



24.037

**KVG (Tarife der Analysenliste).
Änderung****LAMal (Tarifs de la liste
des analyses). Modification***Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.24 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 03.03.25 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

Antrag der Mehrheit
Eintreten*Antrag der Minderheit*
(Rumy, Crottaz, Gysi Barbara, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber)
Nichteintreten*Proposition de la majorité*
Entrer en matière*Proposition de la minorité*
(Rumy, Crottaz, Gysi Barbara, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber)
Ne pas entrer en matière**Präsidentin** (Riniker Maja, Präsidentin): Über das Eintreten und die Detailberatung führen wir eine gemeinsame Debatte.

Amaudruz Céline (V, GE), pour la commission: En date du 7 novembre 2024, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique s'est réunie afin de discuter de la modification des tarifs de la liste des analyses LAMal. Le projet vise à modifier le cadre législatif régissant la tarification des analyses de laboratoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il répond à une motion parlementaire déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, la motion 17.3969, "Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par des partenaires tarifaires". Cette motion a été transmise au Conseil fédéral le 19 septembre 2024. Le Parlement a donc chargé le gouvernement de modifier la loi sur l'assurance-maladie de manière à ce que les tarifs des analyses menées par les laboratoires médicaux soient négociés entre les partenaires tarifaires.

En exécution du mandat qui lui a été confié, le Conseil fédéral a adopté et publié, le 1er mai 2024, un message proposant une modification de la LAMal, notamment de son article 52, afin que la fixation des tarifs des analyses de laboratoire prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ne relève plus du Département fédéral de l'intérieur (DFI), mais soit négociée directement entre les partenaires tarifaires. Actuellement, le DFI est chargé, après consultation d'une commission, d'édicter la liste des tarifs des analyses de laboratoire, qui repose sur un système de tarification, uniforme à l'échelle nationale, fondé sur un tarif à la prestation. Les auteurs de la motion 17.3969 estiment que l'introduction de négociations tarifaires directes entre partenaires permettrait d'intégrer plus rapidement des analyses innovantes à la liste et de mieux contenir la hausse des coûts de la santé.

Le Conseil fédéral partage cet objectif, mais considère que la législation actuelle permet déjà d'agir en ce sens. Une révision du tarif des analyses de laboratoire est d'ailleurs en cours. A titre de mesure transitoire, une réduction linéaire de 10 pour cent des tarifs de la plupart des analyses a été mise en place le 1er août 2022, ce qui génère une économie annuelle estimée à 140 millions de francs. Toutefois, compte tenu du grand nombre de partenaires tarifaires impliqués, le Conseil fédéral ainsi que la majorité des participants à la consultation





doutent que le transfert de compétences

AB 2025 N 4 / BO 2025 N 4

proposé permette une adaptation plus rapide de la liste de ces tarifs. Au contraire, le risque de blocage dans les négociations tarifaires est jugé élevé.

Le 26 septembre 2024, le Conseil des Etats a refusé d'entrer en matière sur cette modification de la LAMal, par 22 voix contre 20 et 1 abstention. Ce rejet est d'autant plus notable que le projet avait été initié par sa propre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. En substance, nos collègues ont suivi la position du gouvernement. Toutefois, une minorité significative au sein du Conseil des Etats considère que les partenaires tarifaires doivent assumer leurs responsabilités, que cette réforme permettrait d'alléger la charge pesant sur les assurés et qu'une ouverture à la concurrence serait bénéfique pour le secteur.

Contrairement au Conseil des Etats, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a recommandé, par 13 voix contre 7 et 1 abstention, lors de sa séance du 7 novembre 2024, d'entrer en matière sur cette modification de la LAMal. La commission reste convaincue de la pertinence et de l'utilité de ce projet dans l'optique d'une réduction des coûts de la santé. Elle souligne que les tarifs des analyses de laboratoire en Suisse demeurent excessivement élevés en comparaison internationale et qu'ils doivent impérativement être revus à la baisse.

La minorité Rummy considère que le projet risque de complexifier le système, car il est susceptible d'entraîner des négociations sources de blocages et une augmentation des coûts administratifs. Elle souligne également le danger que certaines régions se retrouvent sans laboratoire contracté, ce qui compromettrait l'accès aux soins. Enfin, elle exprime des préoccupations quant à un possible affaiblissement du cadre réglementaire.

Il y a donc deux articles sur lesquels vous serez amenés à vous prononcer. Tout d'abord, la commission a décidé, à l'unanimité, de procéder à une modification mineure à l'article 52 alinéa 3 LAMal. Il s'agit d'une simple modification rédactionnelle visant à s'aligner sur la terminologie des versions législatives précédentes. L'objectif est de préciser que les prestations concernées ne peuvent être facturées à l'assurance obligatoire des soins qu'à hauteur des tarifs et prix fixés.

Par 15 voix contre 10, la commission propose également de compléter le projet par un article 37a LAMal qui vise à assouplir l'obligation de contracter dans le domaine des analyses de laboratoire. Pour que la concurrence soit renforcée et que le payeur de prime puisse profiter de prix nettement plus bas, il est important d'assouplir l'obligation de contracter dans ce domaine. Les partenaires tarifaires doivent avoir la possibilité de négocier des contrats de manière autonome, ce qui permet d'améliorer l'efficacité. Les grands laboratoires peuvent réaliser des gains d'efficacité en exécutant de manière efficiente les prestations de la liste des analyses. Une partie de ces gains doit absolument profiter aux payeurs de primes. Dans le contexte de l'assouplissement de l'obligation de contracter, la sécurité de l'approvisionnement revêt une grande importance. Les assureurs peuvent choisir librement parmi les laboratoires uniquement si plusieurs fournisseurs se font concurrence dans une région et peuvent garantir des soins de qualité suffisante.

L'article 37a alinéa 2 de la LAMal assure la transparence car il garantit que tous les services concernés puissent consulter en tout temps une liste actualisée, qui répertorie les contrats conclus entre les assureurs-maladie et les laboratoires. L'article 37a alinéa 3 de la LAMal ancre l'obligation d'informer le patient par le fournisseur de prestations.

Au vote sur l'ensemble, la commission a adopté le projet, par 15 voix contre 8 et 1 abstention. Je vous invite à en faire de même.

Lohr Christian (M-E, TG), für die Kommission: Im Jahr 2018 nahm das Parlament die Motion 17.3969 der SGK-S, "Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln", an. Der Bundesrat verabschiedete die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Verhandlung der Tarife der Analysenliste am 1. Mai 2024. Damit will er die angenommene Motion umsetzen.

Der Bundesrat steht einem Wechsel des aktuellen Systems allerdings kritisch gegenüber. In der Herbstsession 2024 trat der Ständerat mit 22 zu 20 Stimmen bei 1 Enthaltung nicht auf die Vorlage ein. Ihre Kommission beschloss jedoch mit 13 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung Eintreten auf die Vorlage.

Die Minderheit Rummy beantragt Nichteintreten. Der Minderheitsantrag wird damit begründet, dass die Vielfalt der verschiedenen Interessen zu komplexen und ineffizienten Verhandlungen führen und letztlich die Kosten für die Patientinnen und Patienten in die Höhe treiben würde.

Heute bezahlen Schweizerinnen und Schweizer Tarife, die im internationalen Vergleich teils doppelt so hoch wie in anderen Ländern sind. Im vergangenen November zitierte das Magazin "Saldo" aus einem vertraulichen Verwaltungsbericht, der einen aktuellen, vollständig kaufkraftbereinigten Vergleich mit Ländern wie Belgien,



Deutschland, Frankreich und den Niederlanden beinhaltet. Laut dem Bericht bezahlen wir in der Schweiz heute pro Jahr 880 Millionen Franken zu viel für Laboranalysen. Das sind über 2 Prämienprozente. Über diese deutlich zu hohen Labortarife könnten wir noch stundenlang reden und uns darüber aufregen; ich möchte hier aber nicht zu weit ins Detail gehen. Im Jahr 2023 war die Einsparung nach einer Preissenkung um 10 Prozent, welche durch den Bundesrat verfügt wurde, für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler noch spürbar. Bereits im aktuellen Jahr hat die Kostenkurve aber das Niveau der Preissenkung wieder überstiegen. Worauf ist diese Entwicklung zurückzuführen, die uns schon schwer zu denken geben muss?

Man kann sicher sein, der Systemwechsel war gut gemeint und gut gewollt, aber man fand Möglichkeiten, um mit Mengenausweitungen wieder das Niveau von vorher zu erreichen. Das ist eine Praxis, die für uns und unser System nicht gut ist. Deshalb möchte die Kommission einen Systemwechsel von einem Amtstarif zu einem Verhandlungstarif, den die Tarifpartner aushandeln. Die Kommission ist davon überzeugt, dass wir letztlich auch tiefere Preise erreichen können. Allein mit dem Verhandlungstarif dürfte die Kostensenkung aber kaum nennenswert sein.

Es geht darum, dass man gemeinsam handelt und fair miteinander umgeht. Deshalb hat die Kommission dem Antrag des Sprechenden zugestimmt, in diesem spezifischen Fall den Kontrahierungszwang zu lockern, damit wirklich faire und gute, aber dennoch dem Wettbewerb geöffnete Preise ausgehandelt werden können. Die Minderheit Rummy möchte auf diese Lockerung des Vertragszwangs verzichten. Diese komme einer Liberalisierung durch die Hintertür gleich. Gemäss der Minderheit würden in der Umsetzung Probleme entstehen, wenn z. B. ein Arzt mit einem Labor keinen Vertrag habe und die Patienten die Rechnung in der Folge selber tragen müssten.

Die Kommission empfiehlt Ihnen in beiden Fällen, der Mehrheit zu folgen.

Rummy Farah (S, SO): Die geplante Umstellung von einem festen Amtstarif auf einen flexibleren Verhandlungstarif bringt mehr Probleme als Lösungen mit sich. Auf den ersten Blick mag die Idee eines Verhandlungstarifs attraktiv erscheinen. Doch bei genauerem Hinsehen wird klar, dass wir uns damit in ein Netz aus unnötiger Bürokratie begeben. Wir sprechen hier von 1250 verschiedenen Laboranalysen, 26 kantonalen Systemen und einer Vielzahl von Versicherern. Diese enorme Vielfalt an Akteuren führt nicht zu mehr Effizienz, sondern zu einem System voller Sackgassen, hoher Kosten, administrativer Hürden und potenzieller Versorgungslücken. Die bisherigen Erfahrungen in vergleichbaren Bereichen – etwa bei Physiotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärzten – zeigen klar auf, dass Tarifverhandlungen, die auf viele Akteure verteilt sind, oft in Blockaden enden. Warum sollten wir also glauben, dass es bei den Laboranalysen anders sein wird?

Der Bundesrat sowie der Ständerat haben deutlich aufgezeigt, dass die Einführung eines Verhandlungstarifs keinen Vorteil bringt. Auch die Kantone und die wichtigen Fachverbände lehnen diese Reform ab. Die Tarifverhandlungen, welche auf die Tarifpartner übertragen werden sollen, werden

AB 2025 N 5 / BO 2025 N 5

diese Probleme nur verstärken. Es gibt keinen Beweis dafür, dass diese Reform zu Einsparungen führen wird. Es gibt bereits heute Möglichkeiten, die Tarife zu senken, aber bisher hat niemand diese Gelegenheit genutzt. Die bestehenden Höchsttaxen bieten Potenzial zur Kostensenkung, doch dieses wurde nie ausgeschöpft. Warum also sollten wir glauben, dass ein freier Wettbewerb bei Tarifpartnern hier einen signifikanten Unterschied machen wird?

Das eigentliche Problem bei den Laboranalysen liegt in der enormen Zunahme der Analysen. Das lässt die Kosten steigen. Es gibt keinen rationalen Grund, weshalb eine Liberalisierung und eine Vielzahl neuer Tarifverhandlungen dieses Problem lösen sollten. Die Verwaltung hat versprochen, dass sie jeden Tarif überprüfen und diese Steuerungsmöglichkeiten nutzen wird. Wir erwarten daher, dass sie diese Verantwortung auch wahrnimmt. Die beantragte Anpassung würde nicht nur die Verwaltung verlangsamen, sondern auch die ohnehin schon belastete Gesundheitsversorgung zusätzlich verteuern.

Falls sich die Mehrheit dieses Rates dennoch für Eintreten entscheiden sollte, bitte ich Sie dringlich, Artikel 37a zu streichen. Dieser Artikel ist weder kostendämpfend, noch reduziert er die Bürokratie. Vielmehr bringt er einen komplexen Administrativaufwand mit sich und erschwert das Zusammenspiel zwischen Tarifpartnern, Ärzten und Patienten. Ärztinnen und Ärzte müssten vor jeder Laboranalyse prüfen, ob das jeweilige Labor einen Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer hat. Es ist zudem unklar, wer im Kanton entscheidet, ob genügend Laboranalysen verfügbar sind. Je nachdem, wie diese Entscheidung ausfällt, könnten in verschiedenen Kantonen unterschiedliche Zahlungssysteme für die Analyse gelten. Es ist unklar, ob der Wegfall des Kontrahierungszwangs auch Laboratorien betrifft, die Analysen sowohl für den Eigenbedarf als auch für Dritte, z. B. Spitallabors, durchführen. Versicherer sollen ihre Partnerlaboratorien öffentlich listen und die Liste regelmäs-



sig aktualisieren. Es bleibt aber auch dort unklar, welche Folgen eine unzureichende Pflege dieser Listen für Anbieter und Versicherte hätte.

Dies bedeutet, dass Patienten entweder mit höheren Kosten rechnen müssten oder ihnen im schlimmsten Fall eine notwendige Analyse verweigert werden könnte. Das stellt eine ernsthafte Gefährdung der Versorgungssicherheit dar.

Es ist wichtig, die Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen. Wir haben ein Kostenproblem im Gesundheitswesen – da sind wir uns ja einig. Und es muss deutlich gesagt werden: Diese Massnahme senkt die Kosten nicht. Wir stehen bereits heute vor der Situation, dass die eine Seite dafür und die andere Seite dagegen ist. Die eine Seite will höhere Tarife, die andere Seite will tiefere Tarife. Dass wir mit dieser Gesetzesänderung keine Vorteile erzielen, ist klar. Und zudem gibt es keinen Verhandlungszwang. Wenn wir also auf der Einführung eines Verhandlungstarifs bestehen, riskieren wir, dass die Bürokratie weiter wächst, während die Versorgung ineffizienter wird und die Kosten weiter ansteigen.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag auf Nichteintreten zu unterstützen. Falls sich die Mehrheit dieses Rates dennoch für Eintreten entscheiden sollte, dann bitte ich Sie, Artikel 37a zu streichen.

de Courten Thomas (V, BL): In dieser Vorlage geht es um die Umsetzung einer Motion, mit der wir den Bundesrat bereits vor sieben Jahren, im Jahr 2018, beauftragt haben. Die Motion wurde in beiden Räten deutlich angenommen. Schon damals war die Absicht, der Kostensteigerung im Bereich der Laboranalysen entgegenzutreten.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist ersichtlich, dass die Kostenentwicklung in diesem Bereich noch viel stärker ist, als man es damals angenommen hat. Insgesamt beliefen sich die Kosten für medizinische Laboranalysen in der Schweiz in den letzten Jahren auf rund 2,3 Milliarden Franken, und sie steigen weiter, im ersten Halbjahr 2024 gar um 13 Prozent. Es geht munter weiter so, wenn wir nicht – und das ist der Punkt dieser Vorlage – ein strukturelles Problem im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) angehen.

Das strukturelle Problem besteht in der subsidiären Tarifsetzungskompetenz des Bundesrates. Mit der erwähnten Motion wollen wir Artikel 52 KVG dahin gehend ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig durch die Tarifpartner verhandelt werden. Das ist gut und richtig so, aber das allein reicht nicht. Die Vertragspartner müssen auch frei entscheiden können, mit wem sie schlussendlich einen Vertrag abschliessen. Sonst kann einer der Verhandlungspartner ein Ergebnis blockieren, weil er die subsidiäre Bundesratskompetenz zu seinem eigenen Vorteil ausnützt.

Die Kommissionsmehrheit geht davon aus, dass mit dem neuen Ansatz auch innovative Laboranalysen schneller vergütet werden, wenn Versicherer und Leistungserbringer die Tarife aushandeln, schneller, als wenn das Eidgenössische Departement des Innern über die Aufnahme auf die Analysenliste entscheidet und dann die Höchstattarife festlegen muss.

Wer ehrlich argumentiert, wird auch weiter von einem stetigen Prämienwachstum ausgehen. Mit dieser Vorlage könnten wir die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler nachhaltig und längerfristig entlasten, und zwar ohne jeglichen Qualitätsverlust für die Patientinnen und Patienten. In einem Bereich, in dem die starke Automatisierung erhebliche Skaleneffekte ermöglicht, lassen sich die weiter steigenden Kosten nicht rechtfertigen. Das EDI hat im Jahr 2022, das wurde bereits erwähnt, auch gehandelt und die Analysentarife bei den Grosslaboren um 10 Prozent gesenkt. Die einfachen Analysen in den Arztpraxen waren davon nicht betroffen. Die Massnahme des Bundesrates hat Wirkung gezeigt, aber nicht auf Dauer. Diese ist schon wieder verpufft, und die Kosten steigen weiter an.

Der Bundesrat hat in einer Antwort auf eine Interpellation aus dem Jahr 2022 eine Neutarifizierung der Laboranalysen für 2025, für dieses Jahr, in Aussicht gestellt. Auch das ist bereits wieder überholt. In einer aktuelleren Interpellationsantwort geht der Bundesrat davon aus, dass gemäss heutiger Zeitplanung die Inkraftsetzung des neu revidierten Tarifs voraussichtlich erst 2027 möglich sein sollte. Das heisst auf Deutsch, kurz und knapp: Im heutigen Rahmen geht es nicht vorwärts. Deshalb müssen wir den Rahmen öffnen. Zukünftig sollen die Analysen durch die Tarifpartner ausgehandelt werden. Das wäre somit ein Wechsel von einem Amts- zu einem Verhandlungstarif, was international übrigens schon vielerorts etabliert ist. Damit der Wettbewerb gestärkt wird und die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler von tieferen Prämien profitieren können, wäre die Lockerung des Vertragszwangs auch zwingend. Zu beachten ist, dass auch beim Verhandlungstarif alle vom Bundesamt für Gesundheit zugelassenen Analysen von den Krankenkassen vergütet werden müssen.

Die Versicherungen sollen aber mit allen zugelassenen Laboren günstige Konditionen aushandeln können, ohne dabei nicht wirtschaftliche Angebote berücksichtigen zu müssen – das wäre ja der wesentliche Unterschied. Als Patient ist mir ein qualitativ einwandfreier Test wichtig und nicht das Labor, welches den Test durchführt. Mehr Wettbewerb täte nicht nur der Laborbranche, sondern dem gesamten Gesundheitswesen gut, davon bin



ich zutiefst überzeugt. Nicht betroffen von solchen Änderungen wären übrigens die Spitallabore, weil deren Kosten ja in den Pauschalen entsprechend vergütet werden.

Daher bitte ich Sie, der Mehrheit zu folgen, einzutreten und die Vorlage so zu verabschieden.

Hess Lorenz (M-E, BE): Die Mitte-Fraktion schlägt Ihnen vor, auf das Geschäft einzutreten und der Mehrheit zu folgen, das heisst, den sogenannten Wechsel vom Amts- zum Vertragstarif zu vollziehen.

Zu dieser Haltung kommen wir im Wesentlichen aus drei Gründen. Erstens: Wenn wir uns die Frage stellen, ob wir Wettbewerb oder staatlich garantierte Tarife vorziehen, dann gelangen wir zur Überzeugung, dass die Vorteile des Wettbewerbs in Bezug auf Qualität und Kosten im Vergleich zum System der garantierten Tarife überwiegen. Zweitens: Sehr wahrscheinlich macht es auch im Bereich der Laboranalysen Sinn, die Tarifpartner in die Verantwortung zu nehmen. In die Verantwortung nehmen heisst auch, zu versuchen, etwas zur Kostenbremse beizutragen. Ein dritter und nicht

AB 2025 N 6 / BO 2025 N 6

unwesentlicher Punkt: Wenn man das heutige Verfahren anschaut und sich vor Augen führt, wie eine Laboranalyse im Verfahren der Tarifpartner genehmigt werden könnte, dann ist davon auszugehen, dass es mit dem Wechsel tatsächlich möglich wäre bzw. die Chance bestünde, dass innovative Produkte – und diese sind in diesem Bereich sehr wichtig, gerade was die Forschung anbelangt – schneller auf die Analysenliste kämen. Dies wäre wiederum von Vorteil für die Patientinnen und Patienten.

Wichtig ist zudem, festzuhalten, dass es bei diesem Wechsel einzig um die Aushandlung der Tarife geht. Welche Analysen vergütet werden, würde immer noch das EDI bestimmen. Das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt.

Eine Lockerung des Vertragszwangs, wie sie mit der Formulierung gemäss Mehrheit zwangsläufig einherginge, ist aus unserer Sicht durchaus ein Mittel, um unseren Zielen im Bereich der Qualität und der Kosten etwas näher zu kommen. Entscheidend ist dabei selbstverständlich, dass die Transparenz sowie das Informieren der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer gewährleistet ist. Das heisst konkret, dass diese Information erfolgen muss, wenn ein Leistungserbringer im betreffenden Fall eben nicht über einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem Versicherer verfügt. Wichtig ist auch, dass nur die Laboratorien betroffen wären, die keine Analysen in der Grundversorgung erbringen.

Um es kurz zu sagen: Wenn wir uns einig sind, dass die Zielsetzung darin besteht, dass wir mehr Wettbewerb wollen, weil wir uns davon etwas versprechen, dass wir mehr Qualität wollen und dass wir nicht zuletzt auch eine gute Kostenkontrolle wollen, dies wiederum mit dem Ziel, letztlich Preissenkungen zu erreichen und dadurch die Prämien weniger ansteigen zu lassen, dann sollten wir eintreten und in den einzelnen Artikeln jeweils den Antrag der Mehrheit unterstützen.

Es ist belegt, dass der berühmte Handlungsbedarf, der für das Gesundheitswesen immer wieder genannt wird, in diesem Fall gegeben ist. Der Bundesrat hat 2022 mit einer linearen Kürzung bereits versucht, der Kostenentwicklung entgegenzuwirken. Der Vorstoss aus dem Ständerat, der dieser Vorlage zugrunde liegt, wurde angenommen, dann erfolgte auf wundersame Weise eine Kehrtwende. Aber die Begründung des Vorstosses bleibt inhaltlich richtig, ebenso wie die vorgenannten Gründe, die uns dazu führen, Ihnen zu empfehlen, einzutreten und jeweils den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

Rumy Farah (S, SO): Herr Kollege Hess, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Gerade im Gespräch mit den Verbänden hat sich herausgestellt, dass es nur einen Verband gibt, der diese Vorlage unterstützt; das ist Prioswiss, der Verband der Krankenversicherer. Sie sind ja auch Verwaltungsratspräsident einer Krankenkasse. Inwiefern hat Sie das bei Ihrer Entscheidung, der Vorlage zuzustimmen, beeinflusst?

Hess Lorenz (M-E, BE): Danke für die Frage, Kollegin Rumy. Ich bekleide in keinem der beiden Verbände ein Amt, weder bei Santésuisse noch im neuen Verband Prioswiss, den Sie angesprochen haben – ich weiss nicht, wann die Stellungnahme erfolgte.

Zumindest für mich geht es hier nicht darum, zu überlegen, was diesbezüglich für die Krankenversicherer besser oder schlechter wäre. Natürlich ist es ein offenes Geheimnis – das haben wir in vielen Debatten hier erlebt –, dass man in sehr breiten Kreisen der Meinung ist, dass eine Lockerung oder teilweise Lockerung des Vertragszwangs dazu führen könnte, dass wir tatsächlich eben auch unnötige Kosten sparen könnten; das gilt sogar nicht nur hier. Da gibt es dann wieder viel mehr Verbände, die sich dafür aussprechen, als nur einer. Ob die Lockerung des Vertragszwangs das Heilmittel wäre, würde man sehen. Das ist aber ein breites Anliegen, und hier sprechen wir einmal von einem Teil davon.



Crottaz Brigitte (S, VD): Le projet que nous examinons fait suite – cela a déjà été dit – à la motion 17.3969 déposée en 2017 par la Commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil des Etats, visant à ce que le tarif des analyses de laboratoire, aujourd'hui fixé par le Département fédéral de l'intérieur, soit désormais négocié entre partenaires tarifaires. L'objectif annoncé est d'accélérer l'intégration d'analyses innovantes dans la liste des prestations remboursées et de freiner la hausse des coûts.

Cependant, derrière ces belles promesses, ce projet soulève des enjeux beaucoup plus préoccupants. En réalité, il s'agit clairement d'un premier pas vers la fin de l'obligation de contracter, qui est un objectif poursuivi de longue date par les assureurs qui cherchent à concentrer toujours plus de pouvoir, au détriment des patients et des autres acteurs du système de santé. L'article 37a que l'on veut introduire le dit on ne peut plus clairement: "les assureurs [...] ont le libre choix de leurs partenaires contractuels."

Le rejet de ce projet – cela a été dit – a été massif et sans ambiguïté lors de la consultation, puisque 53 des 60 participants, dont les cantons et les fournisseurs de prestations, s'y sont opposés. Les assureurs sont pratiquement les seuls à soutenir ce projet, mais ils ne peuvent pas imposer leur vision contre l'avis des autres acteurs, car, sans l'adhésion de ces derniers, aucune réforme ne peut réussir.

Ce projet vise à remplacer le système actuel par un mécanisme où chaque assurance, ou sa faitière, négociera individuellement des contrats avec chaque laboratoire, que ce soient des structures privées, hospitalières ou intégrées à des cabinets médicaux, dont les tailles et les capacités sont très variables. Cette multiplicité d'intervenants rendrait le système terriblement complexe, ce qui ferait exploser les coûts administratifs, sans pour autant garantir des économies sur les tarifs.

Pire, des effets négatifs pour les patients et les laboratoires sont à prévoir.

Si un assureur échouait à conclure un contrat avec un laboratoire, les analyses effectuées par ce dernier ne seraient plus remboursées. Les patients, eux, devraient soit payer de leur poche, soit trouver un autre laboratoire, voire changer de médecin.

Pour les médecins aussi, cette situation est intenable. L'alinéa 3 du nouvel article 37a le dit clairement: "le fournisseur de prestation informe la personne assurée dans le cas où la prestation ne peut pas être facturée à charge de l'assurance obligatoire des soins, car aucun contrat [...] n'a été conclu avec l'assureur". Des sanctions seraient même prévues si cette obligation d'informer n'était pas respectée. Chaque médecin serait donc obligé de vérifier, pour chaque patient, si son laboratoire a signé un contrat avec l'assureur concerné. Une telle complexité réduirait encore le temps consacré à l'écoute et à la prise en charge médicale des patients et détournerait les professionnels de leur mission première, qui est de soigner.

Actuellement, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) gère la liste des 1250 analyses remboursées par l'assurance-maladie et fixe leur tarif maximal. Ce système, bien que perfectible, offre une couverture harmonisée et efficace pour l'ensemble de la population.

Le Conseil fédéral a déjà pris des mesures concrètes pour maîtriser les coûts, avec une réduction linéaire de 10 pour cent en 2022, qui a permis d'économiser 140 millions de francs. Par ailleurs, le projet "TransAL-2" qui vise à ajuster les tarifs et à moderniser la liste des analyses est en cours. Ces mesures démontrent que des améliorations sont possibles sans que l'on doive bouleverser les fondements du système. De plus, il faut souligner que l'augmentation des coûts dans ce secteur est bien davantage due à une hausse des volumes d'analyses qu'à leurs tarifs. Introduire un mécanisme de négociation complexe et coûteux n'apporterait aucune réponse à cette réalité.

Enfin, ce projet pourrait aggraver les disparités géographiques. La diversité des tarifs selon les contrats et les régions risque de créer un système à deux vitesses: certains patients auront accès à des prestations de qualité, tandis que d'autres en seront exclus.

Par ailleurs, en supprimant l'obligation de contracter, on favorise la concentration de certains laboratoires sur les analyses rentables, en laissant aux hôpitaux et aux structures publiques les analyses moins rémunératrices. La réforme qui

AB 2025 N 7 / BO 2025 N 7

nous est proposée ne fera que fragiliser un accès équitable au système de santé.

En conclusion, au lieu d'introduire un système complexe et risqué, nous devons continuer sur la voie des réformes ciblées déjà en cours. Il est impératif de préserver un système permettant aux patients, quel que soit leur assureur ou leur région, de bénéficier d'analyses médicales de qualité, sans obstacles inutiles ni surcoûts. Pour toutes ces raisons, je vous invite à rejeter ce projet et à maintenir un système fondé sur l'efficacité, l'équité et la qualité des soins. Au nom du groupe socialiste, je vous demande donc de suivre la minorité de Mme Romy et de ne pas entrer en matière. Au cas où l'entrée en matière serait tout de même votée, je vous invite à biffer l'article 37a.



Silberschmidt Andri (RL, ZH): Haben Sie sich einmal überlegt, als Sie bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin waren und Ihnen Blut abgenommen wurde, um einen gewissen Wert zu bestimmen, beispielsweise einen Vitamin-D-Wert, wie viele Kosten die entsprechende Laboranalyse verursacht? Es gibt Zeitungsberichte, die aufgedeckt haben, dass in der Schweiz eine Bestimmung des Vitamin-D-Werts 50 Franken kostet. In Frankreich sind es 20 Franken, in Holland sind es 10 Franken. Jetzt kann man mir nicht sagen, dass in der Schweiz alles fünfmal teurer ist. Diese hohen Preise können wahrscheinlich nicht damit gerechtfertigt werden, dass in der Schweiz die Mieten ein bisschen höher sind und dass die Personalkosten höher sind. Man sieht: Es gibt im internationalen Vergleich sehr grosse Unterschiede, wenn es darum geht, mit welchem Betrag eine Laboranalyse vergütet wird.

Wieso ist das relevant? Über die Grundversicherung bezahlen wir über 2 Milliarden Schweizerfranken pro Jahr zugunsten dieser Laboratorien. Bei den Preisen, die in diesem Bereich bezahlt werden, können wir als Konsumentinnen und Konsumenten, als Patientinnen und Patienten nicht mitreden. Heute ist es so, dass das EDI diese Preise definiert. Das EDI definiert einerseits, welche Analysen zulasten der Grundversicherung bezahlt werden, und andererseits, in welchem Umfang sie bezahlt werden. Das heisst, dass wir alle – wir, die wir am Schluss die Prämien bezahlen – in diesem Bereich nichts zu sagen haben. Das ist atypisch, weil in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, beispielsweise wenn es um die Vergütung von Ärztinnen und Ärzten geht, die Preise jeweils verhandelt werden. Normalerweise gibt es die Verbände der Leistungserbringer, also der Ärzte oder eben der Laboratorien, auf der einen Seite und die Verbände der Krankenversicherer auf der anderen Seite, und diese verhandeln miteinander die Preise, die dann entsprechend vergütet werden. Bei den Laborpreisen ist das heute nicht der Fall.

Wir wollen einzig, dass die Preise in Zukunft nicht vom Staat definiert werden, dass es keine administrierten Preise sind, sondern dass sie neu verhandelt werden. Damit können diejenigen Personen, die am Schluss bezahlen, also wir alle, und unsere Vertretung, die Krankenversicherungen, auch verhandeln. In der Tendenz sind administrierte Preise höher als verhandelte Preise. So war das Kostenwachstum in der Vergangenheit bei den Laborpreisen höher als bei den Prämien. Die Kosten steigen demnach überproportional, und wir können uns nicht dagegen wehren. Die FDP-Fraktion ist deshalb der Meinung, dass sich etwas ändern muss. Wir wollen, dass neu die Krankenversicherungen zusammen mit den Leistungserbringern diese Preise verhandeln. Der zweite Aspekt betrifft die Lockerung des Vertragszwangs. Wir sind der Meinung, dass es dort, wo keine Unterversorgung herrscht und es sehr viele Labore gibt, möglich sein soll, dass die Krankenversicherungen eine Vereinbarung mit spezifischen Laboren schliessen. Damit hat das Labor eine höhere Auslastung, kann mehr Tests machen und erhält pro Test weniger Vergütung. Eine Lockerung des Vertragszwangs führt damit zu mehr Effizienz. Die Effizienzgewinne können an die Prämienzahlenden weitergereicht werden.

Ich bitte Sie sehr, diese Forderung zu unterstützen. Wir können nicht im Herbst in die Kameron sagen, wir müssten etwas gegen das Prämienwachstum tun, und im Frühling, wenn die Medien nicht mehr so viel darüber berichten, keine Massnahmen beschliessen. Wir haben eine breite Allianz, einen Kompromiss, der vorsieht, dass diese Preise endlich verhandelt werden sollen. Wir sprechen von über 2 Milliarden Franken pro Jahr. Das wäre ein relevanter Markt, in dem heute keine Marktverhältnisse herrschen, sondern staatlich administrierte Preise und somit auch gefestigte Margen. Das hat für mich wenig mit Markt zu tun. Es ist wichtig, dass wir in diesem Bereich ein bisschen Wettbewerb haben. Letztendlich geht es darum, eine hohe Qualität zu einem bezahlbaren Preis zu haben.

Bitte treten Sie auf diese Vorlage ein, sagen Sie nicht nur im Herbst, was man gegen die hohen Prämien tun soll, sondern stimmen Sie auch im Frühling für effektive Massnahmen, und lockern Sie den Vertragszwang, damit eine echte Zusammenarbeit ermöglicht wird. Natürlich wird jetzt gesagt: Um Himmels willen, das wird kompliziert! Aber das bestehende System führt dazu, dass es immer teurer wird, und ein bisschen mehr Freiheit, ein bisschen mehr Wettbewerb wird am Schluss zu mehr Effizienz führen.

Porchet Léonore (G, VD): L'objectif du projet est clair: supprimer la compétence du DFI d'édicter le tarif de la liste des analyses. Cette compétence serait donnée aux partenaires tarifaires, comme c'est le cas pour d'autres systèmes de tarification. Pour nous, c'est une attaque à l'obligation de contracter ainsi qu'un danger pour la prise en charge et la couverture des soins, parce que la situation actuelle est transparente et fonctionne. Il n'y a qu'à voir la réponse à la consultation: la majorité des personnes qui se sont exprimées se sont opposées assez vivement au projet. Il n'y a pas de nécessité de changer un système qui fonctionne. Au contraire, cela crée la crainte qu'une modification entraîne une augmentation du volume et du prix des analyses ainsi qu'un affaiblissement des laboratoires des cabinets médicaux.

Il faut rappeler aussi que l'augmentation des coûts des analyses n'est pas due au tarif par analyse des laboratoires, mais à la forte augmentation du nombre d'analyses de laboratoire en général. Ce qui est proposé ici,



c'est un changement de système assez important avec l'espoir de réduire les coûts ou d'avoir une meilleure efficacité, mais cela entraînerait au contraire beaucoup d'incertitude, de complexité et une baisse de la sécurité des soins pour les patients et les patientes.

De plus, il ne serait pas du tout garanti que les négociations tarifaires se dérouleraient plus rapidement si elles étaient menées entre les prestataires de soins. Il y aurait, en effet, une multitude de fournisseurs de prestations avec lesquels les assureurs devraient négocier les tarifs, et il serait à craindre qu'il y ait à nouveau des blocages. Je vous rappelle qu'actuellement, il y a de nombreux tarifs ouverts, parce que les partenaires tarifaires – les physiothérapeutes, les psychothérapeutes, les médecins, les pharmaciens – ne trouvent pas d'accord entre eux.

A ce titre, le groupe des Verts vous encourage à ne pas entrer en matière en soutenant la minorité Rummy.

Baume-Schneider Elisabeth, conseillère fédérale: Le projet dont nous discutons aujourd'hui concerne, comme cela a été dit, la mise en oeuvre de la motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats 17.3969, "Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires". Cette motion a été adoptée par le Parlement en septembre 2018. Elle vise à ce que les tarifs soient désormais négociés par les partenaires tarifaires, tandis que l'élaboration de la liste, qui comprend à l'heure actuelle quelque 1250 positions d'analyse, relèverait de la compétence du Département de l'intérieur. Tout n'est pas si simple. En effet, une disposition transitoire a été prévue. Elle a d'ailleurs dû être prolongée à la suite des craintes soulevées durant la consultation. La révision proposée mentionne donc désormais un délai de cinq ans durant lequel le système actuel resterait en place tant qu'aucune convention tarifaire n'est conclue et approuvée. Cela permettrait de garantir que le système se mette en place sans lacune de tarifs.

AB 2025 N 8 / BO 2025 N 8

Der Bundesrat ist auch der Meinung, dass die Analysen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung innovativ, qualitativ hochstehend und möglichst kostengünstig sein sollen. Er hat sich jedoch stets gegen die mit diesem parlamentarischen Vorstoss geforderte Änderung des geltenden Systems ausgesprochen. Es sei daran erinnert, dass die Tarifpartner bereits heute Tarife vereinbaren können, die unter den vom EDI erlassenen Tarifen liegen. Zudem lassen die Vielzahl und die grosse Heterogenität der Tarifpartner daran zweifeln, dass mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung eine schnellere Anpassung der Analysenliste möglich ist. Die Meinungen und Interessen der betroffenen Akteure des Gesundheitswesens gehen diesbezüglich auseinander. Dies wird solche Verhandlungen nicht erleichtern.

Auch die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden befürchtet Blockaden bei den Tarifverhandlungen. Eine kürzlich von einem Leistungserbringer gerichtlich eingereichte Klage gegen die am 1. August 2022 in Kraft getretene lineare Senkung des Tarifs der Analysenliste veranschaulicht, dass keine Garantie für einen reibungslosen Ablauf von Tarifverhandlungen besteht. Die unterschiedlichen Interessen der Tarifpartner führen diesbezüglich nicht systematisch zu niedrigeren Tarifen. Der Mehraufwand und die daraus resultierenden zusätzlichen Kosten sowohl für die Tarifpartner als auch für die zuständigen Behörden sind weitere Argumente, die in den Stellungnahmen der Vernehmlassung weitgehend zum Ausdruck kommen. Es ist mit höheren Kosten für alle beteiligten Akteure zu rechnen, und der Bundesrat teilt diese Befürchtungen.

En effet, je tiens encore à préciser qu'il n'est actuellement pas exclu pour les partenaires tarifaires de négocier des prix plus bas que ceux retenus par le département. Il n'y a donc aucune limite si les partenaires arrivent à s'entendre pour avoir des prix plus bas. Selon votre appréciation, cette forte opposition lors de la consultation est suffisamment importante pour être prise en considération. Les conséquences exposées par les opposants au projet ne sauraient être négligées au moment de prendre votre décision.

Concernant le projet qui nous occupe aujourd'hui plus précisément, il faut rappeler qu'historiquement, cette affaire est arrivée dans un contexte critique à l'égard de la liste des analyses. En effet, cette liste n'avait plus été révisée depuis 2009. Depuis, de nombreux projets de développement et de révision sont en cours dans ce domaine. Ces derniers montrent déjà des résultats probants. Une grande révision a été entamée en 2017, sous le nom de projet TransAL. Cette révision implique tous les acteurs concernés, soit les sociétés de médecins, les laboratoires, les assureurs, les hôpitaux ainsi que le Surveillant des prix. Depuis, une version modifiée de la liste dans son contenu et sa structure est entrée en vigueur, et ce au 1er janvier 2021. La révision TransAL-1 a, entre autres, permis l'élimination de positions obsolètes et tarifées à plusieurs reprises.

TransAL-2 est en cours et porte sur la révision du tarif de la liste des analyses. L'objectif de ce projet conséquent est justement la révision de toutes les positions, avec l'établissement d'un nouveau tarif. En outre, la nouvelle structure tarifaire sera publiée. Avec un tel modèle tarifaire, le département pourra adapter les tarifs à intervalles réguliers. L'entrée en vigueur de ce nouveau tarif est prévue en 2027. Le projet avance donc selon



le calendrier établi et plusieurs étapes pour fixer les bases de la tarification ont été achevées à satisfaction. Un mandat externe pour développer le modèle tarifaire, est en cours. Ce modèle sera ensuite testé, vérifié et soumis à la commission extraparlamentaire compétente avant sa mise en oeuvre.

Je vous assure qu'une nouvelle tarification reste un processus extrêmement complexe. Nous l'avons vu. Cela a notamment été démontré avec Tardoc, dont le développement a pris plusieurs années. En définitive, les autorités doivent intervenir pour décider. Le projet de longue haleine est donc réalisé en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés, ce qui garantit un certain consensus sur une thématique qui reste extrêmement controversée.

Outre cette révision, différentes mesures ont également été prises, et ce, avec l'objectif de maîtriser les coûts dans ce domaine. Elles ont permis des économies d'environ 250 millions de francs par an. Il faut citer deux décisions majeures prises en 2022: celle de la limitation de la prise en charge des coûts pour la détermination de la vitamine D et celle de la réduction linéaire de 10 pour cent de tous les tarifs à l'exception des analyses rapides.

Une augmentation du volume des analyses prescrites a certes été constatée depuis la coupe linéaire, mais sans cette coupe, les coûts ne seraient que plus élevés. Ces mesures démontrent donc que des efforts permanents sont déployés pour maîtriser les coûts dans ce domaine. Le Conseil fédéral reconnaît ainsi la problématique de la maîtrise des coûts et continue de prendre des mesures dans la limite de ses compétences.

Votre commission a donc décidé d'entrer en matière sur le projet, mais en allant au-delà du mandat initial de la motion 17.3969. En effet, la majorité de votre commission propose d'instaurer un assouplissement de l'obligation de contracter. Cette thématique n'est pas nouvelle. Elle a déjà été largement discutée au Parlement et elle a été chaque fois écartée. Dans le cadre du contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts, votre conseil avait intégré une proposition similaire, qui avait finalement été biffée.

J'insiste sur le fait que l'introduction d'une liberté de contracter, même pour une seule catégorie de fournisseurs de prestations, complexifie la prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins, avec des principes différents selon les cantons, mais aussi selon les fournisseurs de prestations. En effet, il en résulterait des différences de prise en charge entre les cantons et entre les assureurs, et la conclusion des contrats augmenterait la charge de travail de tous les partenaires ou acteurs concernés.

Je prends juste un exemple chiffré: on peut compter environ 200 laboratoires privés, dont plusieurs appartiennent aux mêmes propriétaires. Si l'on prend ainsi 100 laboratoires privés et 40 assureurs, cela revient à devoir conclure pas moins de 4000 contrats, chacun pouvant comporter des prix différents. Il en résulterait donc une charge de travail supplémentaire considérable. Je m'étonne que vous n'y soyez pas attentifs, vu l'attention que vous portez régulièrement à la surcharge administrative.

J'indique encore que ce ne sont là que quelques éléments. Vous aurez la possibilité de poursuivre la discussion à ce sujet dans le cadre de la motion Hegglin Peter 23.4088, qui a été acceptée par le Conseil des Etats lors de la session d'automne 2024 et sera traitée par votre conseil durant la présente session.

Vous l'aurez compris, je vous invite à suivre la minorité de votre commission qui veut biffer la disposition proposée par la majorité, et à adhérer à la décision du Conseil des Etats, qui a refusé d'entrer en matière lors de la session d'automne 2024.

Je vous remercie de l'attention, modeste, portée à ce dossier.

Präsidentin (Riniker Maja, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag der Minderheit Romy ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 24.037/30184)

Für Eintreten ... 119 Stimmen

Dagegen ... 67 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Verhandlung der Tarife der Analysenliste) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Négociation des tarifs de la liste des analyses)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



AB 2025 N 9 / BO 2025 N 9

Titre et préambule, ch. I introduction*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 37a***Antrag der Mehrheit**Titel*

Laboratorien: besondere Voraussetzungen

Abs. 1

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe f, die keine Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchführen, schliessen einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern ab. Soweit im jeweiligen Kanton eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet ist, sind Versicherer und Leistungserbringer in der Wahl ihrer Vertragspartner frei. Die Verträge regeln insbesondere die Vergütung für die Analysen.

Abs. 2

Die Versicherer machen den Versicherten, den Ärztinnen und Ärzten, den Spitälern und den Kantonen eine Liste der Leistungserbringer zugänglich, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen haben. Jede Änderung der Liste ist zu veröffentlichen. Die Versicherten und Kantone haben jederzeit Einsicht in die aktualisierte Liste. Die Versicherer können die Informationen auf der Versichertenkarte hinterlegen.

Abs. 3

Der anordnende Leistungserbringer informiert die versicherte Person vor der Auftragserteilung darüber, wenn für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden dürfen, weil kein Zusammenarbeitsvertrag nach Absatz 1 besteht. Der Bundesrat regelt die Sanktionen, sollte der Leistungserbringer den Aufklärungspflichten nicht nachkommen.

Antrag der Minderheit

(Rumy, Crottaz, Gysi Barbara, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber)

Streichen

Art. 37a*Proposition de la majorité**Titre*

Laboratoires: conditions particulières

Al. 1

Les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettre f qui ne procèdent à aucune analyse de soins de base pour leurs propres besoins, concluent un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs. Dans la mesure où dans un canton, une offre appropriée et de haut niveau de qualité est garantie, les assureurs et les fournisseurs de prestations ont le libre choix de leurs partenaires contractuels. Les contrats règlent notamment la rémunération des analyses.

Al. 2

Les assureurs mettent à disposition des assurés, des médecins, des hôpitaux et des cantons une liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération. Chaque modification apportée à la liste est publiée. Les assurés et les cantons ont accès à la liste actualisée à tout moment. Les assureurs peuvent saisir les informations sur la carte d'assuré.

Al. 3

Avant d'attribuer le mandat, le fournisseur de prestation informe la personne assurée dans le cas où la prestation ne peut pas être facturée à la charge de l'assurance obligatoire des soins, car aucun contrat de coopération au sens de l'alinéa 1 n'a été conclu avec l'assureur. Le Conseil fédéral règle les sanctions si le fournisseur de prestation ne respecte pas l'obligation d'informer.



Proposition de la minorité

(Rumy, Crottaz, Gysi Barbara, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber)
Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 24.037/30185)

Für den Antrag der Mehrheit ... 118 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 68 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Art. 52

Antrag der Kommission

Abs. 1 Bst. a Ziff. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen nach Absatz 1 in Rechnung gestellt werden. Das EDI kann ...

Art. 52

Proposition de la commission

Al. 1 let. a ch. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Les médicaments et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ne peuvent être facturés à l'assurance obligatoire des soins qu'au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens de l'alinéa 1. Le DFI peut désigner ...

Angenommen – Adopté

Ziff. II, III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. II, III

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 24.037/30186)

Für Annahme des Entwurfes ... 118 Stimmen

Dagegen ... 68 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte (BBl 2024 1105)



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Frühjahrssession 2025 • Erste Sitzung • 03.03.25 • 14h30 • 24.037
Conseil national • Session de printemps 2025 • Première séance • 03.03.25 • 14h30 • 24.037



Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales (FF 2024 1105)

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Riniker Maja, Präsidentin): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.

AB 2025 N 10 / BO 2025 N 10

