger ausgeben für hochpreisige Medikamente. Jetzt kann man das schlecht finden und verunmöglichen. Eine vollständige Transparenz bei diesen Rabatten würde aber einfach dazu führen, dass es sie nicht mehr gäbe, sondern nur noch die Vergütung nach dem Listenpreis. Dann hätten wir zwar eine vollständige Transparenz, aber knapp 300 Millionen Franken an Mehrkosten gegenüber dem Status quo. Die Frage ist: Wollen wir, dass es in einem Kostendämpfungspaket am Schluss zu Mehrkosten von mehreren hundert Millionen Franken kommt oder nicht?

Ihre Kommission ist der Ansicht, dass diese Ausnahmen von der Transparenz einerseits im Interesse der Prämienzahlenden sind – ich habe es erwähnt, wir sparen bis zu 300 Millionen Franken pro Jahr –, andererseits aber auch im Interesse der Patienten, weil Preismodelle ermöglichen, dass innovative Medikamente früher auf den Schweizer Markt kommen. Wenn Kollegin Weichelt diese Bestimmung nun als "Krebsgeschwür" betitelt, dann kann ich nur antworten: Ja, es geht bei innovativen Medikamenten unter anderem um die Bekämpfung von Krebs. Wenn eine Bestimmung dazu führen kann, dass die Innovationen früher in der Schweiz zur Verfügung stehen, dann ist das unserer Meinung nach eine gute Sache.

Ihre Kommission ist aber auch der Ansicht, dass es eine Kontrolle über diese Preismodelle braucht. Sie schlägt deshalb vor, dass es eine unabhängige Kommission geben soll, welche regelmässig Bericht über die Preismodelle erstattet. Das war nicht bestritten, dazu gibt es keine Minderheit.

Weiter will die Kommission, neben der unabhängigen Kommission, dass wir den Bundesrat mittels eines Postulates beauftragen, den Beitritt zur Beneluxa-Initiative zu prüfen. Man kann all diese Schaufensterpreise, generell die Preisfestsetzung in der Tat kritisieren, aber wir sollten nicht das einzige Land sein, das dann einfach mehr bezahlt als alle anderen, sondern wir sollten das koordiniert im Zusammenhang mit dieser Beneluxa-Initiative anschauen.

Über Artikel 52c haben wir folgendermassen abgestimmt: Die Ergänzung um eine Sunset-Klausel, gemäss jetziger Minderheit I (Wasserfallen Flavia), wurde mit 15 zu 9 Stimmen abgelehnt; die Streichung der Bestimmung, gemäss jetziger Minderheit II (Weichelt), wurde mit 15 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.

Ich komme zum Zugang zu Medikamenten ab Tag null ihrer Zulassung: Heute ist es so – Kollege Mäder hat das schon gut ausgeführt –, dass es einerseits die Swissmedic gibt, welche für die Zulassung der Medikamente zuständig ist, und dass es andererseits das BAG gibt, das für die Preissetzung zuständig ist. Es kann heute vorkommen, dass es, nachdem ein Medikament zugelassen wurde, mehrere Monate, wenn nicht Jahre dauert, bis es für alle in der Schweiz verfügbar ist. Zwischen der Zulassung und der Preisfestsetzung gibt es nur die Einzelfallvergütung, das heisst, die Krankenversicherungen entscheiden im Einzelfall, ob ein Medikament vergütet wird oder nicht.

Ihre Kommission will nun mit der Ergänzung von Artikel 52d erreichen, dass in Zukunft ein Medikament, das zugelassen wird, ab dem Tag der Zulassung einen provisorischen Preis erhält und somit für alle in der Schweiz verfügbar ist. Diesen provisorischen Preis legt das BAG fest. Das ist sehr wichtig: Es geht da nicht um ein Wunschkonzert der Pharmaindustrie, sondern es geht darum, dass das BAG einen provisorischen Preis festlegt. Dieser wird dann so lange vergütet, bis der endgültige Preis verhandelt wurde. Die Differenz wird entweder der Pharmaindustrie vergütet, oder die Industrie muss sie zurückzahlen, je nachdem, ob der provisorische Preis zu hoch oder zu tief angesetzt war.

Die Minderheit Wasserfallen Flavia will diese Bestimmung streichen. Sie begründet ihren Minderheitsantrag damit, dass betreffend Zugang mit "early access" und "early dialogue" bereits Fortschritte erzielt wurden. Zudem befürchtet sie mit einer solchen Bestimmung Mehrkosten. Ihre Kommission hingegen hat mit 17 zu 8 Stimmen beschlossen, diesen Zugang ab Tag null zu gewähren.

Ich danke Ihnen, wenn Sie hier überall der Kommissionsmehrheit folgen.

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Wir kommen zur Beschlussfassung und kehren dafür zum



Bundesgesetz über die Krankenversicherung zurück.

**Art. 18 Abs. 2septies**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 18 al. 2septies**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 32 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Der Bundesrat kann Leistungen von der periodischen Überprüfung nach Absatz 2 ausnehmen.

**Art. 32 al. 3**

*Proposition de la commission*

Le Conseil fédéral peut exempter certaines prestations d'un réexamen périodique au sens de l'alinéa 2.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 33 Abs. 6**

*Antrag der Kommission*

Bei der Bezeichnung prophylaktischer Impfungen ist von den Kommissionen nach Absatz 4 nicht mehr als eine Kommission beizuziehen.

**Art. 33 al. 6**

*Proposition de la commission*

Sur les commissions visées à l'alinéa 4, pas plus d'une ne doit être consultée lors de la désignation des vaccinations prophylactiques.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 42 al. 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1 Einleitung*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 4*

Das BAG kann Arzneimittel der Liste gemäss Absatz 1 Buchstabe b von der periodischen Überprüfung gemäss Artikel 32 Absatz 2 ganz ausnehmen, wenn diese einen geringen Umsatz aufweisen oder die Versorgung gefährdet ist.



**Art. 52**

*Proposition de la commission*

*Al. 1 introduction*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 4*

L'OFSP peut exclure tout réexamen périodique au sens de l'article 32 alinéa 2, pour les médicaments figurant sur la liste prévue à l'alinéa 1 lettre b, si ces derniers présentent un faible chiffre d'affaires ou si l'approvisionnement est menacé.

*Angenommen – Adopté*

AB 2023 N 2058 / BO 2023 N 2058

**Art. 52b**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

... kann das BAG auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

*Abs. 2*

... das zuständige Bundesamt auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

*Abs. 3–6*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 52b**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

... l'OFSP peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

*Al. 2*

... l'office fédéral compétent peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

*Al. 3–6*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52c**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

Das BAG publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 52b.

*Antrag der Minderheit I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Gemäss Mehrheit

*Antrag der Minderheit II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Streichen

**Art. 52c**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral



Al. 3

L'OFSP publie régulièrement un rapport, réalisé par un organisme indépendant, sur la mise en oeuvre des modèles de prix selon l'article 52b.

*Proposition de la minorité I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Selon majorité

*Proposition de la minorité II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Die Abstimmungen gelten auch für Ziffer 1 Artikel 14quinquies Absätze 2 bis 4, Übergangsbestimmung, Ziffer III Übergangsbestimmungen Absatz 5 und Ziffer IV Absatz 3.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27625)

Für den Antrag der Mehrheit ... 114 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 75 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27626)

Für den Antrag der Mehrheit ... 110 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 78 Stimmen

(3 Enthaltungen)

**Art. 52d**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

*Abs. 1*

Produkte nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut einen "fast track"-Status erhalten haben, werden auf Antrag der designierten ZulassungsinhaberIn per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b.

*Abs. 2*

Das BAG entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer provisorischen Aufnahme gemäss Absatz 1 über eine allfällige definitive Aufnahme in die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b. Das BAG geht wie folgt vor:

a. Ist die ZulassungsinhaberIn mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG einverstanden, heisst das BAG die definitive Aufnahme gut;

b. lehnt die ZulassungsinhaberIn die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG ab, weist das BAG die definitive Aufnahme ab.

*Abs. 3*

In beiden Fällen gemäss Absatz 2 legt das BAG die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die ZulassungsinhaberIn ist verpflichtet, den während der Zeit gemäss Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung an die Krankenversicherer nach Artikel 18 Absatz 2 septies Buchstabe b zurückzuerstatten. Die ZulassungsinhaberIn ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, wird dieser in einer befristeten Zeit nach der definitiven Zulassung kompensiert.

**Abs. 4**

Informationen zur Differenz nach Absatz 3, zum von der ZulassungsinhaberIn zurückerstatteten Mehrumsatz sowie damit zusammenhängende Informationen sind vom Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 52b Absatz 5 gilt sinngemäss.

**Abs. 5**

Der Bundesrat erlässt Ausführungsbestimmungen. Er sieht insbesondere vor, dass das BAG und die ZulassungsinhaberIn bereits vor der vorläufigen Aufnahme in einen Dialog hinsichtlich der Beurteilung der Aufnahmebedingungen treten. Die Ergebnisse solcher Vorabklärungen werden protokolliert.

**Antrag der Minderheit**

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)  
Streichen

**Art. 52d****Proposition de la majorité****Titre**

Rémunération provisoire de médicaments

**Al. 1**

Les produits visés à l'article 52 alinéa 1 lettre b, ou les nouvelles indications pour lesquels un besoin médical important est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut "fast track", sont, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné, admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques,

AB 2023 N 2059 / BO 2023 N 2059

à un prix provisoire fixé par l'OFSP, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. Cette liste provisoire a le même effet que la liste visée à l'article 52 alinéa 1 lettre b.

**Al. 2**

L'OFSP décide, dans un délai de 24 mois après une admission provisoire au sens de l'alinéa 1, d'une éventuelle admission définitive sur la liste visée à l'article 52 alinéa 1 lettre b. Il procède comme suit:

- a. Si le titulaire de l'autorisation est d'accord avec l'évaluation du caractère économique que l'OFSP a effectuée, l'OFSP approuve l'admission définitive;
- b. si le titulaire de l'autorisation refuse l'évaluation du caractère économique que l'OFSP a effectuée, l'OFSP refuse l'admission définitive.

**Al. 3**

Dans les deux cas visés à l'alinéa 2, l'OFSP fixe la différence entre le prix de l'admission provisoire et le prix jugé économique. Le titulaire de l'autorisation est tenu de restituer aux assureurs-maladie, conformément à l'article 18 alinéa 2 septies lettre b, l'excédent de recettes réalisées durant la période visée à l'alinéa 2 et correspondant au financement pris en charge. Le titulaire de l'autorisation est tenu de communiquer les chiffres de vente. Si une diminution de recettes résulte d'un prix provisoire fixé trop bas, celle-ci sera compensée durant une période limitée après l'admission définitive.

**Al. 4**

Les informations relatives à la différence visée à l'alinéa 3, à l'excédent de recettes restitué par le titulaire de l'autorisation ainsi que les informations y afférentes ne sont pas soumises à la loi sur la transparence du 17 décembre 2004 ni aux réglementations cantonales correspondantes. L'article 52b alinéa 5, est applicable par analogie.

**Al. 5**

Le Conseil fédéral édicte des dispositions d'exécution. Il prévoit notamment que l'OFSP et le titulaire de l'autorisation entament, déjà avant l'admission provisoire, un dialogue concernant l'évaluation des conditions d'admission. Les résultats de telles clarifications préalables sont consignés dans un procès-verbal.

**Proposition de la minorité**

(Wasserfallen Flavia, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Prelicz-Huber, Weichelt)  
Biffer



*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/27627)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 78 Stimmen

(1 Enthaltung)

**Änderung anderer Erlasse**

**Modification d'autres actes**

**Ziff. 1 Art. 14 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 1 art. 14 al. 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14quater**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

... das zuständige Bundesamt auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

*Abs. 2*

... das Bundesamt für Gesundheit auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

*Abs. 3, 4*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 1 art. 14quater**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

... l'office fédéral compétent peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que ...

*Al. 2*

... l'Office fédéral de la santé publique peut prévoir, à la demande du titulaire de l'autorisation, pour autant que

...

*Al. 3, 4*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14quinquies**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1–3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 4*

Das zuständige Bundesamt publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 14quater.

*Antrag der Minderheit I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

*Abs. 2–4*

Gemäss Mehrheit



*Antrag der Minderheit II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

*Abs. 2–4*

Streichen

**Ch. 1 art. 14quinquies**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1–3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 4*

L'office compétent publie régulièrement un rapport, réalisé par un organisme indépendant, sur la mise en oeuvre des modèles de prix selon l'article 14quater.

*Proposition de la minorité I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

*Al. 2–4*

Selon majorité

*Proposition de la minorité II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

*Al. 2–4*

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über die Anträge der Minderheiten I und II wurde bei Artikel 52c abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. 1 Art. 14sexies**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 1 art. 14sexies**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

AB 2023 N 2060 / BO 2023 N 2060

*Antrag der Minderheit I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Gemäss Mehrheit

*Antrag der Minderheit II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia,



Wettstein)  
Streichen

**Ch. 1 disposition transitoire de la modification du ...**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Selon majorité

*Proposition de la minorité II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über die Anträge der Minderheiten I und II wurde bei Artikel 52c abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. 2 Art. 48 Bst. c**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 2 art. 48 let. c**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... Abs. 4, 5**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 4, 5*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

*Abs. 5*

Gemäss Mehrheit

*Antrag der Minderheit II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

*Abs. 5*

Streichen

**Ch. III dispositions transitoires de la modification du ... al. 4, 5**

*Proposition de la majorité*

*Al. 4, 5*

Adhérer au projet du Conseil fédéral



*Proposition de la minorité I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Al. 5

Selon majorité

*Proposition de la minorité II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Al. 5

Biffer

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über die Anträge der Minderheiten I und II wurde bei Artikel 52c abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. IV**

*Antrag der Mehrheit*

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Abs. 3

Artikel 52c sowie Artikel 14quinquies Absätze 2, 3 und 4 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (Ziff. II/1.) gelten während fünf Jahren ab ihrem Inkrafttreten; danach sind alle darin enthaltenen Änderungen hinfällig.

*Antrag der Minderheit II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Abs. 3

Streichen

**Ch. IV**

*Proposition de la majorité*

Al. 1, 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité I*

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt, Wettstein)

Al. 3

L'article 52c ainsi que l'article 14quinquies alinéas 2, 3 et 4, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (Ch. II/1.) ont effet cinq ans à compter de leur entrée en vigueur; à l'échéance de cette période, toutes les modifications subséquentes de ces articles sont également caduques.

*Proposition de la minorité II*

(Weichelt, Feri Yvonne, Glarner, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wettstein)

Al. 3

Biffer



**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Über die Anträge der Minderheiten I und II wurde bei Artikel 52c abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble  
(namentlich – nominatif; 22.062/27628)  
Für Annahme des Entwurfes ... 131 Stimmen  
Dagegen ... 28 Stimmen  
(32 Enthaltungen)*

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates  
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse  
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte  
Proposition du Conseil fédéral  
Classer les interventions parlementaires  
selon lettre aux Chambres fédérales*

*Angenommen – Adopté*

AB 2023 N 2061 / BO 2023 N 2061

**Präsident** (Nussbaumer Eric, erster Vizepräsident): Das Geschäft geht an den Ständerat.