



19.046

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Änderung (Massnahmen
zur Kostendämpfung, Paket 1)****Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
Modification (Mesures
visant à freiner la hausse
des coûts, 1er volet)***Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.06.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.20 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 09.09.20 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: "Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1", so heisst der Titel der Vorlage, die wir vor uns haben. Wir sind Zweitrat bei dieser Beratung, und es geht im Wesentlichen um die Frage, ob und wie die Kosten im Gesundheitswesen eingedämmt oder sogar gesenkt werden können. Sie kennen die doch relativ beunruhigende Ausgangslage: Zwischen 1996, dem Jahr, als das Krankenversicherungsgesetz in Kraft trat, und 2017 sind die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 12 auf 32 Milliarden Franken gestiegen. Damit haben sie sich innerhalb von zwanzig Jahren verdreifacht, in einer Zeit, in der die Teuerung tief und auch die Lohnentwicklung wesentlich tiefer als diese Kostenentwicklung war. Das hat dazu geführt, dass pro versicherte Person pro Jahr durchschnittlich 4 Prozent höhere Kosten angefallen sind.

Wenn wir die Kostenblöcke betrachten, sprechen wir in der Regel von vier grossen Blöcken: erstens die stationäre Spitalbehandlung, zweitens die ambulante Behandlung durch Ärzte- und Ärztinnen, drittens die Arzneimittel und viertens die ambulante Spitalpflege. Wenn der Bundesrat nun mit zwei Paketen kommt, um diese Kosten einzudämmen, stützt er sich im Wesentlichen auf einen Expertenbericht vom 24. August 2017, der eine ganze Reihe von Massnahmen vorschlägt. Der Bundesrat hat sich entschieden, die Massnahmen in zwei Pakete zu unterteilen. Das, ich würde mal sagen, harmlosere Paket haben wir heute vor uns, das vielleicht brisantere zweite Paket wird noch folgen und Fragen wie das Globalbudget umfassen. Aber auch die heutige Vorlage hat es in sich. Ich komme gleich auf deren Inhalt zu sprechen.

Um es vorwegzunehmen: Der Nationalrat hat der Vorlage am 18. Juni 2020 mit 140 zu 48 Stimmen bei 9 Enthaltungen zugestimmt. Ihre Kommission hat sich an zwei Sitzungen im August mit der Vorlage befasst und sie am Schluss einstimmig gutgeheissen. Die einzelnen Teile der Vorlage waren in der Kommission aber teilweise durchaus ein emotionaler Diskussionsgegenstand.

Dieses Paket umfasst neun Massnahmen zur Kostendämpfung. Schwergewichtig soll zum einen ein sogenannter Experimentierartikel eingeführt werden. Dieser Experimentierartikel soll es ermöglichen, innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des normalen Rahmens des KVG zu testen, das heisst, eigentlich gesetzwidrige Pilotprojekte zu

AB 2020 S 708 / BO 2020 E 708

starten, um herauszufuteln, in welchen Bereichen Kostendämpfungen möglich sind und in welchen nicht. Ich komme in der Detailberatung darauf zurück.

Ein zweiter wesentlicher Punkt ist die Einführung einer neuen nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig sein soll. Hier bestand in der Kommission breite Einigkeit darüber, dass dem zuzustimmen ist. Es wird deshalb zur Grundstruktur dieser Tariforganisation in der Detailbera-





tung keine grössere Diskussion mehr geben. Verbunden mit der Einführung der nationalen Tariforganisation ist auch die Verpflichtung der Leistungserbringer und der Kassen, der neuen Tariforganisation die notwendigen Daten zu liefern.

Drittens soll neu eine gesetzliche Grundlage für die verbindliche Vereinbarung von Massnahmen durch die Tarifpartner zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen geschaffen werden. Wir werden in der Detailberatung auf diese teilweise umstrittene Frage zurückkommen. Als Folge davon möchte der Bundesrat auch eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die ambulanten Behandlungen einführen, und zwar, darauf gestützt, nicht nur für Einzelleistungstarife, wie das normalerweise auch heute üblich ist, sondern in grösserem Umfang als heute auch für Patientenpauschaltarife. Wir kommen in der Detailberatung auch darauf zurück.

Die finanziellen Auswirkungen dieser Massnahmen sind nicht klar; das ist von vornherein zuzugeben. Sie werden im Wesentlichen davon abhängen, ob sich diese Massnahmen in den vier Kostenblöcken wirklich kostensenkend oder wenigstens kostendämpfend auswirken. Der Bundesrat geht in seiner Botschaft von längerfristigen Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken aus, so wird das dort festgehalten. Ihre Kommission schliesst sich dieser Einschätzung bei aller Unschärfe an.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten. In der Detailberatung werden wir auf die einzelnen Fragen zurückkommen.

Carobbio Guscetti (S, TI): Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 sind die Ausgaben, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden, von 12 auf 32 Milliarden Franken gestiegen, wie uns auch unser Berichterstatter gesagt hat. Infolgedessen stiegen die Krankenkassenprämien um durchschnittlich 4 Prozent pro Jahr. Dieser Kostenanstieg ist einerseits auf die demografische und technologische Entwicklung zurückzuführen, andererseits aber auch auf andere Faktoren wie das Angebot von medizinischen Leistungen – nicht zuletzt unnötigen Leistungen –, die Preise dieser Leistungen, die Preise von Medikamenten usw. Infolgedessen ist die Frage, wie die Krankenkassenprämien zu bezahlen sind, für viele Haushalte zu einem grossen Problem geworden. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf, sowohl was die Finanzierung als auch was die Eindämmung der Gesundheitskosten betrifft.

Der erste Teil der Massnahmen zur Kostendämpfung, das Paket 1, welches das Ziel hat, das Gesundheitssystem finanzierbar und die finanzielle Belastung durch die Krankenkassenprämien erträglich zu halten, ist wichtig. Der Nationalrat hat eine Aufteilung des Pakets in die Teile 1a und 1b beschlossen; dies, damit die wenig umstrittenen Massnahmen so bald als möglich beschlossen und eingeführt werden können.

Die zentralen Elemente dieses ersten Teils des ersten Pakets – sie wurden schon erwähnt – sind die Verstärkung der Rechnungskontrollen, die Weiterentwicklung der ambulanten Tarife mit der Einführung von Pauschalen auch im ambulanten Bereich, die nationale Tariforganisation und der sogenannte Experimentierartikel. Unsere Kommission hat die Zustellung der Rechnungskopie, die Organisation für Tarifstrukturen im ambulanten Bereich und die Pilotprojekte vertieft diskutiert und Lösungen gefunden. Es gibt meiner Meinung nach einen Bereich, der noch offen ist: die individuelle Rechnungskontrolle. Ich werde in der Detailberatung auf dieses Thema zurückkommen.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten. Wir müssen diesen ersten Schritt tun. Die umstrittenen Massnahmen werden wir im zweiten Teil dieses Pakets 1 und im Paket 2 diskutieren. Die wenig umstrittenen Massnahmen sind jetzt aber notwendig.

Dittli Josef (RL, UR): Zuerst meine Interessenbindung: Ich bin Präsident des Krankenversichererverbandes Curafutura.

Das ungebremsste Wachstum der Kosten im Gesundheitswesen ist eine echte Herausforderung. Gezielte Massnahmen des Bundes zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen sind richtig und wichtig. Das vorliegende Paket 1 bringt uns einen ersten Strauss an Massnahmen, mit denen die Akteure Instrumente erhalten, um dieses Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen.

Das vorliegende Paket umfasst Massnahmen, die aus meiner Sicht grundsätzlich unbestritten sind. Die Verstärkung der Rechnungskontrolle, ein System zur Weiterentwicklung der ambulanten Tarife und der sogenannte Experimentierartikel sind sicher sinnvolle Elemente. Doch in der Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass dem regulierten Wettbewerb nachgelebt wird. Der Wettbewerb soll nur so viel reguliert werden, als dies zur Erreichung der Ziele notwendig ist. Dabei ist insbesondere die wettbewerbliche Tarifpartnerschaft hochzuhalten. Das heisst, dass dem Bundesrat z. B. nur subsidiäre Kompetenzen eingeräumt werden sollen, wenn es darum geht, ein gemeinsames Tarifbüro zu schaffen. Damit sollen die Tarifpartner zuerst die Chance haben, selber eine Lösung zu finden. Sollten sie es nicht schaffen, ist es selbstverständlich richtig, dass der Bundesrat die



entsprechenden Kompetenzen hat, um das System entsprechend funktionsfähig zu erhalten.

Eine gute Sache ist im Gesamten sicher auch die Schaffung eines Tarifbüros für die Tarife im ambulanten Bereich. Aber wie im stationären Bereich mit Swiss DRG soll der Bundesrat erst dann Kompetenzen erhalten, wenn die Tarifpartner es nicht fertigbringen, sich auf eine Tarifstruktur zu einigen. Es soll also keine unnötige staatliche Bürokratie geschaffen oder gefördert werden. Ich denke hier insbesondere an die Patientenpauschaltarife für ambulante Behandlungen, die vorgesehen sind, welche auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen sollen.

Ich bin für Eintreten und bitte Sie, in der Diskussion zu den einzelnen Mehrheiten und Minderheiten immer auch einen Blick auf den regulierten Wettbewerb zu werfen, bei dem der Staat nur so viel regulieren soll, wie es unbedingt notwendig ist, damit er den Wettbewerb nicht unnötig einschränkt.

Berset Alain, conseiller fédéral: Comme le rapporteur de commission l'a rappelé, vous êtes confrontés maintenant aux premiers éléments de discussion qui font suite au rapport commandé à un groupe d'experts dans les années 2017–2018. Ce groupe d'experts avait rendu un rapport, qu'il avait d'ailleurs accepté à l'unanimité, ce qui est assez remarquable. Vous pouvez imaginer la diversité des mesures proposées. Ce rapport contient un peu moins de 40 mesures qui doivent nous aider à continuer le travail pour retrouver la maîtrise de l'évolution des coûts. Le caractère remarquable de cette unanimité montre bien qu'il y a une nécessité d'agir, et la conscience de cette nécessité d'agir de manière résolue aujourd'hui a augmenté avec le temps.

Le rapporteur de la commission l'a rappelé, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, le montant total a augmenté, passant de 12 à 32 milliards de francs en 20 ans; c'est beaucoup trop. Cela représente en moyenne 4 pour cent par année, même s'il faut constater que, depuis quelques années, ce pourcentage se situe en-dessous de 4 pour cent en moyenne par an, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, parce qu'il y a pas mal de choses qui ont déjà pu être réalisées. Dans le domaine des médicaments, par exemple, nous avons réussi, depuis 2012, à faire baisser leur prix de manière globale d'un peu plus de 1 milliard de francs par année, chaque année, par rapport à la situation antérieure. Il s'agit quand même d'un élément important.

Un autre élément important a été la révision de 2017 du Tarmed, avec une entrée en vigueur en 2018, pour laquelle nous

AB 2020 S 709 / BO 2020 E 709

avons prévu environ un demi-milliard de francs d'économie. Nous étions les seuls à faire une prédiction de ce niveau-là; à la fin, il faut constater que la prédiction de la Confédération s'est révélée correcte. Il y a effectivement eu des économies d'un demi-milliard de francs dans ce cadre-là.

Cela a permis, comme je le disais, d'avoir des évolutions moins importantes des coûts et des primes durant les dernières années, mais cela reste évidemment encore beaucoup trop élevé.

Il y a un élément qui m'a beaucoup frappé durant les trois ou quatre dernières années et qui explique pour une partie, je pense, cet effet légèrement positif freinant les coûts, c'est le fait que, depuis 2016 ou depuis 2017, la question des coûts de la santé et celle de l'évolution des coûts ont retrouvé une place sur le plan de la politique fédérale, qui n'était pas aussi évidente dans les années précédentes. J'en veux pour preuve qu'en 2017 – c'était quelque chose de remarquable –, la révision du Tarmed faite par le Conseil fédéral a été soutenue unanimement par les partis représentés au Parlement fédéral. Une telle unanimité aurait été difficilement envisageable plus tôt. Cela montre qu'il y a une prise de conscience généralisée, dans l'ensemble des institutions, que nous devons agir plus fortement dans ce domaine.

Cette prise de conscience généralisée et cet engagement renforcé ont déjà des effets sur l'ensemble des acteurs de la santé, qui voient que la politique s'occupe de ces questions et souhaite véritablement reprendre le contrôle de la situation. Je crois que cela a déjà des effets positifs et nous souhaitons poursuivre sur cette voie.

Les effets de tout cela sont que, effectivement, les primes ont augmenté, je crois – je n'ai plus les chiffres exacts en tête –, de 1 pour cent à peu près en 2019 et de 0,2 pour cent en 2020; on verra bientôt ce que cela va donner pour 2021. Pour l'instant, on se trouve en dessous de ces 4 pour cent. Mais cela nécessite de nouveaux efforts, chaque année, vraiment, pour optimiser le système, pour le rendre plus efficient, pour enlever les poches où nous avons des difficultés ou des dépenses qui ne sont pas forcément nécessaires.

Je ne reviens pas dans le détail sur les mesures, car elles seront débattues lors de la discussion par article. Je rappelle simplement que le Conseil fédéral a souhaité faire deux paquets. Un paquet, comme l'a indiqué le rapporteur de la commission, comprenant les mesures censément moins contestées, et un deuxième paquet pour lequel les enjeux et la haie à franchir seront plus élevés.



Le Conseil national a saisi ce premier paquet, et en a fait deux sous-paquets. En réalité, nous avons donc aujourd'hui déjà trois paquets. Un paquet 1a, sur lequel vous vous penchez aujourd'hui, qui a été bien reçu en commission et qui a réuni une très forte majorité au Conseil national; un paquet 1b, qui vient de subir son épreuve du feu au sein de la commission compétente du Conseil national, qui l'a adopté, et qui sera transmis au Conseil national durant la session d'octobre, et un paquet 2, sur lequel la consultation ouverte par le Conseil fédéral à la fin du mois d'août se déroule actuellement.

Tout cela pour dire que cet objet nous occupera pendant un certain temps. Avec ces projets, nous souhaitons maintenir ces questions au sommet de l'agenda politique, renforcer la transparence dans le système de santé, et renforcer la responsabilité de l'ensemble des acteurs du système de santé. Je crois que si l'on renforce la transparence et la responsabilité de ces acteurs, nous aurons déjà accompli de nombreuses choses et apporté beaucoup d'éléments et d'effets freinant les coûts.

La discussion d'aujourd'hui est nécessaire. Nous devons continuer d'agir de manière résolue. C'est un travail, j'allais presque dire, de Sisyphe – ou pas exactement, car j'espère que nous parviendrons à laisser au sommet de la colline le caillou qui toujours roule. Le travail qui nous attend est très important, et nous sommes dans le même bateau. Nous devons agir pour notre population et pour la viabilité à long terme de notre système de santé, de manière à limiter la hausse des coûts, et donc des primes.

Avec cette argumentation, j'aimerais vous inviter, sans aborder encore les détails du projet qui vont suivre, à entrer en matière sur le volet 1a, soit le premier paquet de mesures pour la maîtrise des coûts.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

L'entrée en matière est décidée sans opposition

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1a)

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

Detailberatung – Discussion par article

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

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

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

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 3

Antrag der Kommission

... Im System des Tiers payant muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Bei stationärer Behandlung ...

Art. 42 al. 3

Proposition de la commission

... Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. En cas de traitement hospitalier ...

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Zu diesem Artikel möchte ich zuhänden der Materialien gerne eine Bemerkung machen. Es geht hier, obwohl wir keine Minderheit vor uns haben, um einen wesentlichen Artikel dieses Gesetzes. Es geht um die Frage, wie denn die Patientin oder der Patient überhaupt überprüfen kann, welche Leistungen sie oder er bezogen hat. Da gilt ja heute schon die Regel von Artikel 42 Absatz 3,



wonach der Leistungserbringer dem Schuldner eine Rechnung zustellt. Im sogenannten System Tiers payant, etwa bei Spitalaufenthalten, bekommt zwar der Krankenversicherer die Rechnung, er muss sie dann auch bezahlen, aber der Patient bekommt eine Kopie davon.

Der Bundesrat schlägt nun in seiner Vorlage vor, dass die Leistungserbringer verpflichtet sein sollen, dem Patienten eine solche Rechnungskopie zuzustellen. In der Regel passiert das heute schriftlich. Der Bundesrat schlägt vor, dass der Bundesrat selber auch vorsehen kann, dass das auch auf andere Weise erfolgen kann. Der Nationalrat hat das ausgiebig diskutiert. Er hat dann beschlossen einzufügen, dass wiederum der Leistungserbringer die Kopie der Rechnung dem Patienten zustellen muss und dass dies elektronisch und auch über Webportale der Versicherer erfolgen kann. Das sind Internetportale, welche die Versicherer haben und auf denen dann Patientenkonti geführt werden. Der Patient müsste dann auf diesen Konti nachsehen, ob dort eine Rechnung abgelegt ist oder nicht. Dies kann je nachdem mit oder ohne elektronische E-Mail-Mitteilung erfolgen.

Ihre Kommission hat nun einstimmig beschlossen, dieses System zu vereinfachen und zu klären. Es bleibt dabei, dass der

AB 2020 S 710 / BO 2020 E 710

Leistungserbringer der versicherten Person eine Rechnungskopie zustellen muss. Neu heisst es im Artikel, dass er dies unaufgefordert tun muss. Die Zustellung kann auch wie gemäss Nationalrat elektronisch erfolgen. Die Zustellungspflicht in unserer Version bleibt aber beim Leistungserbringer und grundsätzlich nicht beim Versicherer. Wir haben jedoch eingeführt, dass die Versicherer und die Leistungserbringer vereinbaren können, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Wenn dann vereinbart würde, dass dies über ein Internetportal erfolgen soll, wäre dies auch möglich.

Die Kommission ist einstimmig der Meinung, dass wir damit eine klarere rechtliche Grundlage dafür haben, um die Möglichkeiten der Patienten sicherzustellen, en connaissance de cause auch eine reichlich komplizierte Spitalrechnung überprüfen zu können.

Berset Alain, conseiller fédéral: Il n'y a pas à proprement parler de minorité à cet article, mais j'aimerais quand même, puisque le rapporteur a dit quelques mots, également me prononcer pour vous dire que nous ne voyons pas de difficultés avec la précision "sans que l'assuré n'ait à le demander"; vous pouvez l'ajouter. De même, nous n'avons pas de problème avec le fait que c'est une convention entre l'assuré et le fournisseur de prestations qui prévoit qui fait parvenir la copie.

Par contre, je voulais juste faire remarquer que, sur la question de la transmission électronique, nous avons souhaité ne pas la faire dépendre uniquement de l'obligation de transmettre une copie. Nous souhaiterions régler de manière beaucoup plus complète et générale la question des factures électroniques, et c'est quelque chose qui serait prévu dans le paquet 2. C'est l'inconvénient des différents paquets, à savoir qu'il faut essayer d'avoir une certaine cohérence de l'ensemble. Nous voyons une certaine difficulté avec cette formulation, à savoir qu'elle comporte le risque d'amenuiser les chances de vraiment régler, de manière complète, la question des factures transmises par voie électronique dans le paquet 2. Dans l'immédiat, nous voyons quelques difficultés d'interprétation et de mise en oeuvre.

C'est la raison pour laquelle nous sommes évidemment, sur le fond, entièrement d'accord. Pour être très clair, nous avons le même but, mais nous souhaiterions ne pas lier cet élément uniquement à l'obligation de transmettre une copie, mais régler cela de manière beaucoup plus générale. Cela dit, je prends note qu'il n'y a pas de minorité, donc, je dois constater que le Conseil fédéral est un peu seul avec cette argumentation.

Dans ces conditions, j'aimerais faire un appel à votre conseil en disant que je souhaiterais qu'on ne vienne pas alors, dans le paquet 2, dire que cette question a été réglée à minima dans le premier paquet, et que donc on ne règle plus maintenant les questions ouvertes. Si on règle cette question ici, il faudrait vraiment, en même temps, peut-être aussi déclarer l'intérêt qu'il peut y avoir pour le Parlement de régler de manière plus complète cette question dans le deuxième paquet.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Der Bundesrat möchte, dass wir beim Paket 2 noch offen für allfällige Ergänzungen bleiben. Er verzichtet aber darauf, die Durchführung einer Abstimmung zu verlangen.

Angenommen – Adopté

Art. 43 Abs. 5, 5ter

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



*Antrag der Minderheit*

(Müller Damian, Dittli, Häberli-Koller)

Abs. 5

Unverändert

Abs. 5ter

Streichen

Art. 43 al. 5, 5ter*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Häberli-Koller)

Al. 5

Inchangé

Al. 5ter

Biffer

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Obwohl es auf der Fahne nicht so aussieht, handelt es sich hier einerseits um ein Herzstück der Vorlage überhaupt, andererseits wahrscheinlich um den umstrittensten Punkt in der ganzen Vorlage.

Worum geht es? Es geht um die Frage, wie die Leistungstarife festgelegt werden sollen. Heute ist die Rechts-situation so – Sie ersehen das aus Artikel 43 Absatz 5 des geltenden Rechts –, dass Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Wenn sich die Tarif-partner – die Leistungserbringer und die Versicherer – nicht einigen können, dann kann der Bundesrat die Tarifstruktur festlegen. Das funktioniert heute. Bei Einzelleistungstarifen sind diese gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstrukturen auch heute schon üblich, und es gibt auch heute schon Pauschaltarife, die zwischen den Tarifpartnern vereinheitlicht und vereinbart wurden. Der Bundesrat möchte nun eine Neuerung einführen, wonach Patientenpauschaltarife nicht nur möglich sein sollen, sondern auch – wenn sie vereinbart werden – auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen.

Was bedeutet das? Das bedeutet nicht, dass die Tarife gesamtschweizerisch einheitlich werden. Diese können kantonal, branchenmässig und je nach Vertrag unterschiedlich sein. Aber es bedeutet, dass die Tarifstruktur einheitlich sein soll. Nehmen Sie das Beispiel einer Kataraktoperation: Eine solche Operation umfasst zehn Positionen – wenn man das unter dem Aspekt des Einzelleistungstarifs anschaut –, also zehn Teile. Das ist in der ganzen Schweiz gleich. Die Operationen werden überall gleich durchgeführt. Die Tarife sind unterschiedlich. Heute wäre es nun möglich, dass diese Tarifstruktur unterschiedlich vereinbart wird. Gemäss Entwurf des Bundesrates müsste diese Struktur für die Kataraktoperation gesamtschweizerisch einheitlich sein. Überall müssten also diese zehn Positionen ausgewiesen werden, wenn auch mit unterschiedlichen Tarifen. Die Einheitlichkeit hat den Vorteil, dass die Vergleichbarkeit gesamtschweizerisch möglich ist. Sie hat aber auch den Nachteil, dass bei den Pauschaltarifen bezüglich der Struktur nicht berücksichtigt werden könnte, wenn die Tarifstruktur kantonale Besonderheiten hätte.

Hier ist nun des Pudels Kern, also die Differenz zwischen der Mehrheit und der Minderheit. Der Nationalrat ist ziemlich klar dem Bundesrat gefolgt. Ihre Kommission möchte mit 8 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung auch dem Bundesrat folgen. Die Mehrheit ist der Auffassung, dass eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur von Vorteil ist. Die Vorteile der Einheitlichkeit überwiegen die nicht mehr möglichen kantonalen Differenzen, weil die kantonale Differenz sich ja eigentlich vor allem bei der Höhe der Tarife auswirken sollte, aber nicht bei der Struktur, also z. B. bei der Frage, ob eine Kataraktoperation zehn oder eine davon abweichende Anzahl von Positionen hat.

Die Minderheit ist anderer Meinung. Die Minderheit möchte diesen bundesrätlichen Artikel streichen und es beim geltenden Recht belassen. Das geltende Recht bedeutet wie gesagt, dass grundsätzlich Einzelleistungstarife vereinbart werden. Es können, je nach Tarifvertrag, kantonal auch unterschiedliche Tarifpauschalstrukturen vereinbart werden. Doch es würde keine gesamtschweizerisch zwingende einheitliche Tarifstruktur eingeführt.

Gemäss Artikel 43 Absatz 5ter in der Version des Bundesrates wäre es möglich, dass bei diesen Pauschaltarifen in Bezug auf die gesamtschweizerische Struktur Ausnahmen gemacht werden. Nach Auffassung der Mehrheit ist das genügend, um die bundesrätliche Lösung anzunehmen. Die

**AB 2020 S 711 / BO 2020 E 711**

Minderheit ist der Meinung, das sei nicht genügend. Sie meint, es sei insgesamt auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Struktur zu verzichten.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen, die mit 8 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung entschieden hat.

Müller Damian (RL, LU): Eine Kostendämpfung über einheitliche Pauschalen für ambulante Behandlungen – das ist gut gemeint, aber eben nur gut gemeint. Das Ziel wird definitiv verfehlt. Pauschalen für ambulante Behandlungen sind vielmehr zum Zauberwort geworden. Damit soll alles einfacher und billiger werden, dies selbstverständlich bei gleicher Qualität für alle Patientinnen und Patienten.

So hat sich der Nationalrat in der Sommersession mit grosser Mehrheit für die Einführung gesamtschweizerischer Pauschalen für ambulante Behandlungen im Gesundheitswesen ausgesprochen. Auch unsere Kommission liess sich von diesem Enthusiasmus für solche Pauschalen anstecken. Bei allem Enthusiasmus für sinnvolle Kosteneinsparungen – es gilt, diese Erwartungen in einen Kontext zur medizinischen Realität zu setzen.

Pauschale Abgeltungen sind vor allem bei häufig durchgeführten operativen Eingriffen möglich; der Kommissionssprecher hat ein Beispiel dazu genannt. Solche Pauschalen bestehen aber heute schon. Es ist nicht so, dass es keine Pauschalen für ambulante Behandlungen gäbe, wie dies allenthalben behauptet wird. Die Tarifpartner haben sich auf eine ganze Reihe solcher Pauschalen geeinigt. Der Verband der operativ-invasiv tätigen Ärzte hat erst kürzlich gemeinsam mit den Versicherungen und Santésuisse ein Gesuch um Genehmigung von Pauschalvergütungen für weitere 67 Operationen beim Bundesrat eingereicht. Dafür brauchte es weder ein neues Gesetz noch eine Pflicht oder eine nationale Organisation. Branchenkenner schätzen, dass so gegen 15 Prozent aller ambulanten Leistungen mit Pauschalen vergütet werden können. Darum haben sich auch in den OECD-Ländern Pauschalen für ambulante Behandlungen als alleinige Vergütungsform nicht durchgesetzt.

Jede klinisch tätige Fachperson weiss zudem um die Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen bei medizinischen Problemen. Diese ist im Bereich der gesprächsorientierten Medizin natürlich besonders gross. Die Vorstellung, Patienten wären ohne Weiteres standardisierbar, sobald sie sich bestimmten Eingriffen unterziehen, ist einfach komplett falsch. Die Behandlung einer Person kann je nach Begehrlichkeit, nach Erkrankung und nach sozialem Umfeld sehr aufwendig sein oder eben auch nicht.

Mit einer Pauschale würde Folgendes geschehen: Unkomplizierte Fälle würden übervergütet, während Ärzte mit kränkeren, sozial schwächeren Patienten oder allgemein komplexen Fällen es sich nicht mehr leisten könnten, diese adäquat zu versorgen. Es besteht also eine grosse Gefahr, dass es zu einer Unterversorgung kommt. Vor allem ältere und physisch beeinträchtigte Menschen dürften zu den Verlierern gehören.

Die effektiv realisierbaren Einsparungen dürften enttäuschend ausfallen. Behandlungspauschalen verhindern das Problem der Mengenausweitung nicht. Die im internationalen Vergleich hohen Zahlen an radiologischen Untersuchungen in der Schweiz werden nicht gesenkt, wenn diese pro Untersuchung pauschal statt im Einzelleistungstarif abgegolten werden. Im ambulanten Bereich sollen Pauschalen von den Tarifpartnern vorangetrieben und individuell auf die Situation abgestimmt werden können. Die Anwendung von Pauschalen soll auf Freiwilligkeit basieren und nicht gesetzlich bestimmt werden. Die Tarifautonomie ist zu wahren, sie hat sich in der Praxis bewährt.

Deshalb bitte ich Sie, der Minderheit zu folgen.

Häberli-Koller Brigitte (M-CEB, TG): Auch ich bitte Sie, hier beim geltenden Recht zu bleiben und die Mehrheit nicht zu unterstützen. Die Freiheit der Tarifpartnerschaft soll meines Erachtens bestehen bleiben. Ich möchte hier keinen Zwang ins Gesetz schreiben. Pauschalen, das wissen wir, sind im ambulanten Bereich durchaus sinnvoll. Sie müssen aber weiterhin individuell abgestimmt werden können. Ich finde eine solche gesamtschweizerisch vorgesehene, starre Lösung nicht zielführend. Die Tarifpartner sollen dies partnerschaftlich wie bisher lösen und dort, wo es dann wirklich Sinn macht und auch Wirkung zeigt, solche Pauschaltarifstrukturen vereinbaren.

Ich bitte Sie deshalb, hier der Minderheit zu folgen und den Antrag der Mehrheit abzulehnen.

Ettlin Erich (M-CEB, OW): Obwohl ich bei der Minderheit nicht aufgeführt bin, unterstütze ich diese Minderheit. Ich komme zur Gesetzgebung. In Artikel 43 steht: "Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung." Er kann – er kann – namentlich durch Einzelleistungstarife gemäss Buchstabe b oder durch pauschale Vergütungen gemäss Buchstabe c vorgesehen werden. Die gesetzliche Grundlage ist also schon da. Man kann pauschale Vergütungen vornehmen. Das wird dann auch durch die Tarifpartner getan. Ich muss



vielleicht noch meine Interessenbindungen darlegen: Ich bin Verwaltungsrat der CSS und auch im Vorstand von Spitex Schweiz. Wie gesagt: Die Tarifpartner können das heute schon anwenden, und – es wurde von meinen Vorrednern gesagt – es wird auch getan.

Ich möchte nicht die Pauschalen schlechttreden. Diese können hilfreich sein. Sie sind auch kostensenkend. Sie können dort zur Kostensenkung beitragen, wo sie angewendet werden. Das ist unbestritten. Die Tarifpartner werden sich ja nur dann auf Pauschalen einigen, wenn sie gegenüber den Einzelleistungstarifen Vorteile, also tiefere Kosten bei gleichbleibender Qualität, bringen. Sonst werden sich die Tarifpartner hier nicht einigen. Pauschalen machen, das muss man vielleicht noch sagen, nur dann Sinn, wenn die Leistungen vergleichbar sind und in einer gewissen Menge – die Kataraktoperation wurde als Beispiel erwähnt – vorgenommen werden. Es darf also nicht um Einzelfälle gehen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass regionale Unterschiede in der Versorgung bestehen. Es ist also ein ganzer Kratten von Themen, der berücksichtigt werden muss, wenn man überhaupt Pauschalen anwenden will.

Es ist wenig sinnvoll, parallel zu einer nationalen ambulanten Einzelleistungsstruktur auch eine nationale Pauschalstruktur zu unterhalten. Ideal wäre eine Kombination der beiden Vergütungsarten in einer einzigen Tarifstruktur. Das heisst, die Leistungsvergütung beinhaltet eine Pauschale und einen Einzelleistungsanteil. Aber das ist bereits möglich; deshalb habe ich am Anfang das Gesetz erwähnt. Deshalb braucht es eigentlich keine Gesetzesänderung.

Ich bitte Sie, hier der Minderheit zuzustimmen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zu folgen und den Minderheitsantrag Müller Damian abzulehnen.

Pauschalen im ambulanten Bereich sind wichtig. Sie werden das System der Einzeltarifstruktur wahrscheinlich nie ersetzen, aber ergänzen, und sie werden immer wichtiger. Wieso? Bei den Einzelleistungstarifen besteht das Risiko einer Mengenausweitung. Je mehr man verrechnet, desto mehr verdient man. Das führt zu Mehrkosten und auch zu höheren Krankenkassenprämien. Jene Leute, die wir vor der Erhöhung der Krankenkassenprämien schützen wollen, werden benachteiligt.

Pauschalen im ambulanten Bereich sollen deshalb auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Das heisst nicht – wie es der Berichterstatter gesagt hat –, dass wir in der ganzen Schweiz die gleichen Preise haben werden. Wir werden aber eine einheitliche Zusammensetzung haben. Das ist sehr wichtig, wenn man bedenkt, dass wir weitere Schritte hin zu einer Einführung von Pauschalen unternehmen wollen. Der Antrag Müller Damian würde die wichtige pauschale Abrechnung im ambulanten Bereich infrage stellen.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen und den Minderheitsantrag abzulehnen.

Germann Hannes (V, SH): Meine Vorredner haben es bereits inhaltlich eingehend erläutert. Ich werde mich auch der Minderheit anschliessen. Es geht mir wie Kollege Ettlin: Ich

AB 2020 S 712 / BO 2020 E 712

weiss nicht, warum mein Name nicht auf der Fahne steht, aber das wird schon seine Gründe haben.

Die Argumente der Minderheit, so scheint mir, sind gleichwohl die besseren. Die Mehrheit möchte nun Pauschalen im ambulanten Bereich, also nationale Tarife, wie es sie schon im stationären Bereich gibt. Dort hat sich die ganze Geschichte wahrlich nicht unbedingt als Grosserfolg erwiesen.

Ich verweise auf ein paar Zahlen: Wir haben seit Inkrafttreten des KVG, als uns versprochen wurde, das diene der Kostensenkung im Gesundheitswesen – Herr Bundesrat Berset, das waren noch Ihre beiden Vorgänger und Ihre Vorvorgängerin –, 39 KVG-Revisionen durchgeführt. Die Seitenzahl des KVG ist von 40 auf 98 gestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt. Die Verordnungsänderungen haben sich noch mehr ausgelehnt.

Während Ihrer Amtszeit, Herr Bundesrat Berset, ist das einzig messbare Ziel, das in den 102 Massnahmen der Strategie Gesundheit 2020 enthalten ist, nämlich 20 Prozent der Kosten einzusparen, meines Wissens nicht erreicht worden. Auch die Expertengruppe Diener hat in ihrem Expertenbericht von einem Sparpotenzial von 20 Prozent gesprochen. In der Strategie Gesundheit 2030 erhebt man gar nicht mehr den Anspruch, messbare Ziele erreichen zu wollen. Sehen Sie, darunter leiden auch diese Schnellschuss-Pakete, die wir jetzt machen. Der Bundesrat spricht zwar wiederum von einem Einsparpotenzial von mehreren hundert Millionen Franken, aber etwas Messbares legt er nicht vor. Ich bin fast schon sicher, dass auch dieses Ziel nicht erreicht wird, so wie alle anderen 38 Sparvorschläge oder die 102 Massnahmen nicht zum Ziel geführt haben.

So gesehen bitte ich Sie, jetzt nicht noch einen weiteren Schritt hin zur totalen Ausschaltung des Wettbewerbs



und zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens zu gehen. Bei allem Verständnis für die positiven Ansätze, die jetzt erwähnt worden sind: Die Folge wäre, dass der Spielraum für innovative Lösungen zwischen den Tarifpartnern einmal mehr entfällt. Ich meine, das ist der Irrweg, auf dem wir uns generell befinden. Darum werde ich hier auch der Minderheit folgen.

Dittli Josef (RL, UR): Ich habe Ihnen beim Eintreten vom regulierten Wettbewerb und meiner Vorstellung erzählt, dass der Staat nur dann eingreifen soll, wenn das zur Erreichung der Ziele unbedingt notwendig ist. Pauschalen im ambulanten Bereich machen durchaus Sinn. Aber wir haben hier ein System, das schon jahrelang funktioniert. Pauschalen im ambulanten Bereich gibt es schon seit Jahrzehnten. Jetzt, wir haben es vom Minderheitssprecher gehört, ist gerade ein regelrechter Boom ausgebrochen: Dutzende von solchen neu ausgehandelten Pauschalen im ambulanten Bereich liegen nun zur Genehmigung beim Bundesrat. Wir haben ein System, das funktioniert, und jetzt kommt der Staat und will regulieren.

Mit der vorliegenden Formulierung von Artikel 43 Absätze 5 und 5ter werden die bis anhin freiwilligen tarifpartnerschaftlich ausgehandelten Pauschalen durch die Vorgabe der gesamtschweizerischen Einheitlichkeit faktisch verunmöglicht. Dies gilt zum Beispiel für regionale Tariflösungen, die sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Krankenversicherern erwünscht sind. Dies führt zu einer unnötigen Beschränkung der heute praktizierten, wirksamen und funktionierenden Tarifierung mit Pauschalen und damit zu einer weiteren Einschränkung des wettbewerblichen Gesundheitssystems der Schweiz.

Wenn nun eine solche nationale Grundstruktur beschlossen wird, dann vergrössern wir vor allem die Bürokratie. Jemand muss dann den ganzen Prozess führen, Vorgaben machen, die Einheitlichkeit prüfen, genehmigen usw. – das kann nicht im Interesse eines regulierten Wettbewerbs sei. Der Entwurf des Bundesrates bzw. der Antrag der Mehrheit ist eine unnötige staatliche Regulierung und führt zu mehr Bürokratie.

Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit zu folgen, denn damit bleiben eine angemessene Tarifierung im ambulanten Bereich sowie die Tarifpartnerschaft für pragmatische Tarifierungslösungen erhalten.

Hegglin Peter (M-CEB, ZG): Nachdem sich jetzt fast alle Mitglieder der SGK gemeldet und sich einzelne von der Mehrheit zur Minderheit bekannt haben, möchte ich festhalten, dass ich in der Mehrheit war und auch immer noch in der Mehrheit bin.

Ich begründe dies wie folgt: Wenn jetzt gesagt wird, dass mehr reguliert werde, dass es komplizierter werde und es mehr staatliche Eingriffe gebe, dann möchte ich doch darauf hinweisen, dass die Einzelleistungstarife heute schon gesamtschweizerisch vereinbart sein müssen. Man hat Erfahrungen mit diesen Einzelleistungstarifen gemacht. Diese haben im Gegensatz zu pauschalen Abgeltungen zu stetigen Mengenausweitungen geführt, und sie werden weiterhin dazu führen, weil mit Einzelleistungstarifen der Anreiz vorhanden ist, stets mehr zu verordnen und zu behandeln, als unbedingt notwendig ist. Pauschalen aber würden eben eher dazu führen, dass es zu Kosteneinsparungen kommt. Das Paket, das wir behandeln, beinhaltet ja Massnahmen zur Kostendämpfung. Selbst H plus schätzt, dass mit diesen Pauschalen im Spitalbereich bei über 80 Prozent Pauschalen eingeführt werden könnten. Bei Hausärzten dürfte das weniger sein. Trotzdem denke ich, dass das helfen würde, diese Kostenentwicklung mindestens abzubremsen. Wenn jetzt gesagt wird, das sei national nicht möglich oder nicht gut, dann möchte ich einfach darauf hinweisen, dass es heute schon so ist, dass die regionalen Unterschiede mit den Taxpunktswerten abgebildet werden können und damit auch darauf Rücksicht genommen wird.

Ich empfehle Ihnen, der Mehrheit zu folgen.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Das Wort ist weiterhin frei für die verbleibenden Mitglieder der Kommission. (*Heiterkeit*) Es wird nicht mehr gewünscht. Herr Bischof möchte sich noch einmal äussern.

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Nur kurz zur Ehrenrettung der Protokollführer: Ich habe jetzt im Protokoll noch einmal nachgeschaut. Es war tatsächlich so, das Abstimmungsverhältnis war 8 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung. Es können also nicht mehr als drei Personen in der Minderheit gewesen sein. Wenn die Minderheit in der Zwischenzeit gewachsen ist, dann muss da wahrscheinlich ein Wunder passiert sein; und das gibt es ja, vor allem in meinem katholischen Umfeld. Doch die Protokollierung stimmt also.

Berset Alain, conseiller fédéral: Si c'est un argument de dire que cela fonctionne depuis longtemps ainsi et qu'il ne faut donc surtout rien changer, à ce moment-là, cela veut dire accepter le triplement des coûts dans l'assurance de base depuis vingt ans. Et, avec cette argumentation-là, on peut renoncer au paquet 1a, au paquet 1b et puis au paquet 2! Je dois vous dire que si c'est là votre argument, cela ne va pas suffire. S'il revient à dire: "Circulez, y'a rien à voir, en fait cela va bien!", cela signifie que la situation actuelle est conforme



à ce que nous attendons et que l'évolution des coûts sans contrôle est quelque chose qu'il faut accepter. Nous ne pouvons pas l'accepter. C'est la raison pour laquelle nous faisons des propositions pour améliorer la situation, et je vais vous montrer en quoi cet élément nous paraît important pour l'améliorer.

Il est vrai qu'aujourd'hui, cela existe. Il n'y a pas tellement de forfaits aujourd'hui. Ce qui arrive maintenant, c'est que les forfaits sont appelés à fortement se développer. C'est une bonne chose. Nous aurons, nous l'espérons, plus de forfaits dans le domaine ambulatoire à l'avenir. Mais cela signifie aussi qu'on ne devrait alors pas pour autant accepter une diminution de la transparence, de la comparabilité et de la mesurabilité.

Herr Germann hat von Messbarkeit und Vergleichbarkeit gesprochen. Das steht genau im Zentrum.

Et cela fonctionne aujourd'hui avec les tarifs à la prestation, parce qu'il y a une structure tarifaire nationale, mais ensuite les tarifs et les prix sont fixés canton par canton – cela n'est pas remis en question et c'est bien normal. Il existe donc une structure tarifaire nationale qui permet cette comparaison, qui

AB 2020 S 713 / BO 2020 E 713

permet cette mesure et cette transparence. Et au moment où nous avons des tarifs à la prestation qui sont appelés à diminuer un peu pour être remplacés par des forfaits, si nous n'appliquons pas les mêmes mesures de transparence et de comparabilité aux forfaits, alors on va plutôt créer une situation nébuleuse dans laquelle on va perdre la vision générale de ce qui se réalise. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a proposé, tenant compte de cette évolution, de corriger l'alinéa 5.

Il y a un autre élément qui parle pour la modification de l'alinéa 5 et l'ajout d'un alinéa 5ter. Quelle est la différence entre le droit en vigueur et ce qui est proposé par le Conseil fédéral, ou, autrement dit, qu'est-ce qui, aujourd'hui, est possible dans les tarifs à la prestation, mais n'est pas possible lorsqu'il n'y a pas de tarif forfaitaire se fondant sur une structure nationale? La différence, c'est la capacité pour le Conseil fédéral, lorsque c'est nécessaire, lorsque l'on voit que les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre pour corriger ou pour adapter un tarif, d'intervenir de manière subsidiaire, selon une compétence qui lui a été accordée par le Parlement. Et ici, encore une fois, avec la proposition de la minorité de la commission – heureusement, ce n'est pas l'avis de la majorité, qui était même une forte majorité au sein de la commission –, on remet en cause la compétence subsidiaire du Conseil fédéral. C'est vous qui la lui avez donnée et vous pouvez naturellement la lui retirer, mais il faut quand même bien reconnaître que, dans le domaine des tarifs ambulatoires, la seule fois où, jusqu'ici, quelque chose de positif s'est passé en termes d'évolution des coûts, c'est quand, en 2017, le Conseil fédéral, avec l'appui de l'unanimité des partis politiques représentés au Parlement, a pu faire usage de sa compétence subsidiaire pour 2018. Donc, le seul outil qui, d'une certaine manière, a fonctionné pour contrôler l'évolution des coûts dans ce domaine, alors qu'on se dirige de plus en plus vers une tarification forfaitaire, deviendrait lentement non caduc mais perdrait de son importance et de sa force.

Malgré l'évolution observée, à savoir la tendance à appliquer des forfaits – ce qui est une bonne chose –, la proposition de la minorité induirait moins de transparence, moins de comparabilité, moins de mesurabilité et la perte de la possibilité, pour le Conseil fédéral, d'agir selon sa compétence subsidiaire lorsqu'il y a un problème que les partenaires n'arrivent pas à régler. Vous pouvez le souhaiter, mais dans ce cas il faut être conscient que, alors que l'on parle du premier "vrai" point de ce projet – le rapporteur l'a dit, c'est un "Herzstück" du projet –, votre décision irait plutôt à l'encontre de ce que souhaite le Conseil fédéral, qui observe que sur le terrain les choses évoluent.

Je précise encore que le Conseil fédéral peut sans problème exempter des prestations de l'exigence d'uniformité si cela est nécessaire.

Mais je rappelle ici qu'il ne serait pas très compréhensible – pas non plus pour la population qui paie des primes – que, pour la même opération, la structure tarifaire soit différente à Saint-Gall, à Lucerne et à Fribourg. C'est cela qui est en jeu aujourd'hui. Notre système doit garantir la transparence, la comparabilité et la mesurabilité. J'aimerais donc vous inviter à suivre la majorité de votre commission, de manière à ce que nous puissions utiliser les outils qui ont fait leurs preuves jusqu'ici, notamment la compétence subsidiaire dans ce domaine, pour pouvoir agir, alors que les forfaits se développent. Ce qui, encore une fois, est une bonne chose que nous souhaitons. Je vous invite donc à soutenir la majorité de votre commission.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen

(0 Enthaltungen)



Art. 47a

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2, 5–7

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein.

Abs. 4

Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation einigen, so legt der Bundesrat diese nach Konsultation der betroffenen Organisationen und unter der Wahrung der Tarifautonomie fest.

Art. 47a

Proposition de la commission

Al. 1, 2, 5–7

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

Si l'organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, il l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs.

Al. 4

Si les fédérations de fournisseurs de prestations et celles des assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur des principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement de l'organisation, le Conseil fédéral fixe ces principes, après avoir consulté les organisations concernées, et en respectant l'autonomie tarifaire.

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Hier geht es nun um diese neue nationale Tariforganisation. Sie ist im Nationalrat und auch in Ihrer Kommission grundsätzlich unbestritten geblieben. Ihre Kommission schlägt Ihnen einstimmig vor, dieser bundesrätlichen Lösung zu folgen. Die Kommission schlägt Ihnen auch vor, dass die Pflicht zur Herausgabe von Daten an diese neue Organisation nicht nur die Leistungserbringer trifft, sondern gemäss Nationalrat auch die Versicherer. Auch das ist unbestritten geblieben.

Bestritten war zunächst in den Absätzen 3 und 4 die Frage, wer nun bei dieser neuen Organisation die Organisationshoheit habe. Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, dass er die Grundsätze für Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation aufstellen solle. Der Nationalrat ist diesem Vorschlag gefolgt, allerdings mit dem Einschub, dass zunächst die betroffenen Organisationen konsultiert werden müssten. Ihre Kommission schlägt Ihnen in Absatz 4 einstimmig eine andere, subsidiäre Regelung vor: "Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation einigen, so legt der Bundesrat diese [...] fest." Dem Bundesrat kommt also nur dann eine subsidiäre Organisationsautonomie zu, wenn die Partner sich nicht einigen können. Absatz 4 gemäss Entwurf des Bundesrates ist neu Absatz 3, hat aber keine materielle Änderung erfahren.

Müller Damian (RL, LU): In Artikel 47a geht es im Wesentlichen darum, die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates weniger weit zu fassen als vom Bundesrat beabsichtigt. Die neue Formulierung in Absatz 4 stellt klar, dass der Bundesrat Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation nur festlegen kann, wenn sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer nicht selbst einigen können.

Die ursprüngliche Formulierung sieht eine weiter gefasste subsidiäre Kompetenz des Bundesrates für das Festlegen von Grundsätzen vor. Gemäss Botschaft kann der Bundesrat Grundsätze, beispielsweise zur Zusammensetzung der Organisation oder zur Entscheidungsfindung, erlassen, wenn er es für notwendig erachtet.

Davon hat unsere Kommission Abstand genommen und die Tarifautonomie stärker gewichtet als der Bundesrat und der Nationalrat. Deshalb ist es hier wichtig, dass wir weiterhin auf dem Pfad des Ständerates bleiben.

Juillard Charles (M-CEB, JU): Ma question porte plus généralement sur l'article 47a; c'est une question, pas une proposition. Les directeurs des départements de la santé des

AB 2020 S 714 / BO 2020 E 714

cantons romands, en particulier, auraient souhaité être associés à l'organisation chargée des structures tarifaires pour le traitement ambulatoire. Cette proposition ne semble pas être retenue aux articles 47a et 59b



alinéa 1 que nous traiterons tout à l'heure. Ma question consiste à savoir dans quelle mesure les cantons seront associés à la définition des structures tarifaires, parce qu'ils sont quand même des acteurs importants dans la politique de la santé en Suisse, sachant que celle-ci est avant tout mise en oeuvre par les cantons. Pourquoi ceux-ci ne sont-ils pas cités à cet article? Quel rôle pourraient-ils jouer dans ce dossier?

Berset Alain, conseiller fédéral: Il s'agit là aussi d'un élément important de ce projet. Nous avons dû constater qu'il a été – je le mentionnais tout à l'heure – difficile durant les dernières années d'aboutir à des révisions ou à des modernisations du tarif. Il a été compliqué de le réaliser et nous arrivons à la conclusion que, peut-être, un des éléments qui a manqué est ce qui existe déjà dans le domaine stationnaire, à savoir une structure qui a la charge de faire vivre ce tarif. C'est l'idée ici, à savoir de créer une telle structure, une organisation qui aurait comme charge de faire vivre ce tarif, c'est-à-dire de l'adapter à l'évolution des technologies médicales, pour avoir toujours un tarif qui soit au plus près de la réalité du terrain.

Nous n'avons pas de difficulté particulière avec les formulations à l'article 47a. Vous avez souhaité renforcer le caractère subsidiaire de l'action du Conseil fédéral – c'est une évidence pour nous – avec l'alinéa 3.

A l'alinéa 4, l'ajout "en respectant l'autonomie tarifaire" nous paraît être un point qui, potentiellement, pourrait créer un peu de confusion, car quand on parle d'autonomie tarifaire, on parle généralement de contenu et pas d'organisation. Mais enfin, si vous souhaitez le formuler ainsi, on pourra encore, dans les divergences qui existent, mener la discussion pour voir comment faire pour qu'il n'y ait pas d'incompréhension sur ce qui est vraiment contenu ici. Je ne vais donc pas m'opposer à cet élément, mais vous indiquer que nous souhaiterons certainement encore, dans le cadre de l'autre conseil, poursuivre la discussion sur ce point.

J'aimerais maintenant répondre à la question de M. Juillard sur la participation des cantons. En réalité, quand on parle de partenaires tarifaires dans le domaine ambulatoire, on parle de partenaires qui livrent des prestations – ce sont les médecins – et de partenaires qui financent ces prestations – ce sont les assureurs-maladie. Le domaine ambulatoire est financé à 100 pour cent par les primes-maladie. En réalité, les cantons ne sont pas des partenaires tarifaires au sens strict du terme. C'est la raison pour laquelle il ne nous paraît pas adéquat d'avoir les cantons dans cette organisation en l'état.

Cela dit – et c'est là un élément important –, il y a un autre projet actuellement en discussion: le projet Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ou projet EFAS. Il est clair que si le financement uniforme – "einheitliche Finanzierung" – devait trouver un chemin et aboutir – ce que nous souhaitons, même s'il faut encore voir dans quelles conditions –, alors à ce moment-là, les cantons deviendraient un partenaire tarifaire dans le domaine ambulatoire également, puisqu'ils seraient appelés à financer une partie de l'ambulatoire. Il est clair qu'à ce moment-là – soit dès le moment où ce serait une réalité –, ils devraient pouvoir rejoindre l'organisation tarifaire.

A contrario, les y autoriser aujourd'hui sans légitimité, parce qu'ils ne sont pas des partenaires tarifaires, poserait des difficultés qui deviendraient probablement compliquées à surmonter si, d'aventure, le projet EFAS ne devait pas aboutir. On ne peut pas l'exclure complètement – en fait, on n'en sait rien. A ce moment-là, les cantons auraient été un moment à l'intérieur de cette structure, et avec l'échec du projet EFAS – qu'on ne souhaite pas mais qui peut arriver –, on devrait les en sortir. Franchement, ce n'est pas non plus souhaitable. Je crois qu'il faut en rester à l'idée que ce sont les partenaires tarifaires qui doivent participer.

Aujourd'hui, dans l'ambulatoire, les cantons ne sont pas des partenaires tarifaires. Avec le projet EFAS, ils pourraient le devenir. A ce moment-là, de notre point de vue, ils devraient être associés à la structure tarifaire. J'espère ainsi avoir répondu à la question posée.

Angenommen – Adopté

Art. 47b; 53 Abs. 1; 59 Titel, Abs. 1 Einleitung, Bst. c, 3 Bst. g, h, 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 47b; 53 al. 1; 59 titre, al. 1 introduction, let. c, 3 let. g, h, 4

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

**Art. 59abis***Antrag der Mehrheit*
Streichen*Antrag der Minderheit*(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates**Art. 59abis***Proposition de la majorité*
Biffer*Proposition de la minorité*(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)
Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Hier geht es um die Frage der individuellen Rechnungskontrolle. Wir haben es vorhin bei der Frage der Rechnungskopie gesehen: Mit dieser Gesetzesänderung soll die bisherige Möglichkeit der Patientin, des Patienten verstärkt werden, die Richtigkeit der Rechnung eines Spitals oder eines Arztes zu überprüfen. Bei Artikel 59abis, der nach Meinung des Nationalrates neu eingefügt werden sollte, geht es um die Frage, ob der Patient auch das Recht bekommen soll, für die Rechnungsüberprüfung eine Patientenorganisation zu befragen; das kann er selbstverständlich an sich bisher schon tun. Vor allem in Absatz 2 geht es dann auch um die Frage, ob das Departement eine solche Patientenorganisation für die Leistung finanziell unterstützen kann, welche den Organisationsaufwand für die Rechnungskontrolle erbringt. Das Departement würde dann gemäss Absatz 3 die entsprechenden Voraussetzungen festlegen. Ihre Kommission ist mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung der Meinung, dass dieser Artikel zu streichen sei. Grundsätzlich ist es zwar richtig, dass hier die Patientenrechte gestärkt werden. Das hat man mit den obigen Artikeln nach Auffassung der Mehrheit genügend gemacht; eine Patientin soll natürlich das Recht behalten, sich beraten zu lassen, zum Beispiel von einer externen Organisation. Aber die Mehrheit der Kommission möchte hier keine Finanzhilfe durch den Bund gewähren, weil die Einführung dieser Finanzhilfe eigentlich bedeuten würde, dass eine zusätzliche Kontrollereinheit eingeführt würde. Wir haben heute die Situation, dass die Patientin die Rechnung prüfen kann und insbesondere die Versicherer die Pflicht haben, die Rechnungen zu überprüfen. Eine zusätzliche Kontrollstelle würde vor allem zusätzliche Kosten und einen zusätzlichen Administrationsaufwand bringen, was nach Auffassung der Mehrheit hier unnötig und unerwünscht ist. Der Bundesrat hatte diese Hilfe auch nicht vorgesehen. In der Kommissionsberatung war für die Änderung eine gewisse Offenheit zu spüren; der Herr Bundesrat wird das nachher selber sagen können. Es ist in der Kommission auch diskutiert worden, was denn eine Patientenorganisation im Sinne von Absatz 1 sei. Im Verlauf der Diskussion ist klargestellt

AB 2020 S 715 / BO 2020 E 715

worden, dass eine Patientenorganisation nur eine Patientenorganisation sein kann, hingegen zum Beispiel nicht Pro Infirmis, die Lungenliga oder eine ähnliche Organisation, die vielleicht ähnliche Tätigkeiten ausübt. Der Begriff der Patientenorganisation müsste im Titel enthalten sein. Das würde nach heutigem Recht heissen, dass die Schweizerische Patientenorganisation oder ihre Ableger in der Romandie oder im Tessin oder der Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen gemeint wären – oder natürlich zusätzliche Patientenstellen, wenn solche gegründet würden.

Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit – der Entscheid fiel mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung – zu folgen und diesen Artikel zu streichen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Eine konsequente Rechnungskontrolle hat ein beträchtliches Kostendämpfungspotenzial. Selbstverständlich ist die Rechnungskontrolle in erster Linie Sache der Versicherer. Es spielen jedoch auch die versicherten Personen, also die Patientinnen und Patienten, eine wichtige Rolle bei der Rechnungsprüfung.

Was die Rechnungskontrolle betrifft, gibt es zwei wichtige Elemente: erstens die Zustellung der Rechnung seitens der Leistungserbringer an die Versicherten und zweitens die Möglichkeit der individuellen Rechnungskontrolle, die gestärkt werden soll. Eine versicherte Person, die eine Rechnung erhalten hat, kann sich an eine



Patientenorganisation wenden, damit diese die Rechnung überprüft und bei einer allfälligen Anfechtung der Rechnung Unterstützung leistet.

Mit meinem Minderheitsantrag bitte ich Sie deshalb, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen und neu Artikel 59abis einzuführen. Es geht hier darum, die Kompetenz der Patientinnen und Patienten zu stärken und gleichzeitig Einsparungen zu ermöglichen, indem die Versicherten sich an Patientenorganisationen wenden können, welche sie bei der individuellen Rechnungskontrolle unterstützen.

Ich habe es gesagt: Die Intensivierung der Rechnungskontrolltätigkeit ist in erster Linie Sache der Krankenversicherer, welche diese Aufgabe schon wahrnehmen. Es geht hier deshalb nicht um eine Konkurrenz zu dieser wichtigen Rolle der Versicherer, sondern um eine subsidiäre Ergänzung. Es geht hier auch nicht um eine neue Organisation oder eine neue Stelle. Die Patientenorganisationen werden schon heute häufig von Patientinnen und Patienten angefragt, damit sie ihnen helfen, die Rechnungen zu verstehen. Wir wissen alle, wie kompliziert diese Rechnungen mit allen Tarifen und Positionen sind. Es gibt leider auch Fehler in diesen Rechnungen.

Die erste Person, die beurteilen kann, ob die Rechnung richtig ist oder nicht, ist der Patient. Der Patient oder die Patientin weiss, ob gewisse Untersuchungen gemacht worden sind oder wie lange sie gedauert haben. Gerade bei kleineren Beträgen wäre es gut, wenn die Patientinnen und Patienten die Rechnung anschauen und verstehen könnten, damit sie gegebenenfalls reklamieren können. Die Expertengruppe hat ihrerseits in ihrem Bericht einen ähnlichen Vorschlag gemacht, um die Möglichkeit der Patienten, die Rechnungen zu kontrollieren, zu stärken. Die Kantone bzw. die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren haben uns ebenfalls in einem Brief mitgeteilt, dass sie dieses Anliegen unterstützen.

Die Mehrheit der Kommission will die Patientenkompetenz bei der Rechnungskontrolle ebenfalls stärken. Sie will aber die Schweizerische Patientenorganisation nicht für diese wichtige Aufgabe unterstützen und finanzieren, obwohl eine solche Kontrolle nicht zu einer Ausdehnung der Kosten führen, sondern einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten würde.

Ich bitte Sie deshalb, meiner Minderheit zu folgen und sich der nationalrätlichen Lösung anzuschliessen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Le rapporteur l'a déjà mentionné: vous avons affaire à un article qui crée une base légale de financement, et rien d'autre. C'est une base légale de financement pour les organisations de patients, qui devraient, c'est ce que souhaite le Conseil national, pouvoir appuyer les patients dans les contrôles des factures et dans les démarches qui pourraient y être liées.

A cet article, nous avons montré une certaine ouverture. Ce n'est pas tellement eu égard à la base légale pour le financement – cela vous appartient et cela ne faisait effectivement pas partie du projet du Conseil national –, mais c'était pour rappeler que les organisations de patients jouent un rôle très important dans le renforcement et dans l'exercice des droits des patients. Si je me suis exprimé dans une intervention en commission en me montrant très favorable à ces organisations, c'est parce que le renforcement des droits des patients a aussi figuré dans les objectifs du Conseil fédéral; c'était déjà le cas à l'époque dans la stratégie de santé 2020. Il vous appartient de décider si vous créez une base légale ou non pour pouvoir les financer pour cette tâche en particulier. Cela ne me semble en tout cas pas aller à l'encontre de la stratégie du Conseil fédéral qui vise à renforcer les droits des patients et des organisations.

Un autre élément qu'il faut aussi avoir en vue, c'est que là où les factures sont les plus compliquées à lire, à comprendre et à décoder, c'est là où les cas sont aussi les plus compliqués, et les cas sont les plus compliqués généralement avec des patients souvent âgés, voire très âgés, dont les problèmes s'accumulent, qui ne sont pas forcément des patients qui ont comme première préoccupation de contrôler la facture et de téléphoner à l'assurance pour dire que quelque chose ne jouait pas dans la facture. Peut-être que prévoir un certain soutien dans ce domaine pourrait aussi être un élément qui renforcerait la transparence et le contrôle. Mais c'est une question aussi plus générale.

Le Conseil national a souhaité offrir ici une base légale pour régler cela sous l'angle financier. Cela ne faisait pas partie du projet du Conseil fédéral, et il vous appartient de décider.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 13 Stimmen
(1 Enthaltung)

Gliederungstitel vor Art. 59b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



Titre précédant l'art. 59b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 59b

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:

Abs. 1 Einleitung

... der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen:

Abs. 1 Bst.c

Streichen

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 6

... die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt, die Qualität gestärkt und die Digitalisierung gefördert werden kann. Die Bestimmungen treten ...

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Dittli, Ettlin Erich, Gapany)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, aber:

Abs. 1

... der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte bewilligen.

Abs. 6

Gemäss Mehrheit

AB 2020 S 716 / BO 2020 E 716

Art. 59b

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

Al. 1 introduction

... dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles visant à la maîtrise des coûts, au renforcement de la qualité ou à la promotion de la numérisation; ces projets peuvent s'inscrire dans les domaines suivants:

Al. 1 let. c

Biffer

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 6

... permet de maîtriser efficacement les coûts, de renforcer la qualité et de promouvoir la numérisation. Les dispositions deviennent ...

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Dittli, Ettlin Erich, Gapany)

Adhérer à la décision du Conseil national, mais:

Al. 1

Le DFI peut autoriser des projets pilotes dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles visant à la maîtrise des coûts, au renforcement de la qualité ou à la promotion de la numérisation.

Al. 6

Selon majorité



Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Hier haben wir den zweiten Kernartikel dieser Vorlage, und das ist damit auch der zweite umstrittene Artikel der Vorlage. Es geht um den sogenannten Experimentierartikel – etwas staatsrechtlich Mutiges und Innovatives.

Um es vorwegzunehmen: Bundesrat, Nationalrat und auch Ihre gesamte Kommission sind sich einig, dass ein solcher Experimentierartikel tatsächlich eingeführt werden soll, was nicht unbedingt selbstverständlich ist. Denn dieser Artikel, wenn Sie ihn lesen, gibt den Durchführern der Pilotprojekte ausdrücklich die Möglichkeit, sofern diese durch das Eidgenössische Departement des Innern bewilligt werden, vom KVG abzuweichen. Es wird also die Legalität dafür erteilt, gesetzeswidrig zu handeln. Das ist etwas Erstaunliches in einem Rechtsstaat. Es gibt eigentlich unlimitiert die Möglichkeit, im Rahmen des genehmigten Projekts Rechte und Pflichten einzuschränken.

Nun war zunächst die Frage: Zu welchem Zweck soll man diesen Experimentierartikel verwenden können? Klar war, da wir ja eigentlich von einem Kostendämpfungspaket sprechen, dass solche Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung durchgeführt werden sollen. Im Nationalrat ist dann dazugekommen, dass das nicht nur für die Kostendämpfung möglich sein soll, sondern auch zur Stärkung der Qualität. In der ständerätlichen Kommission ist dann nach der Kostenentwicklung und der Qualität auch noch die Digitalisierung dazugekommen. In diesen drei Bereichen können also solche Pilotprojekte gemacht werden – auch darüber besteht Einigkeit.

Nach einiger Diskussion besteht auch Einigkeit darüber, dass diese Projekte durch das Eidgenössische Departement des Innern und nicht – was auch denkbar gewesen wäre – beispielsweise durch eine Kantonsregierung genehmigt werden müssen. Das bedeutet nun auch, dass Versicherer oder Leistungserbringer, aber auch ein oder mehrere Kantone, eine Patientenorganisation oder vielleicht auch Dritte Projektverfasser sein können. Voraussetzung ist einfach, dass die Bedingungen des Artikels erfüllt werden und dass das Departement das Projekt dann genehmigt.

So weit herrscht in Ihrer Kommission bisher Einigkeit. Ein Ende findet die Einigkeit nun bei der doch auch staatsrechtlich wichtigen Frage, ob ein Katalog von möglichen Bereichen für diese Projekte bestehen soll, wie das der Bundesrat vorschlägt. Sie sehen das in Artikel 59b Absatz 1 mit den fünf aufgelisteten Buchstaben und den fünf Bereichen; das ist die Auffassung der Mehrheit Ihrer Kommission. Oder soll dieser Katalog gestrichen werden? Sollen also die Projektverfasser unlimitiert vom KVG abweichen können, um innovativ alle möglichen Neuigkeiten, z. B. für eine Kostendämpfung oder eine Qualitätssteigerung, zu prüfen oder um die Digitalisierung zu fördern?

Ihre Kommission hat nun zunächst den bundesrätlichen Entwurf bereinigt. Ihre Kommissionsmehrheit schlägt Ihnen vor, dass Buchstabe c gestrichen wird, falls die bundesrätliche Variante, also die Variante mit dem Leistungskatalog, angenommen wird. Buchstabe c sieht die Möglichkeit vor, dass Pilotprojekte auch die Wahl des Leistungserbringers seitens der Patienten einschränken. Das würde dann also heissen, dass etwa eine Kantonsregierung ein Projekt machen könnte, in dessen Rahmen die Kantonsangehörigen z. B. während drei Jahren keine freie Arztwahl oder keine freie Spitalwahl mehr hätten. Diesen Buchstaben c hat die Kommission gestrichen. Es bleibt dann nach Auffassung Ihrer Kommissionsmehrheit beim restlichen Katalog der möglichen Bereiche im Sinne von Artikel 59b Absatz 1.

Die Minderheit ist der Auffassung, dass dieser Katalog gestrichen werden und entsprechende Projekte unlimitiert sein sollen. Es sollen in allen möglichen Bereichen innovative Projekte mit den drei Zielen, die ich Ihnen genannt habe, geprüft werden können. Das schliesst auch die Möglichkeit ein, dass die Spital- oder die Arztwahlfreiheit durch eine Kantonsregierung oder eine Vereinbarung von Leistungserbringern oder Versicherern eingeschränkt wird. Dies wäre natürlich territorial beschränkt, also etwa auf das Territorium eines Kantons. Es wäre auch zeitlich beschränkt, also auf ein, zwei oder vielleicht drei Jahre.

Aber immerhin sind hier auch Grundrechtseingriffe denkbar, die sonst ein Verstoß gegen das KVG wären. Sie könnten im Rahmen eines Pilotprojekts vorgenommen werden. Gegen diese Einschränkung könnte sich die betroffene Patientin dann auch nicht wehren, wenn die Genehmigung des EDI für das Projekt vorliegt.

Ihre Kommission hat sich am Schluss mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung für die abgespeckte bundesrätliche Variante entschieden. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Müller Damian (RL, LU): Beim Experimentierartikel hat der Nationalrat gute Vorarbeit geleistet und den interventionistischen und eindimensionalen Antrag des Bundesrates korrigiert. Wir sind wie der Nationalrat und die Mehrheit der Kommission der Meinung, dass möglich sein soll, dass auch Pilotprojekte zur Stärkung der Qualität und zur Förderung der Digitalisierung bewilligt werden, nicht nur ausschliesslich solche zur Kostendämpfung. Ebenso sind wir in der Kommission wie der Nationalrat der Meinung, dass Experimentieren und Teilnahmezwang nicht zusammenpassen.



Dagegen erachten wir von der Minderheit es als falsch, den Akteuren im Gesundheitswesen per Gesetz abschliessend vorzuschreiben, wo sie experimentieren können. Die Suche nach Projekten und der Entscheid darüber, was ausprobiert werden soll, ist den Akteuren zu überlassen. Nur so können wir garantieren, dass Innovation auch effektiv stattfinden kann. Auch hier geht es also darum, dem Grundsatz des Vorrangs der Tarifautonomie entsprechend nachzuleben.

Ich bitte Sie, der Minderheit zu folgen.

Ettlin Erich (M-CEB, OW): Ich bitte Sie auch, die Minderheit Müller Damian zu unterstützen. Vielleicht muss man auch hier festhalten, dass die Bestimmungen natürlich relativ weit gehen können. Doch immerhin hält der Artikel ja fest, dass das EDI Pilotprojekte bewilligen kann; es muss nicht, es kann. Deshalb könnte es auch Experimente, die vielleicht zu weit gehen, nicht bewilligen. Insofern ist hier ein starker Hebel gegeben.

Innovation entsteht nicht von oben. Innovation entsteht von unten. Wenn wir den Regierungen und den Unternehmen, die schon bestehen, immer gesagt hätten: "Ihr müsst vorschreiben, in welchen Feldern man Innovation machen kann", dann wäre keine Innovation entstanden. Die entsteht ja relativ chaotisch.

Insofern möchte ich Sie bitten, hier keine Einschränkung zu machen und die Möglichkeit für unkonventionelle Ideen zuzulassen; Ideen, die wir heute vielleicht noch gar nicht kennen und die dann das Feld gross öffnen. Dann kann das EDI

AB 2020 S 717 / BO 2020 E 717

immer noch Innovationswünsche, die zu weit gehen, nicht bewilligen. Es hat am Schluss auch den Hebel bezüglich zu weit gehender Experimente.

Ich bitte Sie, der Minderheit Müller Damian zu folgen.

Rechsteiner Paul (S, SG): Ich möchte hier bei diesem Punkt eine Lanze für die Mehrheit brechen. Es ist so, dass die Kommissionsmehrheit die Förderung der Digitalisierung explizit als Möglichkeit aufgenommen hat. Hier besteht keine Differenz, das ist positiv. Hier bestand Übereinstimmung zwischen Mehrheit und Minderheit. Es geht aber zwischen Mehrheit und Minderheit immerhin um eine fundamentale Frage, Sie haben es gesehen: Der Katalog der Bereiche, in denen Pilotprojekte durchgeführt werden können, ist mit den verschiedenen Buchstaben a, b, d und e sehr offen formuliert. Es ist hier sehr viel an Experimenten möglich. Sensibel und entscheidend hingegen ist die Differenz bei Buchstabe c, wo es um die entscheidende Weichenstellung überhaupt im KVG für die Zukunft geht: Gibt es eine Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers, ja oder nein? Das ist ein fundamentaler Systemeingriff, der kontrovers ist und politisch per Gesetz zu entscheiden ist. Es ist nicht etwas, das auf Stufe der Praxis in Kantonen oder zwischen Versicherern vereinbart werden kann. Hier ist eine Fragestellung gegeben, die – Kollege Bischof hat es als Sprecher der Kommission zum Ausdruck gebracht – auch Grundrechtsdimensionen beschlagen kann.

In dem Sinne meine ich, dass Pilotprojekte in diesen Bereichen eben im Sinne der Mehrheit zu umschreiben sind.

Weil die Weichenstellung so bedeutend ist, möchte ich Sie bitten, der Mehrheit zu folgen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Cet article et ce chapitre sont extrêmement importants. Cet article doit nous permettre de mener, dans un cadre fixé à l'avance, des expériences, de tester des modèles, de développer des nouvelles approches dans des domaines où cela n'est pas possible aujourd'hui en raison du cadre légal. Entre le projet du Conseil fédéral et la proposition de la majorité de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, il y a en réalité quelques différences.

Votre commission souhaite être plus restrictive que le Conseil fédéral pour les domaines dans lesquels des projets pilotes sont possibles, cela notamment en supprimant la lettre c de l'alinéa 1 de l'article 59b. La minorité de votre commission, suivant en cela le Conseil national, souhaite a contrario que tous les domaines d'expérimentation soient possibles.

Je vous invite à suivre la proposition de la majorité de votre commission. Nous souhaitons pour notre part que l'article 59b alinéa 1 lettre c soit maintenu dans le projet, mais il vous appartient bien sûr de décider de la manière de procéder.

Le Conseil fédéral peut plus ou moins s'accommoder des autres propositions de la commission. Tout dépend de la manière dont cela sera mis en oeuvre.

J'aimerais encore faire une remarque sur la proposition de la minorité. De notre point de vue – et cela n'a rien de personnel, il s'agit du point de vue du Conseil fédéral et de l'Office fédéral de la justice –, celle-ci constitue une dérogation totale au principe de la légalité. Avec les experts en droit constitutionnel de la Confédération, nous sommes d'avis qu'elle est contraire à l'article 5 alinéa 1 de la Constitution fédérale. Le



Conseil fédéral ne peut pas, vous l'imaginez bien, proposer des projets qui soient contraires à la Constitution, dans la mesure notamment où il n'existe pas de Cour constitutionnelle en Suisse. Pour le Parlement, il serait théoriquement possible d'édicter, en en étant conscient, une norme contraire à la Constitution, mais cela nous paraît extrêmement difficile à envisager, et cela plus encore vu les débats actuels.

Pourquoi cette proposition est-elle contraire à la Constitution? Car elle permettrait de déroger à l'ensemble du cadre légal. Cela ne pose aucune limite aux expérimentations possibles. Il serait donc théoriquement possible de mettre en place des expérimentations qui, vues d'aujourd'hui, paraîtraient complètement absurdes.

Je vous donne un exemple – vous me direz qu'il est absurde, mais il deviendrait possible: on pourrait imaginer un projet pilote où il aurait été décidé, pour un certain temps, une certaine région et certains groupes de personnes, de supprimer la moitié du catalogue de prestations – ce serait possible – ou un quart, ou 10 pour cent. Il serait aussi possible, avec ce type de dérogation, d'envisager, par exemple, de porter la participation aux coûts à 10 000 francs, alors qu'aujourd'hui la participation aux coûts qui dépassent la franchise se monte à 10 pour cent jusqu'à concurrence de 700 francs. Il serait aussi possible, par exemple, d'introduire tout à coup, dans un projet pilote, des primes liées au risque.

Je peux vous faire une liste assez longue, ce qui n'est pas le but ici. Je dois cependant clairement vous communiquer – nous avons encore vérifié cette information avec l'Office fédéral de la justice, qui est l'autorité dans ce domaine – qu'avec la proposition défendue par la minorité nous avons de manière claire affaire à une proposition qui est contraire à l'article 5 alinéa 1 de la Constitution, c'est-à-dire contraire au principe de légalité qui est fixé dans cet article et, que, par conséquent, nous ne pouvons pas accepter cette proposition.

J'aimerais donc vous inviter, sans trop compliquer le débat, à suivre la majorité de votre commission, qui est plus restrictive que ce que souhaite le Conseil fédéral. Mais on pourrait laisser la lettre c; je laisserais la lettre c, si vous êtes d'accord. J'aimerais vous inviter à rester dans le cadre constitutionnel pour permettre ces essais pilotes. Je crois que c'est aussi le meilleur chemin pour donner de la crédibilité et de la confiance au moment de pouvoir faire des essais pilotes, qui sortent déjà du cadre légal – ce sont des exceptions au cadre légal que nous souhaitons faire, lesquelles sont prévues aux lettres a à e. Mais il faut un certain cadre.

Je souhaitais vous le dire très clairement pour votre débat, en vous invitant à suivre la majorité de votre commission.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Herr Bundesrat, stellen Sie den Antrag, über die Streichung von Absatz 1 Buchstabe c einzeln abstimmen zu lassen?

Berset Alain, Bundesrat: Ich verzichte darauf, um das Ganze zu vereinfachen. Aber ich muss hier noch mitteilen, dass ich mich im Namen des Bundesrates im Erstrat weiterhin für die Beibehaltung von Litera c engagieren werde.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Der Bundesrat unterstützt also das Konzept der Mehrheit mit Ausnahme des Vorbehaltes bei Absatz 1 Buchstabe c.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 19 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Bischof Pirmin (M-CEB, SO), für die Kommission: Ich erlaube mir zuhanden des Nationalrates noch eine Bemerkung zur eben durchgeführten Abstimmung: Unser Rat hat sich nun mehrheitlich – mit 23 zu 19 Stimmen – für die Version der Minderheit entschieden. Das Bundesamt für Justiz hat offenbar festgestellt, dass damit Verletzungen von Artikel 5 Absatz 1 der Bundesverfassung möglich würden, indem eine Einschränkung auch von Grundrechten von Einzelpersonen in der Schweiz möglich wäre. Da wir ja neben den Interessen der Versicherer und der Leistungserbringer insbesondere die Interessen der einzelnen Patientin und des einzelnen Patienten im Auge haben sollten, möchte ich den Nationalrat dazu ermuntern, dass er, wenn er bei dieser Variante bleiben sollte, wenigstens eine Ausnahme für Grundrechtsverletzungen ins Gesetz einfügt, damit nicht die Position des Einzelnen durch Pilotprojekte grundrechtlich tangiert wird – das zuhanden des Nationalrates und der Materialien.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Wir nehmen von diesem Nachwort Kenntnis.



Ziff. II-IV

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

AB 2020 S 718 / BO 2020 E 718

Ch. II-IV

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Änderung anderer Erlasse

Modification d'autres actes

Ziff. 1–3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. 1–3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 19.046/3715)

Für Annahme des Entwurfes ... 31 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(12 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