



22.062

**KVG.**

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

**LAMal.**

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

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.09.23 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.06.24 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir beschäftigen uns in den nächsten paar Minuten – oder wir werden sehen, wie lange – mit einem eigentlich komplizierten Geschäft. Aber ich versuche, es so gut wie möglich zusammenzufassen, damit wir alle verstehen, worum es geht und was wir machen. Es geht, wie gesagt, um das Kostendämpfungspaket 2.

In der Bemühung, die Prämienbelastung für die Menschen in der Schweiz zu dämpfen, hat der Bundesrat am 7. September 2022 das zweite Massnahmenpaket zur Kostendämpfung zuhanden des Parlamentes verabschiedet. Der Bundesrat hat mit dem Paket die Umsetzung weiterer Massnahmen in Angriff genommen, die im Bericht der von alt Ständerätin Diener geleiteten Expertengruppe aus dem Jahr 2017 vorgeschlagen wurden. Wir alle sind uns spätestens seit den sehr intensiven Diskussionen rund um die zwei Gesundheitsinitiativen, über die wir am letzten Sonntag abgestimmt haben, bewusst, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen und der Anstieg der Prämien eine grosse Sorge für die Bevölkerung darstellen.

Die Änderungen im Paket 2 sollen die bereits im Paket 1 – das waren die Pakete 1a und 1b – vorgeschlagenen Massnahmen ergänzen, ihre Wirkung verstärken und vor allem die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems verbessern. Als Ziel setzt sich der Bundesrat, dass die Massnahmen die medizinische Versorgung verbessern und das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen. Die Massnahmen des Bundesrates sollen dazu beitragen, die medizinisch nicht begründeten Mengenausweitungen zu reduzieren. Gleichzeitig soll die Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen verbessert werden. Seit Januar 2024 sind alle Massnahmen des ersten Paketes in Kraft getreten. Das Parlament hat einen ersten Teil des Paketes im Jahr 2021, einen zweiten Teil im Jahr 2022 verabschiedet. Der Bundesrat setzte die darin enthaltenen Massnahmen gestaffelt ab 2022 in Kraft. Die Schaffung einer nationalen Tariforganisation und die Einführung einer Rechnungskopie für Versicherte sind Anfang 2022 in Kraft getreten. Weitere wesentliche Massnahmen wie die Einführung eines Experimentierartikels zur Förderung innovativer Projekte sowie die Datenweitergabe durch die Gesundheitsakteure sind Anfang 2023 in Kraft getreten. Die Kostensteuerung bei Tarifverträgen und das Beschwerderecht der Versicherten bei der Spitalplanung sind seit Beginn dieses Jahres in Kraft. Aktuell läuft die Referendumsfrist zu den Kosten- und Qualitätszielen sowie zu weiteren Massnahmen der Kostendämpfung, die im indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative vorgesehen sind. Der Bundesrat hatte ursprünglich Zielvorgaben als Teil des zweiten Paketes, also dieses Paketes, vorgesehen. Ende April 2021 nahm er die Vernehmlassungsergebnisse zum zweiten Paket zur Kenntnis und beschloss, die Zielvorgaben aus dem Paket herauszulösen.

Seit 2021 steigen die Kosten wieder deutlich an. Damit das Kostenwachstum langfristig gebremst werden kann, hat der Bundesrat auf der Grundlage des Kostendämpfungsprogramms die entsprechenden Massnahmen verabschiedet. Am 28. April 2021 hat er vom Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens Kenntnis genommen und auf dessen Basis entschieden, folgende Gesetzesänderungen vorzuschlagen:

1. Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer.





2. Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien. "WZW" steht für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit; das wird immer wieder vorkommen.
3. Regelung für die Festlegung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen.
4. Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, die Berechnung und die Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen.
5. Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern.
6. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.
7. Anpassung der Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Zu den einzelnen Punkten kommen wir dann in der Fahne.

Da die Änderungen im Bereich der Arzneimittel und die Anpassung zur elektronischen Rechnungsübermittlung auch für die Invalidenversicherung gelten sollen, schlägt der Bundesrat analoge Anpassungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vor. In Erfüllung zweier Motionen schlägt er zudem vor, dass Leistungen bei Mutterschaft bereits ab Beginn der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden sollen. Insgesamt sollen mit dem zweiten Massnahmenpaket dreizehn Motionen und Postulate umgesetzt werden. Die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen konnte der Bundesrat nicht genau beziffern, da sie von der konkreten Umsetzung durch die betroffenen Akteure abhängen; das war seine Ausführung in der Botschaft.

Der Nationalrat hat am 28. September 2023 über das Paket beraten. Er trat oppositionslos auf die Vorlage ein. Die grosse Kammer brachte verschiedene Änderungen am Entwurf des Bundesrates an. Man kann sagen: Die Vorlage wurde bezüglich Kostenbremse eher abgeschwächt. Die wichtigste Änderung betrifft die koordinierte Versorgung. Zwar ist der Nationalrat mit dem Bundesrat einig, dass diese stärker gefördert werden soll, er lehnte es aber mit 117 zu 67 Stimmen bei 7 Enthaltungen ab, Netzwerke zur koordinierten Versorgung neu als Leistungserbringer anzuerkennen. Stattdessen will er die bestehenden Regelungen anpassen und so eine bessere Koordination ermöglichen. Den Krankenversicherern soll erlaubt werden, die Daten ihrer Versicherten zu nutzen, um diese individuell über mögliche Einsparungen oder passende Versorgungsmodelle zu informieren; den entsprechenden Absatz hat der Nationalrat eingefügt. Mit zwei Motionen will der Nationalrat zudem alternative Versicherungsmodelle langfristig attraktiver machen, indem Mehrjahresverträge ermöglicht und Prämienrabatte anders berechnet werden sollen.

#### AB 2024 S 592 / BO 2024 E 592

Der Nationalrat sprach sich zudem im Grundsatz für vertrauliche Preismodelle für hochpreisige Medikamente aus, jedoch nur unter der Vorgabe, dass eine unabhängige Stelle öffentlich über die Umsetzung der vertraulichen Preismodelle Bericht erstatten soll. Dies soll ermöglichen, die Anzahl dieser Preismodelle und deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen, während einzelne Rückerstattungen vertraulich bleiben können. Der Nationalrat ergänzte zudem das Paket um weitere Massnahmen, die den Zugang zu innovativen Medikamenten verbessern sollen. Besonders innovative Medikamente sollen neu ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic auch von der Grundversicherung vergütet werden. Weiter nahm er eine Motion an, die spezifisch auf die Medikamente zur Behandlung seltener Erkrankungen abzielt, sogenannte Orphan Drugs. Dagegen sprach er sich dafür aus, die vom Bundesrat beantragten Möglichkeiten zur differenzierten Prüfung der WZW-Kriterien einzuschränken.

Das Paket beinhaltet aber auch Massnahmen, die keine direkte Kostensenkung zur Folge haben werden. Apothekerinnen und Apotheker sollen neu mehr Leistungen zugunsten der Krankenversicherung abrechnen können. Der Nationalrat präzisierte die Vorgabe des Bundesrates zu diesen Leistungen und ergänzte sie punktuell. Der Nationalrat stimmte auch dem Vorschlag des Bundesrates zu, dass neu ab Beginn der Schwangerschaft keine Kostenbeteiligung zu erheben ist. Aktuell sind Leistungen erst ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung befreit. Zudem sollen heute von Hebammen durchgeführte Analysen bei der Mutter gesetzlich klar definiert werden. Während der Schwangerschaft, der Niederkunft und im Wochenbett sollen die Hebammen ebenso unter gewissen Voraussetzungen Medikamente ohne ärztliche Anordnung anwenden können.

In der Gesamtabstimmung hat der Nationalrat das Massnahmenpaket mit 131 zu 28 Stimmen bei 32 Enthaltungen angenommen.

Ihre Kommission hat die Vorlage und die drei damit zusammenhängenden Motionen als Grundlage für ihre Beratungen genommen und an fünf Sitzungen darüber beraten. Es gab also für die Vorbereitung dieser Berichterstattung einige Protokolle zu durchforsten. Eintreten war in Ihrer Kommission unbestritten und wurde



einstimmig beschlossen.

Wir haben als Zweitratskommission zu Beginn und später noch zum Thema Medikamente Anhörungen durchgeführt. Wir haben festgestellt, dass aufgrund des Widerstandes in der Vernehmlassung die Erstberatungsstellen aus dem Paket gekippt wurden; das habe ich bisher nicht erwähnt, aber dieser Punkt ging in der Vernehmlassung unter. Widerstand gab es vor allem gegen den neuen Leistungserbringer für die koordinierte Versorgung. Ich denke, den werden wir noch behandeln. Trotzdem ist er in der Vorlage geblieben, weil der Bundesrat darin grosse Vorteile sieht; auch Ihre Kommission hat ihn aufgenommen.

Die wichtigste Differenz zum Nationalrat schufen wir bei den Netzwerken zur koordinierten Versorgung – wir haben sie wieder aufgenommen – und bei der Einführung von Mengenrabatten für Medikamente in Form von Kostenfolgemodellen. Weiter haben wir eine Übergangsbestimmung mit einer Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte aufgenommen. Ich werde bei den entsprechenden Bestimmungen auf der Fahne im Detail darauf zurückkommen.

Wir legen Ihnen auch ein Postulat vor, das bezüglich der Einzeltarife, also Tardoc, Tarmed und der ambulanten Pauschalen, Forderungen aufstellt.

Am Schluss liessen wir uns die Kosten- bzw. die Kostendämpfungsfolge unserer Vorschläge berechnen. Das ist nicht so einfach, wie dies der Bundesrat schon in der Botschaft beschrieben hat. Das hängt auch von den Aktivitäten, weiter auch von den Akteuren ab. An unserer letzten Sitzung wurden die Folgen wie folgt umschrieben: Die grössten Kosteneinsparungen sind bei der koordinierten Versorgung zu erwarten. Dort rechnet die Verwaltung aufgrund einer Studie mit einem Einsparungspotenzial von bis zu 250 Millionen Franken. Bei den Preismodellen und bei der Rückerstattung, vor allem bei den Medikamenten, geht man von bis zu 200 Millionen Franken Einsparungspotenzial aus. Das grösste Einsparungspotenzial sieht die Verwaltung bei den neu eingeführten Kostenfolgemodellen bei den Medikamenten. Bei den Massnahmen betreffend die Hebammen sind allenfalls Mehrkosten möglich, es besteht aber auch die Chance, dass diese Massnahmen aufgrund einer Verlagerung der Leistungen von heute anderen Leistungserbringern zu den Hebammen Kostendämpfungseffekte haben.

Die Kommission hat den Entwurf zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung in der Gesamtabstimmung mit 10 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen. Ich bitte Sie, darauf einzutreten und in den einzelnen Bestimmungen der Mehrheit zu folgen.

**Müller Damian (RL, LU):** Unser Gesundheitssystem ist krank. Die Qualität ist zwar noch hoch, die Kosten sind es aber eben auch. Die Versorgung wird schlechter, der Trend geht klar in die falsche Richtung. Die Bevölkerung hat am Sonntag gezeigt, dass sie die Problematik sehr ernst nimmt, aber trotzdem nicht auf unbezahlbare und symbolische Lösungen aufspringt. Sie verlangt nachhaltige und sinnvolle Lösungen, und unsere Aufgabe ist es, tragbare Lösungen zu suchen und umzusetzen. Und es gibt Lösungen, auch bei den sogenannten Gesundheitskosten, und diese gilt es voranzutreiben. Ich nenne die einheitliche Finanzierung der Leistungen (Efas) oder auch das Stichwort Digitalisierung, welche nachweislich zur Kostendämpfung beitragen.

Die heute zu behandelnde Vorlage ist nun die x-te Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) innert weniger Jahre. Fast im Monatstakt kommt der Bundesrat mit neuen Revisionsentwürfen; danach folgen umfassende Verordnungsanpassungen, welche wir in letzter Zeit wegen ihrer enormen Auswirkungen auch noch genau anschauen mussten. Mit dieser Häufung an Revisionen nimmt die Qualität der Gesetzgebungsarbeit ab. Die Planbarkeit für die Betroffenen wird schlechter, und ich befürchte, dass wir etwas in Hyperaktivismus verfallen sind, ohne dass wir damit sozusagen PS und Traktion auf den Boden bringen. Die Art und Weise, wie wir in der Kommission mit Last-Minute-Berichten und -Vorschlägen seitens der Verwaltung eingedeckt werden, ist in der aktuellen Vorlage auch kein Ruhmesblatt. Eine saubere Abklärung der Auswirkungen fand aus meiner Sicht nicht statt, zum Beispiel beim neu und kurzfristig eingebrachten Vorschlag der Kostenfolgemodelle; ich gehe später noch etwas mehr darauf ein.

Diese Ruhelosigkeit ist schädlich und widerspricht der verantwortungsvollen Arbeit. Es bräuchte deshalb einmal eine richtige Gesamtbetrachtung, eine kurze Pause, in der man sich mit allen Stakeholdern zusammensetzt, um das Gesundheitssystem und die Lösungsmöglichkeiten gemeinsam und ganzheitlich anzuschauen und anzugehen. Aber das ist leider nicht der Fall: Einmal mehr kommt der Bundesrat mit einem Strauss an Massnahmen – einige werden verworfen, andere bleiben hängen, aber ganzheitlich ist davon gar nichts.

Nehmen wir Artikel 43 Absatz 6 KVG: Dieser verlangt, dass wir eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst niedrigen Kosten erreichen. Die Diskussion zur Qualität und zur Versorgung geht in der aktuellen Debatte über die Kosten unter. Das System bleibt aber nur erfolgreich, wenn wir genau diese drei Elemente gesamtheitlich in der Balance halten. Reiner Qualitätsfokus bringt nichts, wenn wir die Kosten nicht in den Griff kriegen, umgekehrt bringt aber ein reiner Kostenfokus auch nichts, wenn sich



die Versorgung und die Qualität verschlechtern. Ich appelliere deshalb an Sie, Frau Bundesrätin, dass Sie die Gespräche mit allen Betroffenen, wie Sie das am Sonntag gesagt haben, suchen und gemeinsam ganzheitliche Lösungen zur Genesung des Gesundheitswesens finden, die vor allem die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Über diese sprechen wir in all den politischen Debatten zum Gesundheitssystem eindeutig zu wenig. Kostendämpfung ist ein wichtiges Element, aber eben nicht das einzige. Aus diesem Grund trage ich selbstverständlich die Bemühungen und Absichten dieser Vorlage mit, auch wenn es teilweise deutliche Korrekturen braucht, um die Balance zwischen den drei Aspekten zu halten.

**AB 2024 S 593 / BO 2024 E 593**

Lassen Sie mich in der Eintretensdebatte zu zwei konkreten Elementen der Vorlage etwas sagen:

Erstens schreitet die medizinische Innovation mit grossen Schritten voran. Menschen können heute geheilt oder deren Lebensqualität kann bei Krankheiten, die früher zum Tod führten, verbessert werden. So gibt es zum Beispiel gewaltige Fortschritte in der Krebsbekämpfung. Patientinnen und Patienten erhalten aber heute immer später Zugang zu neuen lebenswichtigen Medikamenten, weil die Preisverhandlungen zwischen dem BAG und der Pharmaindustrie immer länger dauern. Das höre ich seit achteinhalb Jahren, seit ich in diesem Rat bin: Patientinnen und Patienten erhalten heute immer später Zugang zu diesen neuen lebenswichtigen Medikamenten, weil die Preisverhandlungen zwischen dem BAG und der Pharmaindustrie wirklich lange dauern. Bei Zulassungen durch Swissmedic dauert es über 300 Tage, bis das Medikament auf die Spezialitätenliste kommt und von den Krankenkassen vergütet werden muss. Das BAG sagt, gemäss einer Studie von 2022 belege die Schweiz bei der Dauer zwischen Zulassung und Kostenübernahme von lebensnotwendigen Medikamenten in Europa den dritten Rang. Beide Parteien schieben sich gegenseitig die Schuld zu, aber darunter leiden nur die Patientinnen und Patienten. Dieser Kampf wird auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten ausgetragen, das kann es definitiv nicht sein.

Um diesen Missstand zu beheben, hat der Nationalrat das Konzept einer vorläufigen Vergütung von Arzneimitteln ab dem ersten Tag der Zulassung durch Swissmedic aufgenommen, verknüpft mit einer Rückzahlungspflicht durch die Hersteller, sollte der definitive Preis tiefer liegen. Es ist eine einfache und sinnvolle Lösung: Mit dem Rückzahlungsmechanismus behält man die Kosten unter Kontrolle, gleichzeitig verbessert man den Zugang für Patienten. Ich werde in der Detailberatung noch etwas mehr darauf eingehen und aufzeigen, dass die abstruse Behauptung des BAG, dass mein Minderheitsantrag 260 Millionen Franken Mehrkosten verursache und deshalb die Ausgabenbremse bemüht werden müsse, absolut unhaltbar ist. Die Rückzahlungspflicht wurde bei dieser Behauptung einfach ignoriert.

Zweitens zu den sogenannten Kostenfolgenmodellen für Medikamente mit hohem Umsatz: Dieses Element kam erstmals durch unsere Kommission in diese Vorlage hinein. Grundsätzlich ist die Idee nicht schlecht, sie kommt ja schliesslich von Kollege Dittli. Aber die Art und Weise, wie isoliert Ihnen diese nun präsentiert wird, widerspricht komplett meinem Anspruch an unseren Rat. Ich will Ihnen zeigen, wie Artikel 52e in die Fahne aufgenommen wurde.

Den Kostenfolgenmodellen liegt die Motion Dittli 19.3703, "Medikamentenkosten. Es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung", zugrunde. Diese wurde genau vor fünf Jahren eingereicht und wurde bereits vor vier Jahren von beiden Kammern angenommen. Das BAG hatte also vier Jahre Zeit, diese Motion umzusetzen. Was passierte? Zuerst einmal gar nichts. Es kam die Vorlage zum Kostendämpfungspaket 1a, dann die Vorlage zum Kostendämpfungspaket 1b, dann gab es die Vernehmlassung zum Kostendämpfungspaket 2. Nirgends liess sich die Umsetzung der Motion Dittli finden, obwohl in der Stellungnahme des Bundesrates zur Motion Dittli das Kostendämpfungspaket 2 erwähnt wurde. Dann wurde das Kostendämpfungspaket 2 im Nationalrat beraten. Es kamen keine Vorschläge des BAG, obwohl es ja durchaus eigene Vorschläge in die Kommission einbringt.

Dann begannen die Beratungen zum Kostendämpfungspaket 2 in unserer Kommission. Zu Beginn geschah nichts. Mein Kollege Dittli fragte schüchtern – wie er so ist –, wo die Umsetzung seiner Motion eigentlich geblieben sei. Und dann witterte das BAG seine grosse Chance. Innert weniger Wochen präsentierte es einen Bericht, dass man die Kostenfolgenmodelle, eine riesige und komplexe Anpassung des Preisbildungssystems bei den Medikamenten, in die Vorlage zum Kostendämpfungspaket 2 einbauen sollte. Schliesslich, am letzten Sitzungstag, um 18.30 Uhr, kam dann die Tischvorlage. Sie hören richtig: Eine Tischvorlage zur Umsetzung der Motion Dittli kam auf den Tisch. Und so mussten wir entscheiden, wohlverstanden ohne Vernehmlassung oder fundierte Mitwirkung der Betroffenen. Ja, sie konnten auf Intervention der Kommission für drei Minuten an einem Hearing Stellung nehmen – der Kommissionssprecher hat es erwähnt –, aber ohne den definitiven Vorschlag zu kennen und sich schriftlich äussern zu können. Aber drei Minuten Hearing ersetzen eben auch keine dreimonatige, saubere Vernehmlassung. Trotz meiner auch staatspolitischen Bedenken wurde dieser



Antrag angenommen. Ich verzichte auf eine einsame Minderheit, appelliere aber an den Nationalrat, diesen Artikel nochmals genau anzuschauen.

Ich bitte Sie, Frau Bundesrätin, die Kostenfolgemodelle nicht im luftleeren Raum anzugehen, sondern gleichzeitig eine Gesamtmodernisierung des Preisbildungssystems an die Hand zu nehmen, wie es das BAG in der Beratung versprochen hat. Ich hoffe, dass Sie dies heute auch noch bestätigen können und dass Sie gleichzeitig mit der Beratung des Kostenfolgemodells im Nationalrat Ihre Entwürfe dazu präsentieren werden, wie das Preisbildungssystem bei Medikamenten gesamthaft modernisiert werden kann, sprich, wie der Auslandspreisvergleich, der therapeutische Quervergleich und die Netzbewertung ebenfalls überarbeitet werden können. Hier möchte ich gerne Ihre Bestätigung haben.

Mit diesen Bemerkungen bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**Hegglin Peter (M-E, ZG):** Voraus meine Interessenbindung: Ich sehe mich als Vertreter des Prämienzahlers, aber auch als Präsidenten des Verbandes der kleinen und mittleren Krankenkassen.

Eigentlich führen wir die heutige Debatte eine oder zwei Wochen zu spät. Das Volk hätte vor den Abstimmungen über die zwei Volksinitiativen Gewissheit über unsere Sparbeschlüsse haben müssen; vielleicht wären einzelne Resultate dann leicht anders ausgefallen. Am vergangenen Wochenende lehnte das Volk bekanntlich die zwei Volksinitiativen ab, die die Prämienbelastung auf unterschiedliche Weise senken wollten. Die Prämien-Entlastungs-Initiative wollte primär umverteilen, die Kostenbremse-Initiative wollte die Entwicklung der Prämien an jene der Wirtschaft koppeln und Behörden und Tarifpartnern die Pflicht zur Kostendämpfung auferlegen. Das Volk sah in den beiden Rezepten keine adäquate Lösung für das Problem der ständig steigenden Kosten. Dieser Umstand wird sich aber nicht von allein ändern. Auch die Diskussion über eine Einheitskasse wird das Problem nicht lösen, sind doch die Hauptaufgaben der Krankenkassen die Administration der Versichertenbestände, die Rechnungsprüfung, die Prämienkalkulation und die Administration der Prämienrechnungen.

Die Kosten steigen im laufenden Jahr wieder deutlich an. Per Ende April betrug das Wachstum 3,25 Prozent, dies im Vergleich zum Rekordjahr 2023, welches ein Wachstum von gegen 5 Prozent verzeichnete. Die Kosten schlagen sich in höheren Prämien und Prämienverbilligungen nieder, die wiederum die privaten und öffentlichen Haushalte belasten. Trotz immer höherer Kosten steigen offenbar auch die Spitaldefizite. Der Kanton Bern will diesbezüglich einen 100 Millionen Franken schweren Rettungsschirm schaffen, der Kanton Aargau rettete 2023 das Kantonsspital Aarau mit einer Finanzspritze im Umfang von 240 Millionen Franken, und der Kanton St. Gallen griff den Spitälern 2022 mit 163 Millionen unter die Arme. Diese Gelder schlagen sich letztlich in den Steuern nieder, oder sie fehlen andernorts.

Es ist aktuell auch keine Trendwende bei der Kostenentwicklung in Sicht, dessen muss man sich bewusst sein. Das grosse Spitalangebot wird mit gigantischen Investitionen eher noch ausgebaut, statt dass es der zunehmend ambulanten Realität angepasst wird. Der Leistungskatalog im KVG wird laufend ausgebaut, statt dass er mittels regelmässiger Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gestrafft würde. In den vergangenen Jahren wurden zum Beispiel Podologen, Neuropsychologen und psychologische Psychotherapeuten neu zu Leistungserbringern, und sie können gegenüber den Krankenversicherern abrechnen. Allein mit der Aufnahme der Schlankmacherspritze Wegovy in den Leistungskatalog sind Mehrkosten von bis zu 300 Millionen Franken zu erwarten.

AB 2024 S 594 / BO 2024 E 594

Zu den neuen Medikamenten und den innovativen neuen Angeboten: Im Gegensatz zu meinem Vorredner glaube ich, dass das BAG hier eine gute Arbeit macht. Es gibt in der Tat viele neue Medikamente und Angebote, die vielleicht auf den ersten Blick gerade für Krebsbetroffene vielversprechend sein könnten, dann aber später in der Evaluierung nicht halten, was sie versprechen. Wenn man diese Mittel zu früh in den Leistungskatalog aufnimmt und vergütet, führt dies zu massiven Mehrkosten. Ich war erstaunt, zu hören, dass die Krebsliga, die Krebspatienten vertritt, zur Zurückhaltung bei der Einführung neuer Medikamente auffordert und den Prozess des BAG unterstützt. Meine Intention geht auch in diese Richtung: den Prozess, der heute installiert ist, zu straffen. Ja, ich glaube, dies ist auch nötig. Wenn wir nicht jedes Jahr neue, starke Prämienerrhöhungen wollen, müssen wir aktiv werden.

Die 38 von der Expertengruppe Diener erarbeiteten Massnahmen aus dem Jahr 2017 werden jetzt mit dem Kostendämpfungspaket 2 durchberaten. Das Kostendämpfungspaket 2 verdient kaum mehr seinen Namen. Einzelne Massnahmen könnten zwar tatsächlich zu geringen Kosteneinsparungen führen, andere wiederum führen zu Nettokostensteigerungen. Beispielsweise werden die Mutterschaftsleistungen deutlich ausgebaut. Hier sind Mehrkosten zu erwarten. Bei den neu durch die Apotheke auszuführenden Präventionsleistungen muss sich der ersetzende Effekt erst noch zeigen. Ansonsten würden auch hier Einsparungen ausbleiben.



Einzelne Massnahmen bei den Medikamenten haben ebenfalls das Potenzial zu Mehrkosten. Zusammenfassend wird dieses Paket punkto Kostendämpfung nicht der grosse Wurf werden; ich glaube, das ist heute schon klar. Ihre vorberatende Kommission hat Mehrheiten gegen noch mehr Zusatzkosten geschaffen.

Ich bitte Sie, mit einer Ausnahme bei den Netzwerken, diesen Mehrheiten zu folgen und damit einen soliden Kompromiss zu schaffen. Gleichzeitig sollten wir heute schon den Blick nach vorne richten und an sinnvolle zukünftige Reformen denken, die unser gutes Gesundheitswesen – das möchte ich betonen – auch in Zukunft bezahlbar machen. Die heutigen alternativen Versicherungsmodelle wie Telemedizin und Netzwerke machen vor, wohin die Reise gehen sollte. Es braucht diesbezüglich mehr Koordination zwischen den Leistungserbringern, damit Mehrfachbehandlungen, offensichtlicher Missbrauch und widersprüchliche Medikationen verhindert werden. Ob diese Koordination auf immer und ewig freiwillig bleiben soll, muss man sich ernsthaft fragen. Schliesslich sollten wir in Regionen oder Bereichen mit einem klaren Überangebot über eine Lockerung des Vertragszwanges nachdenken. Das würde den Qualitätswettbewerb fördern. Weiterhin könnte man sicher auch noch im Bereich von staatlichen Regulierungen und Überregulierungen schauen, ob solche nicht auch zurückgeführt werden könnten.

**Wasserfallen** Flavia (S, BE): Wir haben ein sehr gutes Gesundheitssystem, das wurde mehrmals betont. Es ist aber auch ein sehr teures Gesundheitssystem, und die Bevölkerung, ein grosser Teil der Bevölkerung leidet an der Prämienbelastung, an den stetig steigenden Prämien. Der nächste Anstieg steht bevor. Es ist so, vor vier Tagen hat weder die Einführung eines Prämiendeckels noch die Initiative für eine Kostenbremse überzeugt, gänzlich überzeugt. Die Bevölkerung hat dabei sicher auch den Versprechungen der Gegnerinnen und Gegner dieser Initiativen Glaube geschenkt, dass wir uns im Parlament um diese Problematik kümmern. Und ich muss Ihnen sagen: Genau das hat Ihre Kommission gemacht. Ich war beeindruckt, zu sehen, mit welcher Seriosität sich Ihre Kommission der Thematik in diesem Kostendämpfungspaket 2 angenommen hat. Sie hat sich die notwendige Zeit genommen, hat Zusatzberichte verlangt, hat Anhörungen eingeschoben und hat die jeweiligen Beschlüsse mit deutlichen Mehrheiten gefasst, dies notabene unter der umsichtigen Leitung des Vorredners, Kollege Müller.

Ich muss schon sagen: Wenn ich nun angesichts dieses Kostenanstiegs und der errechneten Möglichkeiten, Kosteneinsparungen zu machen, höre, es sei jetzt der Moment, eine Pause einzulegen, die Stakeholder zu konsultieren, dann ist das für mich eine sehr problematische Aussage, und damit würden wir ein problematisches Zeichen an die Bevölkerung aussenden. Wir kümmern uns in diesem Kostendämpfungspaket notabene um Massnahmen, die uns eine Expertenkommission 2017, also vor sieben Jahren, vorgeschlagen hat. Da kann man nicht sagen, wir gingen in einem unglaublichen Tempo voran, das vermuten lassen könnte, dass wir nicht seriös genug arbeiten würden.

Ich möchte ganz kurz sagen, weshalb ich überzeugt bin, dass mit dieser Vorlage gute Verbesserungen, gerade im Bereich der Medikamente, vorgeschlagen werden. Warum im Bereich der Medikamente? Wir wissen, wir bezahlen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland viel mehr. Für patentgeschützte Medikamente bezahlen wir durchschnittlich 5,4 Prozent mehr als im Ausland. Bei Originalpräparaten mit abgelaufenem Patent beträgt die Differenz 10,8 Prozent und bei Generika sogar über 45 Prozent. Wir bezahlen in der Schweiz also fast doppelt so viel für Generika wie im grenznahen Ausland und haben auch eine sehr tiefe Generikaquote, die gerade mal bei knapp einem Viertel liegt. In anderen Ländern liegt sie bei drei Vierteln. Zu dieser Situation kommt hinzu, dass immer neue, innovative Medikamente und Therapien auf den Markt gelangen. Das ist erfreulich, und das hilft auch, Leben zu verlängern, Leben zu retten; das ist klar. Aber wir sprechen hier von Arzneimitteltherapien mit Kosten ab 100 000 Franken aufwärts – bis zu einer halben Million Franken pro Jahr und Patientin. 2022 kosteten die Medikamente, die über die OKP, die Grundversicherung, abgerechnet werden, erstmals 9 Milliarden Franken, und dieser Bereich ist stark steigend, viel stärker als die anderen Bereiche. Er macht bereits knapp ein Viertel der OKP-Kosten aus.

Schauen wir allein das Marktvolumen der patentabgelaufenen Originalpräparate an, dann sehen wir: Für diesen Bereich können wir mit dem Kostenfolgemodell, das angesprochen wurde, sicher viele Einsparungen erwirken. Dieser Bereich umfasst alleine 1,3 Milliarden Franken. Die Einsparmöglichkeiten wurden also errechnet und sind beträchtlich, und tiefere Medikamentenpreise senken schliesslich auch die Prämienlast, und auf die Frage der Prämienlast sind wir Antworten schuldig geblieben.

Es gibt in diesem Bereich der Preisbildung und der Medikamentenpreise natürlich immer auch diese Spannung zwischen dem Bedürfnis nach einem raschen Zugang – das ist auch nachvollziehbar; die Patientinnen und Patienten wollen einen raschen Zugang zu diesen Medikamenten – und dem Bedürfnis nach vertretbaren Preisen. Meiner Meinung nach wurde mit den Anträgen der Kommissionsmehrheit in dieser Vorlage eine Balance gefunden. Es ist sicher ein Fortschritt beim Zugang für die Patientinnen und Patienten, wenn die Vergütung ab



Tag null möglich ist, weil das heisst, dass das Medikament dann gelistet ist und nicht über Einzelfallvergütung und Kostengutsprachen läuft, die ja den Nachteil haben, dass es Ungleichbehandlungen gibt. Die Vergütung ab Tag null ermöglicht einen raschen Zugang und gibt Sicherheit, aber auch hier müssen wir dem BAG, der zuständigen Behörde, die Mittel in die Hand geben, damit keine Fantasiepreise erhoben werden, damit wir eben gerade auch in diesem Bereich die Balance halten können und damit das Kostendämpfungspaket nicht zu einem Kostenausdehnungspaket wird.

Natürlich habe ich persönlich Mühe, wenn wir Preismodelle, die durchaus sinnvoll sein können und mit Rabatten auch zu tieferen Preisen führen können, in einem Bereich vom Öffentlichkeitsprinzip ausschliessen müssen. Das BAG hat zwar immer wieder betont, dass es diese geheimen Rabatte nur in Ausnahmefällen bei Preismodellen einsetzen wolle, aber seien wir ehrlich: Es bleibt schlussendlich doch ziemlich unklar und eben auch intransparent, ob das ausgewiesene Einsparpotenzial eintritt, weil es eher ein theoretisches Szenario ist. Dieser Bereich zeigt auch ein wenig die Schwierigkeit für ein kleines Land mit einem kleinen Markt, und wenn wir dann noch von seltenen Krankheiten sprechen, sehen wir, dass es ein noch kleinerer Markt ist. Im Preissetzungsverfahren hat unser Land alleine vielleicht nicht die besten Möglichkeiten in der Preisverhandlung mit der Industrie, weshalb ich auch überzeugt bin und immer wieder fordere, dass wir in diesem Bereich eine stärkere internationale Zusammenarbeit

**AB 2024 S 595 / BO 2024 E 595**

eingehen, zum Beispiel mit dem Beitritt zur Beneluxa-Initiative. Sie umfasst Länder, die sich zusammengeschlossen haben, damit bei der Preisbildung eben Verhandlungs- und Einkaufsgemeinschaften gebildet und die Kräfte gebündelt werden können. Ich finde das eine sehr interessante Initiative, und ich denke, das könnte mittel- und langfristig auch eine Alternative zu diesem für mich sehr unschönen Preismodell sein, das zum Teil eben unter Ausschluss des Öffentlichkeitsprinzips funktioniert.

Noch ein Wort zur koordinierten Versorgung: Es wurde erwähnt, uns lag der Infrass-Bericht vor, der in diesem Bereich ein doch beträchtliches Einsparpotenzial von rund 250 Millionen Franken ausweist. Wir wissen, dass sich bereits ein sehr grosser Teil der Bevölkerung freiwillig in alternative Versicherungsmodelle begibt. Diese sehen eine gewisse Einschränkung vor, sei es bei der Arztwahl oder der Art der Konsultation. Aber gerade bei über 65-jährigen Menschen, bei chronisch kranken und multimorbiden Menschen besteht die Problematik, dass die alternativen Versicherungsmodelle nicht verbreitet sind. Genau diese Menschen sollten wir viel stärker auch in die koordinierte Versorgung einbinden können, vor allem chronisch kranke und mehrfach erkrankte Personen. Selbstverständlich gibt es heute bereits Ansätze, Initiativen, aber eben: Das KVG kommt hier an die Grenzen und ist eher starr. Mit der Änderung in diesem Gesetz soll für die Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit bestehen, Netzwerke über ihre Berufsgattung hinaus mit Physiotherapeutinnen und weiteren Gesundheitsfachpersonen zu bilden.

Ich finde persönlich auch die Neuerung, die unsere Kommission eingefügt hat, sehr interessant, dass bei einem koordinierten Netzwerk neu die Möglichkeit bestehen soll, den Selbstbehalt wegzulassen oder zu reduzieren. Gerade bei chronisch kranken Menschen, die eben hohe Gesundheitskosten haben, ist diese neue Möglichkeit, den Selbstbehalt wegzulassen, ein sehr grosser Vorteil, der dazu führen könnte, diese Versorgungsnetze für diese Gruppe, die wir heute noch nicht erreichen, attraktiver zu machen. Deshalb bin ich persönlich sehr überzeugt von diesem Modell, das jetzt die Kommission an mehreren Sitzungen erarbeitet hat und heute von der Mehrheit auch beantragt wird.

Ich bitte Sie selbstverständlich, einzutreten, die Verantwortung jetzt wahrzunehmen, diese Kosteneinsparungen zu realisieren, und ich freue mich auf die Diskussion.

**Germann Hannes (V, SH):** Ja, die Kommission hat sich redlich abgemüht und die Vorlage auch seriös behandelt. Es ist auch nicht ganz einfach, die Übersicht zu behalten, wie der Kommissionssprecher zu Recht ausgeführt hat. Das ist auch kein Wunder: Seit diesem Expertenbericht sind wir eigentlich daran, einzelne Massnahmen umzusetzen. Diese Massnahmen werden zeitlich gestaffelt umgesetzt, haben aber die Crux, dass sie einander auch gegenseitig beeinflussen. Darum ist es enorm schwer, hier den Überblick zu behalten. Es hat mich gestört, dass uns im Vorfeld der Abstimmungen vom letzten Wochenende so oft unterstellt wurde, wir würden eigentlich nichts machen. Das stimmt doch so überhaupt nicht. Schauen Sie mal in unsere Unterlagen, die wir erhalten haben. Hier gibt es eine Zusammenstellung, eine Übersicht über die Kostendämpfungsmassnahmen, die zwischen 2017 und dem 1. Januar 2024 bereits in Kraft getreten sind. Da hat es ein gutes Dutzend, die waren nicht mal Bestandteil eines sogenannten offiziellen Kostendämpfungspakets, also weder von 1a, 1b noch von Paket 2, und auch nicht der indirekten Gegenvorschläge zur Prämien-Entlastungs- respektive zur Kostenbremse-Initiative – also ein Dutzend Massnahmen wie Umstellung bei gewissen



Eingriffen von ambulant auf stationär, Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage, Reduktion von Fehlansetzen zur Mengenausweitung, regionale Spitalversorgung, Doppelspurigkeiten beseitigen, Parallelimporte von medizinischen Geräten und Implantaten ermöglichen usw. Das geht dann bis zur Transparenzstrategie, die aber allerdings noch nicht umgesetzt ist. Meine Vorredner haben da auch wichtige Punkte angesprochen. Die mangelnde Transparenz erlaubt es uns eben nicht, den kompletten Überblick zu haben.

Aber jetzt zu diesen Massnahmen, die bereits angelaufen sind, seit 2017 eben, die meisten sind Anfang der 2020er-Jahre in Kraft getreten und müssten sich ja längst als Kostendämpfung niederschlagen. Warum tun sie das wohl nicht?

Dann sind wir mit den anderen Kostendämpfungsmassnahmen gekommen. Paket 1 ist aufgeteilt worden in 1a und 1b; bei 1a geht es um den obligatorischen Versand einer Rechnungskopie – als würde das zu einer Einsparung etwas beitragen! Ich kann mir das nicht vorstellen, das ist Bürokratie. Eine weitere Massnahme ist die Schaffung einer nationalen Tariforganisation zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen usw. Eine solche Organisation gibt es seit dem 1. Januar 2024.

Jetzt kommt also noch das Kostendämpfungspaket 2 mit diesen sieben Zielen bzw. Stossrichtungen, die Sie der Botschaft entnehmen können und auf die wir ja heute dann auch eintreten werden. Es geht vom Versuch, die Koordination zu verbessern, über die differenzierte Prüfung der Leistungen in der OKP bis zu den Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen bei neuen Arzneimitteln usw.

Sie sehen, es ist unglaublich viel gemacht worden. Es kommt mir vor wie auf einer Baustelle. Man kauft ein altes Haus; dann beginnt man mal an einer Ecke mit der Sanierung, und zwischendurch beginnt ein anderes Team an einer anderen Ecke mit Sanieren; schliesslich kommen die dritte und die vierte Ecke auch noch an die Reihe. Mit dem indirekten Gegenvorschlag hat das Haus sogar zu wenig Ecken, wo man beginnen könnte. Das ist an Unübersichtlichkeit nicht mehr zu übertreffen. Wir haben gar keine Zeit, die Massnahmen einzeln gegeneinander abzuwägen. Wir nehmen dann einfach jeweils Ende Jahr frustriert zur Kenntnis, dass die Prämien wieder steigen. Es lässt mich etwas vorsichtig werden, wenn wir immer nur von den Kosten sprechen, ausschliesslich von Kosteneinsparungen, anstatt dass wir das Ganze im Auge behalten.

Kollege Müller hat es angesprochen und darauf hingewiesen, dass man mit den Stakeholdern nach Lösungen suchen sollte, sich mit ihnen zusammensetzen müsse. Das ist eigentlich exakt das, was die Frau Bundesrätin auch nach dem letzten Abstimmungswochenende gesagt hat. Es kann ja nicht falsch sein, wenn das eine Bundesrätin und unser Kommissionspräsident sagen. Das geht also schon in die richtige Richtung.

Nun zu den Einsparungen, die wirklich an einem kleinen Ort sind: Ich habe Kollege Hegglin zugehört, selbst er hat Zweifel an diesen Einsparungen. Eigentlich sind es fast lächerliche Einsparungen von 250 Millionen Franken, die jetzt hoch gehängt werden; man sieht bei der Multimorbidität ein Kosteneinsparpotenzial. Ich finde das eher jämmerlich, muss ich sagen – ausgerechnet in diesem Bereich.

Man darf das schon anschauen, Netzwerke prüfen usw. Vielleicht wäre es aber auch mal gut, wenn ein Player in diesem Markt auf den Experimentierartikel zurückgreifen würde. Den haben wir seit etwa zwei Jahren. Er wurde noch nicht beansprucht, bzw. das BAG legt dann immer viele Steine in den Weg und macht Auflagen, sodass den Playern wahrscheinlich die Lust am Experimentieren vergeht.

Bei den Kassen ist der Druck natürlich auch zu klein. Sie kriegen ja die Prämien sowieso. Entweder zahlen sie die Versicherten, zum Teil springt die Prämienverbilligung ein, oder am Ende müssen dann noch die Gemeinden und Städte dafür geradestehen. Es ist also ein gutes Business mit praktisch null Risiko. So viel zur Ausgangslage.

Jetzt zu dieser Vorlage: Um den Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, muss neben den Kosten eben auch die Versorgung Teil der Diskussion sein. Hier haben wir heute ein ernstes Problem neben dem Mangel an Hausärzten, den wir landauf, landab beklagen. Ich komme dann bei meiner Minderheit mit Kollege Maillard darauf zu sprechen. Ausgerechnet dort wollen wir noch Einschränkungen machen. Dabei müssen die Ärzte einfach teilweise sehr lange arbeiten. Was soll ein Arzt machen, wenn ein blutüberströmter Patient kommt, nachdem der Arzt seine Stunden schon abgerechnet hat? Soll er ihn dann nachhause schicken oder in irgendeine 50 Kilometer entfernte Notfallstation? Es ist so was von abstrus, wenn wir dort noch die Arbeitszeiten beschränken wollen. Das ist ein Problem.

AB 2024 S 596 / BO 2024 E 596

Ein Problem besteht auch im Bereich der Medikamente. Betroffene Patientinnen und Patienten, vielleicht schwer kranke, warten heute im Schnitt mehr als 300 Tage, bis ein neu zugelassenes Medikament von der Krankenkasse vergütet wird und es damit zur Verfügung steht. Wir haben eine gesetzliche Frist von 60 Tagen, und die wird locker um das Fünffache überboten. Jetzt frage ich mich: Ist das Behördenversagen oder ist das Willkür? Ich weiss es nicht. Es geht einfach viel zu lange. Ich habe, Frau Kollegin Wasserfallen, in einer





Motion verlangt, dass patentabgelaufene Medikamente einfach importiert werden dürfen – zwar parallel, aber wenn man gegen alles ist, dann kommt eben auch so etwas nicht zustande. Gut, Sie haben sich jetzt dafür ausgesprochen. Das hat mich ja gefreut.

Wir warten in der Schweiz viel zu lange und laufen jetzt schon in einen Engpass hinein. Denn in der Schweiz sind gemäss dem bestehenden Monitor, dem Wait Indicator, bedeutend weniger Medikamente verfügbar als etwa in unseren Nachbarländern. Konkret heisst das: Von den Medikamenten, die von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassen wurden, sind in der Schweiz nur etwas mehr als die Hälfte für unsere Patientinnen und Patienten via Spezialitätenliste verfügbar – kein Wunder, wenn die Zulassung 300 Tage dauert. Der Gesundheitsmonitor, eine repräsentative Befragung unter 1200 Stimmberechtigten, zeigt, dass die Befragten Qualität und Zugang erwarten und diese mit den Kostenmassnahmen ausbalanciert sein müssen. Dies sieht auch der Gesetzgeber in Artikel 43 Absatz 6 KVG vor. Also sollten wir uns auch daran halten und nicht nur davon sprechen.

Im Zulassungs- und Vergütungsprozess kommt es aktuell an mehreren Stellen zu Verzögerungen, die sich auf den Zugang zu Medikamenten auswirken. Die Hauptursache ist, dass die Prozesse wenig planbar und nachvollziehbar ablaufen. So dauert es, wie gesagt, viel zu lange, bis ein Medikament zugelassen wird, letztlich auf die Spezialitätenliste kommt und für den Patienten und die Patientin vergütet wird.

Deshalb hat der Nationalrat das Modell der vorläufigen Vergütung von Arzneimitteln vorgeschlagen, mit dem ein Medikament ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic für Patientinnen und Patienten verfügbar ist. Vergütet wird das Medikament zu einem vom Bundesamt für Gesundheit festgelegten provisorischen Preis, der auf maximal zwei Jahre befristet ist. Die von mir mitgetragene Minderheit Müller Damian schlägt in Artikel 52d Absatz 1 vor, dass dieser provisorische Preis dem Durchschnittspreis im vergleichbaren europäischen Ausland entsprechen soll. Sobald der definitive Preis vom BAG festgelegt worden ist, wird eine allfällig zu viel bezahlte Differenz von der Herstellerfirma an die Krankenkassen zurückerstattet. Darum stimmt es eben dann mit dem Einsparpotenzial nicht. Aber damit beschleunigen wir in erster Linie den Prozess und gewinnen Zeit – Zeit, die für Patientinnen und Patienten lebenswichtig sein kann. Dieser innovative Prozess sollte jetzt nicht unnötig eingeschränkt und verbürokratisiert werden, wie das die Mehrheit unserer Kommission aber leider getan hat. Diese Massnahme hilft, genügt aber noch nicht. Darum haben wir uns auch nicht dagegen ausgesprochen, obwohl sie ja erst irgendwie am Abend um halb sieben in die Kommission eingebracht und dann handstreichartig umgesetzt worden ist.

Ja, wir brauchen eine umfassende Modernisierung des Preisbildungssystems. Denn die Grundlagen, die aktuell für die Preisbildung für Medikamente herangezogen werden, sind nicht mehr zeitgemäss, führen zu Rechts- und Planungsunsicherheit für die Herstellerfirmen und gefährden somit, dass diese ihre neuen lebenswichtigen Medikamente in die Schweiz einführen können. Das sollten wir nicht gefährden. Eine solche Gesamtmodernisierung muss auf den bewährten Elementen aufbauen. Die Basis ist, wie heute, der Auslandpreisvergleich, dann folgt der therapeutische Quervergleich, und schliesslich kann ein Mechanismus zur Budgetkontrolle ins System eingebaut werden; in BAG-Deutsch wird dieser eben "Kostenfolgemodell" genannt. Kostenfolgemodelle sind nichts anderes als ein Rabatt auf einen festgelegten Umsatz. Die Motion Dittli, die wir 2020, also vor vier Jahren, gutgeheissen haben, verlangt unter anderem ein solches Modell.

Da man aber nicht über Rabatte sprechen kann, ohne vorher einen Preis festzulegen, müssen die Kostenfolgemodelle integraler Bestandteil des Preissystems sein. Sie können nicht – so, wie wir es jetzt gemacht haben – losgelöst davon behandelt werden. So sieht es nämlich Artikel 52e vor. Dieses Preissystem respektive die Kostenfolgemodelle funktionieren eben nicht, wenn Sie einseitig nur einen Aspekt der Motion umsetzen, die Gesamtmodernisierung des Preisfindungsmechanismus aber ausser Acht lassen. Wenn wir diese Kombination nicht richtig hinkriegen, dann werden Patientinnen und Patienten in der Schweiz weiterhin ein Jahr und mehr auf ihre Therapie warten müssen. Darum sollten wir bei der Legiferierung keinen Fehler machen. Ich bitte dann auch den Zweiterat, dies anzuschauen, weil dieses Kostenfolgemodell im Grundsatz gewollt ist. Aber so, wie es jetzt reingebuttert wurde, geht das wirklich nicht.

Ich appelliere daher auch an das Departement des Innern und das BAG, dass sie diese Gesamtmodernisierung gemeinsam mit den Stakeholdern parallel zur KVG-Revision vorantreiben. Bis zur Debatte im Nationalratsplenum muss ein Entwurf der Verordnungstexte vorhanden sein. Ansonsten, so meine ich, sollten wir diesen Teil des Kostendämpfungspakets 2 abspalten. Das wäre durchaus möglich und ist auch nicht ganz neu und sehr pragmatisch. Ich hoffe, dass der Nationalrat hier entsprechend unseren Artikel als Vorlage nimmt, diesen dann aber präzisiert oder eben die Vorlage abspaltet.

**Dittli Josef (RL, UR):** Wir sind ja hier beim Kostendämpfungspaket 2, und wir wissen nicht erst seit letztem Sonntag, dass wir hier grosse und markante Schritte machen müssen. Ich halte dem Bundesrat zugute, dass



er diese 38 Massnahmen aus dem Expertenbericht Diener wirklich systematisch abarbeitet und uns entsprechend Pakete vorlegt. Dabei gibt es natürlich wie immer Punkte, die unbestritten sind. Es gibt Punkte, die nach meiner Beurteilung gut sind. Es sind aber auch Punkte drin, die ich nicht so gut finde.

Ja, wir haben uns in der Kommission wirklich intensiv damit auseinandergesetzt. Wir haben gut gearbeitet, auch wenn ich nicht bei allen Anträgen auf der Linie der Mehrheit bin. Ich hatte aber eine Zeit lang die Sorge, dass wir nicht ein Kostendämpfungspaket erarbeiten, sondern ein Kostenausbaupaket. Im Grunde ist es uns erst gegen Ende, mit der Auswertung all dieser Berichte, gelungen, hier nun wirklich Massnahmen aufzuzeigen, die massive Kostendämpfungen mit sich bringen.

Besonders erwähnen möchte ich die Mengenrabatte auf die Blockbuster-Medikamente, die eine Einsparung von bis zu 400 Millionen Franken in Aussicht stellen. Das Unschöne daran ist einfach, dass dies in der bundesrätlichen Vorlage noch nicht drin war. Es geht hier, wie gesagt, um die Umsetzung einer Motion aus dem Jahr 2019. Der Nationalrat hat also darüber nicht befinden können, und jetzt ist es über die Kommissionsarbeit hineingekommen. Trotzdem ist es wichtig, dass wir dieses Element drin behalten. Ich werde mich dann sicher bei diesem Punkt nochmals äussern, und es ist dann ebenso wichtig, dass sich der andere Rat noch einmal mit dieser Massnahme auseinandersetzt.

Bei allen anderen Massnahmen sind es viele kleinere Schritte, die durchaus konstruktiv beitragen. Bei den Netzwerken zur koordinierten Versorgung habe ich aber meine Zweifel und bin eben in der Minderheit. Der Nationalrat hat sich eingehend mit diesen Netzwerken befasst. Er hat runde Tische mit den Beteiligten einberufen und ist dann sehr deutlich zum Schluss gekommen, dass diese Netzwerke nichts bringen. Deshalb hat er sie herausgestrichen. Die Mehrheit unserer Kommission ist nun der Auffassung, sie sollen wieder rein. Ich selber habe grosse Zweifel, ob die Kostensenkungen, die da in Aussicht gestellt werden, überhaupt realistisch sind. Das Gegenteil ist vermutlich der Fall, d. h., dass es keine geben wird. Nach meiner Beurteilung ist es vor allem ein neues Bürokratiemonster und bringt nichts, umso mehr, als es praktisch die gesamte Gesundheitslandschaft ablehnt. Die wollen das gar nicht. Aber ich werde mich dann bei diesem entsprechenden Thema noch äussern.

AB 2024 S 597 / BO 2024 E 597

Deshalb haben wir auch die Diskussion mit Mehrheiten und Minderheiten.

Grundsätzlich haben wir hier aber eine Vorlage, die diskussionswürdig ist. Ich bin auch für Eintreten und werde mich dann bei den Anträgen der Mehrheiten und Minderheiten teilweise noch einbringen.

**Bischof Pirmin (M-E, SO):** Jetzt haben wir es also vor uns, das letzte Kostendämpfungspaket, das wir hier geschnürt haben. Jetzt können wir auch einen Überblick über die ganzen Kostendämpfungsmassnahmen haben, die wir uns vorgestellt haben. Wenn Sie die bisherige Eintretensdebatte verfolgt haben, stellen Sie fest, dass das Ergebnis nicht gerade gigantisch ist, und dies, obwohl in der Reihenfolge der Bedenken, die in der Bevölkerung bestehen, die Kosten im Gesundheitswesen regelmässig auf Platz eins sind.

Warum schaffen wir eine umfassende Reform irgendwie nicht, auch nicht in diesem Rat? Jetzt gibt es die eine Antwort, eine typische Körperbewegung in der Schweiz, das ist ein Schulterzucken, mit dem man sagt: Ja gut, wir haben zwar ein teures Gesundheitswesen, das zweit teuerste der Welt, aber die Menschen wollen halt das zweit teuerste Gesundheitswesen der Welt, und die Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit viel zu zahlen, mehr wahrscheinlich als für die meisten anderen Lebensbereiche.

Ich glaube, das greift doch etwas zu kurz. Auch nach der langen Diskussion, die wir namentlich in der Kommission geführt haben, ist es schon der Zeitpunkt zu fragen: Woran scheitern denn am Schluss diese Reformen immer? Ich glaube, es liegt wahrscheinlich an drei Gründen. Und die drei Gründe hängen zum Teil vielleicht mit unserem Rat zusammen, aber auch mit den Eigenschaften, die wir Schweizerinnen und Schweizer haben. Es sind drei Eigenschaften, die eigentlich gut sind, aber die hier vielleicht etwas hinderlich sind.

Punkt Nummer eins ist der Föderalismus: Ich bin ein überzeugter Föderalist; ich glaube, dass föderalistische Systeme bessere Lösungen bringen als zentralistische Systeme. Wir haben beim Hauptkostenblock im Gesundheitswesen, beim Spitalwesen, heute aber einen übertriebenen Föderalismus. Wir sind stolz darauf, dass jeder Kanton, jede Region über das Bestehen von Spitälern selber entscheiden kann. Dass das langfristig haltbar ist, glaube ich eigentlich nicht. Wir sind überzeugt, je länger, desto mehr, dass der Grundsatz "ambulant vor stationär" richtig ist. Er ist menschenfreundlicher, indem der einzelne Mensch in seiner Umgebung gepflegt werden kann, wenn das möglich ist. Und die Befolgung dieses Grundsatzes ist billiger als die überbordende stationäre Behandlung, wo sie nicht nötig ist.

Wir haben wahrscheinlich in der Schweiz wesentlich zu viele Spitäler. In der jetzigen Situation ist es natürlich schwierig, in einer Region ein Spital zu schliessen; Sie haben die Diskussion im Kanton Zürich um das Spi-



tal Wetzikon mitbekommen, die immer noch andauert. Und hier ist beim Föderalismus halt auch in Betracht zu ziehen, was denn der einzelne Mensch, die einzelne Patientin will. Und da sind wir Schweizerinnen und Schweizer etwas schizophren, denn wir sagen: Ich möchte nahe bei mir ein Spital haben, möglichst gleich in meinem Städtchen – zum Beispiel in Solothurn. Und gleichzeitig sagen wir dann, wenn wir ein schweres Herzproblem haben: Das möchte ich lieber doch nicht in meinem regionalen Spital behandelt haben. Und dann will man irgendwohin, wo man den besten Arzt und die beste Behandlung bekommt. Beides ist verständlich, aber beides gleichzeitig geht nicht. Wahrscheinlich ist die zuletzt erwähnte Sicht der Patienten diejenige, die durchschlagen muss und die gegen die hohe Anzahl von Spitälern in der Schweiz spricht.

Das zweite Problem, das wir haben, ist der Perfektionismus. Wir haben uns in der Schweiz angewöhnt, dass wir einfach alles Mögliche in die Grundversicherung packen. Die Bevölkerung hat das auch in mehreren Abstimmungen gutgeheissen. Kollege Hegglin hat das Beispiel der Übergewichtsbehandlungen angesprochen, die inzwischen oberhalb der 300-Millionen-Franken-Grenze zu liegen scheinen. Man darf die Frage stellen, ob dies alles in die obligatorische Grundversicherung gehört. Wenn man diese Frage nicht stellt, dann muss man sich auch nicht wundern, wenn die Kosten ins Unbeschränkte steigen. Man darf auch bei neuen, innovativen Medikamenten – auch wenn die Schweiz einer der führenden Pharmastandorte der Welt ist – die Frage stellen, wie hoch bei einem sehr teuren Medikament der Zusatznutzen gegenüber den bisherigen Medikamenten ist. Man darf diese Frage stellen, und wahrscheinlich muss man sie auch künftig stellen.

Die dritte Eigenschaft, die uns hier in die Quere kommt, ist eine typisch schweizerische Eigenschaft, nämlich unsere Gemächlichkeit. Wir haben gottlob ein Zweikammersystem, ein Gesetz geht also hin und her, bis wir uns auf das letzte Komma geeinigt haben. Wir können etwas erst verabschieden, wenn wir sicher sind, dass es absolut perfekt ist. Das ist unsere Gemächlichkeit mit den Vorteilen der Gemächlichkeit: Wir machen wenig Fehler durch Schnellschüsse. Aber diese Gemächlichkeit kommt uns auch in die Quere.

Hier komme ich zum dritten grossen Kostenblock, den wir haben: Das sind die Ärztetarife. Wir wissen seit Jahren, dass das existierende Ärztetarifmodell untauglich geworden ist. Wir wissen also, dass das Modell, mit dem wir jeden Tag leben, untauglich, schädlich und ungerecht ist. Dass dem so ist, ist hier nicht einmal umstritten. Wenn wir keine Alternativen hätten, könnte man sagen, dass man welche suchen muss. Aber wir haben ja Alternativen. Sie liegen auf dem Tisch, sie sind fertig, aber wir können sie einfach nicht in Kraft setzen. Das ist doch unglaublich.

Hier appelliere ich schon sehr an den Bundesrat. Man mag sich ja, wenn man will, zwischen zwei grossen Krankenversicherungsverbänden über irgendwelche Details in dieser Frage streiten. Aber wenn wir uns bewusst sind, dass das bestehende Modell untauglich ist, dann ist es angebracht, dass man schnell ein neues Modell einführt. Ich bin mit keinem Versicherungsverband und mit keinem der betroffenen Verbände verbunden; ich appelliere an den Bundesrat, das Tardoc-Modell jetzt umzusetzen. Lassen Sie mal den lächerlichen Streit beiseite, ob und in welchem Umfang dieses und jenes reingehört und wie viele Pauschalen reingehören. Setzen Sie das Tardoc-Modell um, das wesentlich besser ist als das bisherige und das sofort umsetzbar ist. Dann können wir uns hier drin wieder darüber streiten, inwieweit man noch Pauschalen aufnehmen will oder nicht.

Es sind also diese drei Eigenschaften, die wir haben: der manchmal übertriebene Föderalismus, der Perfektionismus und das Gemächlichkeitsstreben. Bei dieser Gelegenheit ist es gut, vielleicht auch mal darüber zu sprechen, dass wir in der Schweiz – auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten – ein gutes und kostengünstiges Gesundheitsmodell haben und bewahren möchten. Das können wir auch, wenn wir etwas über unseren eigenen Schatten springen.

Ich beantrage Ihnen Eintreten.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Je ne voulais pas intervenir dans ce débat d'entrée en matière, mais ce qu'a dit M. Germann m'a interpellé et je voudrais apporter une précision. J'ose quand même espérer qu'après sa longue intervention de près d'une demi-heure, qui semblait dire qu'à peu près tout ce qui avait été fait était mauvais, on n'aura pas une inflation de consommation d'antidépresseurs dans le pays qui ferait exploser les coûts. Il y a effectivement quelque chose de déprimant à entendre qu'au fond, il ne faut jamais rien faire, que le Parlement est toujours à côté de la plaque, que toute mesure renforce toujours la bureaucratie et que tout doit être fait par les "stakeholders". J'aimerais rejoindre ce qu'a dit notre collègue Bischof: il faut quand même se mettre une fois en tête que quand on parle de "stakeholders" dans notre pays dans le domaine de la santé, on utilise un autre mot pour parler de lobbies. Ce sont des lobbies qui défendent des intérêts. Et les lobbies qui défendent des intérêts ont assez peu souvent l'occasion de proposer des mesures qui nuisent à leurs intérêts économiques.

Je pense donc qu'il est illusoire d'espérer que les "stakeholders" vont trouver des solutions pour la maîtrise



des coûts.

AB 2024 S 598 / BO 2024 E 598

Les seuls qui peuvent agir pour la maîtrise des coûts sont dans cette salle, dans la salle du Conseil national et au Conseil fédéral. C'est d'ici que viendront les mesures efficaces pour maîtriser les coûts. Arrêtons de croire qu'en renvoyant la balle à ceux qui bénéficient de ces coûts, parfois excessifs, ils vont nous trouver la solution. Nous avons la responsabilité de prendre des mesures efficaces. Et je crois que la commission, dans bien des domaines, a fait aujourd'hui du bon travail. J'étais un petit peu moins optimiste après le passage au Conseil national, mais notre commission a pris des décisions dans le domaine des médicaments, des soins coordonnés, des tarifs. Les excès tarifaires, comme l'a dit notre collègue Bischof, représentent effectivement un grave problème.

Je finis en précisant à notre collègue Germann que la mesure qui consiste à limiter les volumes de prestations excessifs par jour ouvrable ne concerne pas les généralistes. Il n'y a que dans certaines spécialités que ces exagérations sont possibles.

Enfin, ce n'est pas une proposition minoritaire de ma part, mais c'est la proposition très majoritaire de la commission, que tout à l'heure je vous inviterai à suivre.

Merci d'entrer en matière sur ce projet qui, je le crois, a été bien travaillé par notre commission.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Cela a été dit: la Suisse bénéficie effectivement d'un excellent système de santé. Cependant – on le sait, on le vit au quotidien –, les coûts de la santé ne cessent d'augmenter. Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en 1996 et jusqu'en 2021, les coûts nets à la charge de l'assurance obligatoire des soins ont quasiment triplé. De l'ordre de 11 milliards de francs, ils sont passés à plus de 31 milliards. L'année passée, la hausse était de 5,3 pour cent. Elle est estimée à 3,4 pour cent pour 2024. L'augmentation des primes d'assurance-maladie représente une charge toujours plus importante pour les ménages. Il est donc nécessaire d'agir afin de limiter l'évolution des coûts. Cette responsabilité nous concerne toutes et tous.

J'ai pris note des invitations des conseillers aux Etats Müller et Germann à discuter et à dialoguer avec les différents partenaires. Je ne l'ai pas seulement indiqué le dimanche suivant la votation; je l'ai déjà fait lors de la journée nationale sur la santé, au mois de février. J'ai également indiqué que l'on organiserait une table ronde avec les différents partenaires, je crois que cela a également été dit. On peut discuter beaucoup, intensément et de manière transparente, avec les différents partenaires, mais les discussions sont politiquement indispensables. Je crois que la possibilité que nous avons aujourd'hui de prendre des décisions est extrêmement importante.

En effet, le Conseil fédéral identifie et reconnaît la problématique des coûts depuis longtemps. Il a pris ses responsabilités au cours des dernières années. Le Conseil fédéral a utilisé, dans la limite de ses compétences, la marge de manoeuvre dont il dispose afin de réduire les coûts de la santé. Cela a également été rappelé. Le Conseil fédéral a notamment adapté le réexamen triennal des médicaments, ce qui a permis d'économiser plus d'un milliard de francs depuis 2012. Il a également adapté la structure tarifaire pour les prestataires médicaux (Tarmed), ce qui a permis d'économiser 470 millions de francs.

Par rapport à Tardoc ou aux forfaits, j'ai également pris note du plaidoyer du conseiller aux Etats Bischof et de son impatience, tout comme de la demande du conseiller aux Etats Germann. On aura l'occasion d'en discuter avec l'interpellation Germann 24.3379, "Tarmed. Remplacer d'urgence une tarification médicale obsolète et inadaptée", qui revient sur Tardoc et les forfaits. Je l'ai régulièrement dit: le Conseil fédéral se prononcera sur une proposition avant l'été. Maintenant, c'est donc une question de quelques semaines. Nous serons vraiment très vite à la dernière séance ou à l'avant-dernière séance du Conseil fédéral.

J'espère que les décisions qui seront prises concernant la structure tarifaire permettront un peu plus d'apaisement et de sérénité, et qu'elles n'ouvriront pas directement un front entre les différents partenaires. Je peux vous rassurer sur le fait que la décision sera prise rapidement.

Le Conseil fédéral a en outre abaissé de 10 pour cent le tarif des analyses de laboratoire en août 2022, ce qui permet d'économiser environ 140 millions de francs par année. Il a de plus décidé de modifier l'ordonnance sur l'assurance-maladie pour promouvoir la vente de génériques et de biosimilaires, ce qui permettra une économie de l'ordre de 250 millions de francs par année.

Aujourd'hui, je crois que le constat est évident: il est non seulement nécessaire, mais aussi urgent de ne pas ralentir les efforts qui sont déjà fournis pour maîtriser les coûts de la santé. Il s'agit en effet bien plus de les poursuivre. Ce deuxième volet de mesures qui vous est soumis va dans cette direction.

Concernant le paquet de mesures, je souhaite commencer par souligner que, à l'origine, ce deuxième volet



comportait l'introduction d'objectifs de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral a décidé d'extraire la mesure prévoyant des objectifs en matière de coûts, car le contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts a été adopté par le Parlement séparément, le 29 septembre 2023. En fait, ce projet va être mis en oeuvre après le délai référendaire, à la suite de la votation du week-end dernier.

Le deuxième volet actuel regroupe donc désormais neuf mesures. Il met l'accent sur le renforcement des soins coordonnés et sur des modèles de prix des médicaments. L'objectif est de créer et de favoriser des incitations pour maîtriser les coûts, de contenir l'évolution des coûts dans la mesure justifiable médicalement – je crois qu'il est toujours important de garder en tête la question de la sécurité médicale et de l'opportunité entre les différents critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité – et bien sûr d'éliminer les inefficiences. De plus – et je le relève volontiers –, plusieurs mesures qui seront mises en oeuvre dans le cadre de ce volet de mesures font suite à des demandes du Parlement.

J'aimerais encore apporter une indication par rapport à l'article 52e. M. le conseiller aux Etats Damian Müller a, avec une certaine dramaturgie, indiqué que tout avait été précipité, que le vote avait eu lieu à 18 heures 30, un soir, sans que les membres de la commission sachent ce qui était voté. L'heure est exacte, je pense – je ne l'ai pas vérifié –, mais je ne crois pas que l'on puisse affirmer que le vote a été entrepris sans que les membres de la commission aient pris connaissance des différentes informations. Comme cela a été indiqué, ces propositions donnaient suite à la motion Dittli. Dès que la question a été ouverte en commission, l'OFSP a pris contact avec Interpharma, les pharmaciens et différents partenaires pour aborder une proposition de compromis. Je crois que la richesse de la politique, c'est de travailler sur des compromis. Cette possibilité pourra être reprise au Conseil national. Monsieur le conseiller aux Etats Damian Müller, il est un peu – comment dire – indécis d'imaginer que vous avez voté sans savoir ce que vous votiez. En plus, vous présidez très bien les séances: c'est allé peut-être rapidement, mais les éléments étaient portés à votre connaissance et vous pouviez vous exprimer en toute connaissance de cause.

Ihre Kommission ist also am 12. Oktober 2023 auf das Kostendämpfungspaket 2 eingetreten und diskutierte die Vorlage an fünf Sitzungen ausführlich. Sie hat zahlreiche Berichte eingeholt und die Vorlage schlussendlich in der Gesamtabstimmung mit 10 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen.

Bei den Massnahmen zu Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker sowie bei der Bezeichnung und Vergütung von Impfungen gibt es keine Differenzen zwischen dem Beschluss des Nationalrates und Ihrer Kommission.

Kleinere Differenzen bestehen bei den folgenden Massnahmen: bei der Kompetenzerweiterung der Hebammen, bei der elektronischen Rechnungsübermittlung, bei der freien Spitalwahl in der Schweiz und bei fairen Referenztarifen, der Gleichbehandlung der Patientinnen bei Mutterschaft und bei der Ausnahme vom Zugang zu Dokumenten im Sinne des Öffentlichkeitsgesetzes. Weitere kleine Differenzen bestehen noch bezüglich der Daten der Versicherten, der vorläufigen

**AB 2024 S 599 / BO 2024 E 599**

Vergütung von Arzneimitteln und der Umsetzung der Motion 23.3503, welche sowohl vom Nationalrat als auch in der SGK-S angenommen wurde.

Ihre Kommission hat sich zudem neu für die Einführung von Kostenfolgemodellen sowie für eine Übergangsbestimmung zur Höchstgrenze der verrechenbaren Taxpunkte pro Arbeitstag ausgesprochen. Damit besteht ebenfalls eine Differenz zum Nationalrat.

Zu folgenden Massnahmen verbleiben grössere Differenzen zwischen der Version des Nationalrates und derjenigen Ihrer Kommission: Bei den Netzwerken zur koordinierten Versorgung wurden die Bestimmungen zur koordinierten Versorgung, die im Entwurf des Bundesrates vorgesehen waren, durch den Nationalrat gestrichen; Sie haben es gesagt. Aus unserer Sicht glücklicherweise wurden diese von Ihrer Kommission mit einigen Anpassungen wieder aufgenommen. Die beiden Motionen 23.3502 und 23.3504 wurden vom Nationalrat angenommen, von Ihrer Kommission jedoch ganz bzw. von einer Mehrheit abgelehnt.

Zudem gibt es noch eine Differenz bezüglich der differenzierten Prüfung der WZW-Kriterien: Die vom Nationalrat angenommene Version verfolgt ein problematisches Alles-oder-nichts-Prinzip und erlaubt nicht wirklich eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien.

Und dann noch zu den Preismodellen und zur Rückerstattung: Die vom Nationalrat beschlossene Version räumt den Pharmaunternehmen zu viel Macht ein. Sie verhindert Preismodelle mit dem Ziel der Kostendämpfung ebenso wie die Umsetzung der Motion Dittli 19.3703.

Ich werde im Rahmen der anschliessenden Detailberatung vertieft auf die vorliegenden Differenzen zwischen dem Nationalrat und Ihrer Kommission eingehen.

Sur mandat de la commission du Conseil national, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait établir un



rapport sur les conséquences financières de ces mesures. La commission de votre conseil a également donné mandat à l'administration de dresser un aperçu des conséquences financières des différentes mesures et des décisions prises jusqu'à présent, et de mettre en évidence leur potentiel d'économies. Ces rapports concluent que les réseaux de soins coordonnés devraient permettre à l'assurance obligatoire des soins d'économiser 250 millions de francs ou plus par année. En ce qui concerne les modèles de prix, un potentiel d'économies d'environ 200 millions de francs par année est envisageable.

La commission de votre conseil a également décidé d'introduire une nouvelle mesure dans un article 52e – dont on a déjà brièvement discuté – qui prévoit, sous la forme de modèles d'impact budgétaire, des rabais de quantité pour des médicaments à fort volume de marché. Des analyses ont montré que de tels modèles pourraient générer environ 400 millions de francs d'économies. Les autres conséquences financières – je le concède volontiers – sont difficiles à estimer. Pour les mesures présentant le plus fort potentiel d'économies – soit les soins coordonnés, les modèles de prix et restitutions et les modèles d'impact budgétaire –, il existe d'importantes différences entre la version du Conseil national et celle de la majorité de la commission de votre conseil.

En conclusion, je pense qu'il est temps de prendre nos responsabilités respectives, de prendre les décisions qui permettent de limiter l'augmentation des coûts afin de maintenir un système de santé abordable sans mettre en péril la qualité et la sécurité de ce système. Nous aurons la possibilité, dès à présent, avec la discussion par article, de prendre les décisions qui nous semblent les plus opportunes.

Je vous invite donc à suivre la commission de votre conseil et à entrer en matière concernant ce deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts.

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

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

*Detailberatung – Discussion par article*

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum 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. 18 Abs. 2 septies**

*Antrag der Kommission*

...

b. den Fonds für die Rückerstattungen.

### **Art. 18 al. 2 septies**

*Proposition de la commission*

...

b. le fonds pour les restitutions.

*Angenommen – Adopté*

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25 al. 2 let. h***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich möchte zunächst drei Vorbemerkungen machen. Erstens möchte ich sagen: Das war jetzt eine interessante Einführungsdebatte, und irgendwie ist schon alles gesagt worden. Ich habe jeweils ein ganz schlechtes Gewissen, wenn ich dann noch einmal etwas sage, was schon gesagt wurde, aber der Berichterstatter hat nun einmal die Aufgabe, möglichst objektiv zu berichten.

Meine zweite Vorbemerkung bezieht sich auf die Kosten. Vielleicht war das zu wenig verständlich. Die Frau Bundesrätin hat die Kosten noch einmal in ihre Einzelteile zerlegt. Wenn man diese 200 Millionen Franken, die erwähnt wurden, durch die Kostenmodelle einspart, 250 Millionen Franken durch die Netzwerke und 400 Millionen Franken durch das neue Kostenfolgemodell, dann gibt das zusammen diese 850 Millionen Franken, die wir uns als Schätzung haben berechnen lassen. Ich muss doch sagen, diesen Betrag kann man immer überschreiten, aber es ist immerhin fast eine Milliarde Franken; das ist nicht nichts.

Meine dritte Vorbemerkung betrifft das Votum von Kollege Bischof. Er hat drei Eigenschaften der Schweizer aufgezählt. Ich hätte noch eine vierte, und die lautet: Manchmal haben wir Angst vor dem eigenen Mut. Mir hat einmal jemand gesagt, wir würden nach dem Motto agieren, es muss etwas geschehen, aber es darf nichts passieren. Das ist vielleicht eine Eigenschaft, die wir hier manchmal haben, aber das zu erklären, ist nicht Aufgabe des Berichterstatters. Es ist vielmehr seine Aufgabe, Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h zu erklären. Es gibt zwar keine Opposition, aber ich möchte es erklären.

Im Sinne eines niederschweligen Zugangs unterstützt die Kommission einstimmig, dass Apothekerinnen und Apotheker ohne ärztliche Anordnung pharmazeutische Leistungen zur Optimierung der Therapietreue sowie Präventionsmassnahmen im Rahmen von kantonalen oder nationalen

**AB 2024 S 600 / BO 2024 E 600**

Programmen erbringen können. Apothekerinnen und Apotheker erhalten damit eine zusätzliche Kompetenz. Sie erhalten die Möglichkeit, mehr selbstständige Leistungen zu erbringen. Heute werden nur die Kosten für Leistungen übernommen, die im Zusammenhang mit der Abgabe von verordneten Medikamenten stehen. Neu sollen die Kosten für Beratungsleistungen übernommen werden, die der Optimierung der gesamten medikamentösen Behandlung und der Therapietreue der Versicherten dienen. Diese Beratungsleistungen ermöglichen eine Reduktion der Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen. Artikel 25 wird deshalb um die Vergütung von Beratungsleistungen unabhängig von der Abgabe von Medikamenten ergänzt. Artikel 26 KVG umfasst Präventionsleistungen im Rahmen von Präventionsprogrammen. Typischerweise handelt es sich dabei um Impfungen oder beispielsweise Stuhltests in Programmen zur Früherkennung von Darmkrebs.

Der Beschluss des Nationalrates zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h präzisiert den Entwurf des Bundesrates und ergänzt ihn um die Anordnung von Analysen. Auch hier ist eine Kostendämpfung zu erwarten, wenn Apotheker Leistungen übernehmen, die andere Leistungserbringer nicht mehr erbringen.

Insofern ist die Kommission einstimmig der Meinung, dass man dem Nationalrat folgen soll.

*Angenommen – Adopté***Art. 25a Abs. 4; 26***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25a al. 4; 26***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté***Art. 29***Antrag der Kommission**Titel*

Mutterschaft und Leistungen von Hebammen

*Abs. 2 Bst. a*

Gemäss geltendem Recht





*Abs. 2 Bst. b*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 2 Bst. e*

e. ... von Mutter und gesundem Kind durch Hebammen;

*Abs. 2 Bst. f*

f. die Analysen, die Arzneimittel und die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die der Mutter oder dem gesunden Kind von Ärzten und Ärztinnen oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen verordnet werden.

*Abs. 3*

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt zudem unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen die Kosten für folgende der Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienenden Leistungen, die von Hebammen für die Mutter oder das Neugeborene ab Beginn der Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis zu dem vom Bundesrat bestimmten Zeitpunkt nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden:

a. ambulant oder im Geburtshaus durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen;

b. verordnete Analysen, Arzneimittel sowie der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände.

## **Art. 29**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Maternité et prestations des sages-femmes

*Al. 2 let. a*

Selon droit en vigueur

*Al. 2 let. b*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 2 let. e*

e. ... et de l'enfant en bonne santé par des sages-femmes;

*Al. 2 let. f*

f. les analyses, médicaments et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par des médecins ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par des sages-femmes, à la mère et à l'enfant en bonne santé.

*Al. 3*

L'assurance obligatoire des soins prend également en charge, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, les coûts des prestations ci-après servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles qui sont fournies par des sages-femmes à la mère et au nouveau-né, à partir du début de la grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à un moment donné après l'accouchement déterminé par le Conseil fédéral ou jusqu'à la fin de la grossesse:

a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire ou dans une maison de naissance;

b. les analyses, médicaments et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Hebammen, die erwähnt wurden, und ich kann da nur sagen: "Don't mess with this article!", denn hier sitzen zwei Vertreter, die stark mit Hebammen verbunden sind. Die Tochter von Brigitte Häberli-Koller ist Hebamme, meine Schwester ist Hebamme, und deshalb bringen wir etwas, das zugunsten der Hebammen ist, in der Kommission immer durch. (*Teilweise Heiterkeit*)

Es ist eine weitere Präzisierung, die die Kommission bei den Leistungen der Hebammen vorsieht. Auch hier werden die Möglichkeiten der Hebammen abzurechnen erweitert. Wir beantragen einstimmig, den Beschluss des Nationalrates so zu ergänzen, dass nicht nur Arzneimittel vergütet werden, die von Hebammen während der Niederkunft ohne ärztliche Anordnung angewendet werden, sondern auch solche, die während der Schwangerschaft und im Wochenbett angewendet werden. Erhalten Mütter und Neugeborene möglichst unkompliziert Zugang zur benötigten Behandlung und Betreuung, können damit letztlich auch Kosten gespart werden. Im Weiteren bestätigen wir auch den Entscheid des Nationalrates, wonach Leistungen während der Schwangerschaft bereits ab deren Beginn von Franchise und Selbstbehalt befreit werden sollen.

Das betrifft dann auch Artikel 64, die Kommission schlägt aber eine Änderung in Artikel 29 vor. Es handelt sich hauptsächlich um gesetzestechnische Anpassungen. Aufgrund der Systematik soll zwischen Leistungen





bei einem normalen Verlauf der Mutterschaft und gesundem Kind, in Absatz 2, und Leistungen bei einem krankhaften Verlauf der Mutterschaft und krankem Kind, in Absatz 3, unterschieden werden. Zusätzlich braucht es in den Artikeln 33, 52 und 64 Verweise auf die neuen Bestimmungen.

Inhaltlich beantragt die Kommission, dem Beschluss des Nationalrates zu folgen und ihn in einem Punkt zu korrigieren. In Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f hatte der Nationalrat vorgesehen, dass nur die Kosten für während der Niederkunft abgegebene Medikamente vergütet werden. Wie gesagt, soll dies unter den vom Bundesrat bestimmten Vorgaben auch für die Schwangerschaft und im Wochenbett gelten. Mit Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f gemäss Nationalrat bzw. Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 gemäss Antrag Ihrer Kommission werden die Kompetenzen der Hebammen erweitert: erstens auf Analysen, Mittel, Gegenstände und gewisse Arzneimittel, wie zum Beispiel Schmerzmittel, zweitens auf Leistungen für das Kind.

Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e betrifft die ambulante Betreuung im Wochenbett durch die Hebammen. Das ist eine Konkretisierung, die heute teilweise schon gelebt wird. Wir beantragen Ihnen mit 9 zu 0 Stimmen, diese anzunehmen; es gibt keine Minderheit.

*Angenommen – Adopté*

AB 2024 S 601 / BO 2024 E 601

**Art. 32**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

*Abs. 1*

Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. (Rest streichen)

*Abs. 1bis*

Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

*Abs. 1ter*

Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist.

*Abs. 1quater*

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist der Nutzen der Leistung für die versicherte Person und die Gesellschaft angemessen zu berücksichtigen.

*Antrag der Minderheit*

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann)

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 32**

*Proposition de la majorité*

*Al. 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

*Al. 1*

Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. (Biffer le reste)

*Al. 1bis*

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques quantitatives ou qualitatives.

*Al. 1ter*

Une prestation est appropriée si elle répond à une indication médicale.



*Al. 1quater*

L'évaluation du caractère économique tient compte de manière appropriée de l'utilité de la prestation pour la personne assurée et la société.

*Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann)

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Abs. 1, 1bis, 1ter, 1quater – Al. 1, 1bis, 1ter, 1quater*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Artikel 32 Absatz 1 hat sich die Kommission mit 8 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung für das geltende Recht entschieden, es gibt aber eine Minderheit. Es geht um die Definition der WZW-Kriterien, die gemäss Minderheit angepasst werden sollen. Demgegenüber folgt die Mehrheit der Kommission dem Nationalrat, respektive sie möchte beim geltenden Recht bleiben.

Es gilt, festzuhalten, dass in Artikel 32 Absatz 1 der absolute Grundsatz steht, dass jede Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein muss – das sind eben die WZW-Kriterien. Im Entwurf des Bundesrates ist nun in Absatz 3 eine differenzierte Überprüfung der WZW-Kriterien vorgesehen, welche der Nationalrat ohne Gegenantrag in einer beschränkten Form aufgenommen hat. Eine Minderheit möchte die WZW-Kriterien in den Absätzen 1 und 3 grundsätzlich neu regeln. Der Grund für den Antrag der Minderheit ist, dass zahlreiche Innovationen und neue wissenschaftliche Methoden entwickelt werden. Diese müssten abgebildet werden; der Minderheitssprecher wird das noch erklären.

Die Minderheit hat ein Konzept eingereicht, das auch Artikel 52 Absatz 1bis betrifft. Ich nehme gleich zum ganzen Konzept Stellung: Die Minderheit möchte, dass das BAG die Wirksamkeit von vom Schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassenen Arzneimitteln ohne weitere Prüfung als gegeben betrachtet. Das ist in Artikel 52 Absatz 1bis festgehalten, gehört aber eben auch noch zu diesem Konzept. Dem Antrag der Minderheit hält die Mehrheit entgegen, dass das Anliegen, wonach für den Nachweis der Wirksamkeit "entweder quantitative oder qualitative wissenschaftliche Methoden" möglich sein müssen, bereits erfüllt ist. Wir haben heute bereits quantitative und qualitative Methoden. Es darf aber nicht sein, dass nur rein qualitative Methoden, das sind Expertinnen- und Experteninterviews, für den Nachweis der Wirksamkeit ausschlaggebend sind, die quantitativen Methoden aber, das sind vorliegende Studien, nicht berücksichtigt werden. Eine Oder-Formulierung könnte diesen Fall ja aber beinhalten.

Zum Zusammenspiel von Swissmedic und BAG: Für die Prüfung der Wirksamkeit nimmt Swissmedic eine Betrachtung rein im Vergleich zu Placebos vor, das ist ein absoluter Vergleich. Das BAG nimmt seine Betrachtung dagegen im Vergleich zu den bestehenden Arzneimitteln vor, das ist ein relativer Vergleich. Beim relativen Vergleich geht es nicht um die Frage, wie das Medikament wirkt, sondern wie es im Vergleich zu bestehenden Medikamenten wirkt. Deshalb ergänzen sich die beiden Prüfungen. Es gibt in diesem Sinne keine Doppelspurigkeiten.

Zur Erläuterung: Swissmedic hat bis jetzt 8000 Arzneimittel zugelassen. Auf der Spezialitätenliste sind es nur 3000. Es sind also 5000 weniger, die dann quasi noch ausgesiebt werden. Es wird immer das Beispiel Wegovy genannt, diese Abnehmspritze. An diesem Beispiel hat man uns aufgezeigt, wie der Prüfungsmechanismus funktioniert: Swissmedic hat bei diesem Arzneimittel eine Wirksamkeit auch bei leichtem Übergewicht festgestellt. Das BAG hat einen Vergleich zu den bereits vorhandenen Arzneimitteln angestellt und die Einschränkungen bei der Vergütung im Zusammenhang mit dem Übergewicht vorgenommen.

Das sind die Erläuterungen zu den WZW-Kriterien. Zu Absatz 3 werde ich dann auch noch etwas sagen.

**Müller** Damian (RL, LU): Hier handelt es sich, wie es der Kommissionssprecher gesagt hat, um zwei verschiedene Anträge und Aspekte, aber ich spreche aus Effizienzgründen gleich zu beiden.

In Artikel 32 Absätze 1, 1bis, 1ter und 1quater geht es generell um die sogenannten WZW-Kriterien, die festgelegt sind, um die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Diese WZW-Kriterien sind seit der Einführung des KVG, also seit dreissig Jahren, ein wesentlicher Grundpfeiler des KVG. In der Zwischenzeit wurden zahlreiche Innovationen und neue wissenschaftliche Methoden entwickelt. Diese werden in den aktuellen WZW-Kriterien ungenügend abgedeckt, was zu Unsicherheiten, aber auch zu Verzögerungen und Ungleichbehandlungen beim Zugang zu medizinischen Leistungen führen kann.

Um für alle Vergütungsentscheide einheitlich geltende Rahmenbedingungen zu definieren, sieht der Antrag meiner Minderheit vor, die WZW-Kriterien zu modernisieren. Eine solche Modernisierung sollte neben der An-



erkennung von neuesten wissenschaftlichen und technischen Methoden auch den Nutzen für die Patientinnen und Patienten und die Anerkennung der gesamtheitlichen Kosten einer Therapie beinhalten, um so die reale Wirtschaftlichkeit evaluieren zu können. Zudem besteht heute eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen von Swissmedic bei der Wirksamkeitsbeurteilung und denjenigen des BAG. Swissmedic lässt mehr Daten zu als das BAG, beispielsweise die sogenannte "real-world evidence" in gewissen Fällen. Mit dem Antrag meiner Minderheit für einen neuen Absatz 1bis bei Artikel 52 wird eben diese Differenz beseitigt. Ich bitte Sie, dem Antrag meiner Minderheit zuzustimmen.

Nun zu Artikel 32 Absatz 3, der eigentlich noch viel dringender ist: Hier geht es um die periodischen WZW-Überprüfungen, die gemäss dem Entwurf des Bundesrates und der Mehrheit der SGK nun differenziert oder, etwas zugespitzt gesagt, eher willkürlich stattfinden sollen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung ist aus meiner bescheidenen

**AB 2024 S 602 / BO 2024 E 602**

Sicht unklar, auf Gesetzesstufe unnötig und schafft Rechtsunsicherheit und eben die Gefahr von Willkür. Was meine ich damit? Mit der sehr offenen Formulierung im Entwurf des Bundesrates gibt das Parlament dem Bundesrat bzw. dem BAG sehr weitreichende Kompetenzen. Eine so weitreichende Delegationsnorm würde den Einfluss des Gesetzgebers – also von uns, wir haben es gehört, der kleinen wie auch der grossen Kammer – aus meiner Sicht zu stark schwächen.

Der Beschluss des Nationalrates ist viel zielführender. Er erlaubt dem Bundesrat, Leistungen teilweise oder ganz von der Prüfung auszunehmen. Die Bestimmung in Artikel 52 Absatz 4 schafft zudem Klarheit und gibt dem BAG die Vorgabe, wann eine gänzliche Ausnahme von der WZW-Überprüfung möglich ist. Arzneimittel sollen nur dann ganz von der Überprüfung ausgenommen werden, wenn sie einen geringen Umsatz aufweisen oder die Versorgung gefährdet ist. Ein tiefer Packungspreis allein reicht für die Ausnahme nicht, da solche Produkte bei einem hohen Volumen trotzdem beträchtliche Kostenfolgen haben können. Die nationalrätliche Variante schafft aus meiner Sicht mehr Klarheit und Rechtssicherheit und definiert, wann eine teilweise oder gänzliche Ausnahme von der WZW-Überprüfung möglich ist. Ich bitte Sie daher im Namen meiner Minderheit, dem Nationalrat zu folgen.

Und wenn Sie meiner Minderheit bei Artikel 32 nur einmal folgen wollen, dann tun Sie das bitte in Absatz 3.

**Wasserfallen** Flavia (S, BE): Ich möchte Sie bitten, gar nie der Minderheit Müller Damian zu folgen, auch nicht in einem Absatz. Es geht, wie es ausgeführt wurde, um die WZW-Kriterien. Es ist eben nicht eine Differenz zwischen der Wirksamkeitsprüfung von Swissmedic bei der Zulassung und der Wirksamkeitsprüfung durch das BAG und die Eidgenössische Arzneimittelkommission für die Aufnahme auf die Spezialitätenliste, die hier aus dem Raum geschafft werden soll. Es wurden schon ein paar Beispiele aufgeführt.

Weshalb ist es zentral, dass wir der Behörde in diesem Prozess keine Kompetenzen wegnehmen? Für die Prüfung der relativen Wirksamkeit gibt es zwei Möglichkeiten. Eine Möglichkeit ist, dass eine Limitierung eingeführt wird. Swissmedic prüft die Wirksamkeit gegenüber einem Placebo, d. h., es wird geprüft, ob ein neues Arzneimittel wirksam ist. Es kann im Vergleich zum Placebo auch nur ganz wenig wirksam sein. Nehmen wir die Abnehmspritze als Beispiel: Es ist natürlich für die Preisbildung schon entscheidend, ob die neue Abnehmspritze wirksamer oder weniger wirksam ist als diejenige, die bereits auf der Spezialitätenliste steht. Das muss für die Preisbildung entscheidend sein. Das ist eben die relative Wirksamkeit. Man muss Vergleiche zu bereits gelisteten, bestehenden Alternativen anstellen können, muss die Wirksamkeit in eine Relation setzen, und diese Relation muss in die Preisbildung einfließen. Sonst geraten wir wieder aus der eingangs erwähnten Balance zwischen Zugang, Leistung und einem vertretbaren Preis.

Zur Limitierung: Wenn Sie der Behörde die Möglichkeit nehmen wollen, eine Limitierung vorzusehen, haben wir eben auch wieder ein Kostenproblem. Ich nehme als Beispiel wieder die Wegovy-Abnehmspritze. Ich meine, wenn Sie diese einfach wollen, weil der Sommer bevorsteht und Ihre Bikini- oder Badehosenfigur noch nicht Ihrem Wunsch entspricht, ist das doch nicht das Gleiche, wie wenn Sie an Adipositas leiden. Dann sind Sie krank, und damit entstehen hohe Kosten für Sie persönlich und für die Gesellschaft. Die Alternativen für die Behandlung von Adipositas-Patientinnen und -Patienten sind viel teurer als diese Abnehmspritze, die im Moment Kosten von 190 Franken pro Monat und Patientin verursacht. Der Gesamtbetrag von 300 Millionen Franken wurde auch schon genannt. Es macht doch einen Unterschied, ob die Kasse Kosten für die Abnehmspritze für alle, die sie möchten, übernimmt oder eben nur dort, wo sie medizinisch indiziert ist.

Eine Limitierung kann auch vorsehen, dass eine gewisse Therapie oder ein Arzneimittel nicht von allen, sondern nur von bestimmten Fachärzten und Fachärztinnen verordnet werden kann. Das ist auch eine Limitierung. Eine Limitierung könnte auch eine Altersgruppe vorsehen. Diese Möglichkeit dürfen wir den Behörden nicht



wegnehmen. Dies würden wir tun, wenn wir hier der Minderheit Müller Damian folgten. Ich möchte Sie bitten, dies aus den genannten Gründen nicht zu tun. Wir sollten hier die Balance erhalten und die Auswirkungen auf die Kosten ganz genau im Auge behalten.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Je vais m'exprimer sur la première proposition de la minorité Müller Damian, et ensuite sur la seconde. Tout est lié, mais ces deux propositions sont quand même significativement différentes.

La première proposition de la minorité Müller Damian, qui concerne l'article 32 alinéa 1quater et l'article 52 alinéa 1bis, n'est pas juste une adaptation: c'est une modification fondamentale en matière d'examen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Les critères d'efficacité et d'adéquation seraient en grande partie vidés de leur contenu. Selon la proposition, dans le domaine des médicaments, toutes les thérapies devraient être considérées comme efficaces et adéquates. La définition d'une utilisation adéquate d'une thérapie – par exemple une thérapie pour le traitement de l'obésité sévère, comme cela a été mentionné, parce que c'est d'actualité – serait impossible. Une évaluation des technologies de la santé, avec le retrait des prestations inefficaces, serait également impossible. La proposition conduirait à ce que l'industrie pharmaceutique puisse notamment faire valoir, dans ses prétentions de prix, les avantages pour le marché du travail, pour l'économie – certes; mais les prétentions de prix déjà très élevées pour les médicaments – par exemple contre la migraine, pour les vaccins ou encore pour de nouveaux médicaments pour le traitement de la maladie d'Alzheimer – augmenteraient encore. La mise en oeuvre de cette proposition amoindrirait donc la qualité de l'approvisionnement des produits médicaux et engendrerait dans le même temps une forte augmentation des coûts.

Il ne s'agit pas d'être excessif dans les arguments, mais cette proposition constitue en réalité presque un changement de paradigme. Dès lors, le Conseil fédéral vous propose de suivre la majorité de votre commission et de ne pas entrer en matière sur cette première proposition de la minorité Müller Damian.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6615)

Für den Antrag der Minderheit ... 10 Stimmen

Dagegen ... 32 Stimmen

(0 Enthaltungen)

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Dieser Entscheid gilt auch für Artikel 52 Absatz 1bis.

*Abs. 3 – Al. 3*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Im Gegensatz zum Nationalrat befürwortet Ihre Kommission, dass die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit neu je nach Leistung unterschiedlich häufig oder vertieft und damit flexibler als bisher geprüft und überprüft werden soll. Wir haben uns mit 8 zu 4 Stimmen dafür ausgesprochen.

Der Beschluss des Nationalrates sieht lediglich vor, dass auf die periodische Überprüfung einer Leistung, insbesondere bei Arzneimitteln, verzichtet werden kann. Das wird von der Kommissionsmehrheit und vom Bundesrat bestritten. Der Beschluss des Nationalrates ist gewissermassen, wie die Frau Bundesrätin schon gesagt hat, eine Alles-oder-nichts-Variante, die keine Differenzierung hinsichtlich der Häufigkeit und des Umfangs der Überprüfung zulässt, was problematisch sein kann.

Gemäss der nationalrätlichen Variante wäre es nicht möglich, nur auf die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit zu verzichten, beispielsweise bei günstigen Arzneimitteln, aber zu schauen, ob die Wirksamkeit nach wie vor gegeben ist. Bei günstigen Präparaten wäre dies aber sinnvoll, weil der Preis sowieso schon tief ist.

AB 2024 S 603 / BO 2024 E 603

Gleichzeitig könnte man sich auch vorstellen, dass es in Zukunft sehr teure Arzneimittel geben wird, die etwas regelmässiger überprüft werden müssten. Das wäre nicht möglich. Nicht möglich wäre auch nur eine einfache Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, wie gesagt, wenn Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nach wie vor gelten. In diesem Sinne bitte ich Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Effectivement, cela a été mentionné, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité font partie des conditions fondamentales que toute prestation remboursée par l'assurance obligatoire des soins – parce que je crois que c'est l'élément fondamental de toute cette discussion – doit remplir cumulativement. Selon la loi, il faut vérifier périodiquement si ces prestations remplissent



toujours les critères, mais dans la pratique ce sont en principe les caractéristiques de la prestation qui déterminent la fréquence et l'ampleur du contrôle. Actuellement, un examen différencié est déjà effectué, notamment pour les prestations médicales, pour des analyses ou encore pour des moyens et appareils. Par contre, pour les médicaments, un examen différencié n'est pas possible, et ce pour des raisons d'égalité de traitement. C'est pourquoi, notamment en ce qui concerne les médicaments, une base légale explicite est nécessaire pour un examen différencié des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Le projet de loi prévoit donc un examen différencié de ces critères selon le type de prestation et leurs caractéristiques, par exemple s'ils sont coûteux ou avantageux, et également – c'est un élément sensible – le cycle de vie de la prestation, comme son introduction ou son admission initiale ou encore son remplacement pour une nouvelle prestation ou son réexamen.

Concernant les médicaments en particulier, il est important de pouvoir prendre en considération la sécurité de l'approvisionnement dans le cadre des réexamens. Or, il existe aujourd'hui l'obligation de procéder à un réexamen identique pour tous les médicaments. Ainsi, les prix des médicaments les plus anciens et les moins chers, par exemple des antibiotiques ou des médicaments pour enfants, doivent également être réexaminés. Ce réexamen périodique obligatoire peut donc entraîner des baisses de prix susceptibles d'avoir un effet négatif sur l'approvisionnement, particulièrement des médicaments bon marché. En effet, des baisses de prix peuvent rendre l'exploitation en Suisse non rentable pour les titulaires de l'autorisation, avec pour conséquence qu'ils font retirer le médicament de la liste des spécialités ou encore du marché suisse.

Les assurés peuvent ainsi perdre l'accès à des médicaments dont ils ont un besoin urgent. De telles situations peuvent être évitées, justement, grâce à un examen différencié des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

La proposition qui vous est soumise prévoit donc que le Conseil fédéral peut fixer la fréquence et l'étendue de ce contrôle de manière différenciée, en fonction du type de prestation et du moment de l'examen.

Der Bundesrat begrüsst den Beschluss der SGK-S, seinem Vorschlag zu folgen. Die vom Nationalrat angenommene und von der Minderheit Müller Damian unterstützte Version zu diesen Voraussetzungen ermöglicht nicht wirklich eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien. Der Nationalrat hat nämlich beschlossen, dass der Bundesrat die Möglichkeit haben soll, bestimmte Leistungen und Medikamente von der periodischen Überprüfung als Ganzes auszunehmen. Dieser Beschluss ist gewissermassen eine Alles-oder-nichts-Variante, die, wie ich schon gesagt habe, keine Differenzierung hinsichtlich der Häufigkeit und des Umfangs der Überprüfung zulässt, was problematisch sein kann. Denn es kann durchaus relevant sein, dass die Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit weiterhin überprüft werden, auch wenn auf eine Überprüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verzichtet wird.

Vous l'aurez compris, vu les différents éléments et vu les adaptations qui ont également été effectuées pour la loi sur l'assurance-invalidité qui sont, en principe, analogues à celles de la LAMal, je vous invite à suivre la majorité de votre commission et à soutenir le projet du Conseil fédéral.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6616)

Für den Antrag der Mehrheit ... 32 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 9 Stimmen

(0 Enthaltungen)

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Dieser Entscheid gilt auch für Artikel 52 Absatz 4.

#### **Art. 33**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 2*

... nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 und Absatz 3 sowie 31 Absatz 1 näher.

##### *Abs. 6*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 33**

##### *Proposition de la commission*

##### *Al. 2*

... aux articles 26, 29 alinéas 2 et 3 et 31 alinéa 1.



Al. 6

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35 Abs. 2 Bst. o; 36; 36a Abs. 1**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 35 al. 2 let. o; 36; 36a al. 1**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Adhérer à la décision du Conseil national

**Art. 37a**

*Antrag der Mehrheit*

Gemäss Bundesrat, aber:

*Abs. 1*

...

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

abis. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.

...

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

d. Streichen

e. Streichen

...

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

h. Streichen

*Abs. 2*

Sie schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. (Rest streichen)

*Abs. 2bis*

Sie verfügen über einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern.

AB 2024 S 604 / BO 2024 E 604

*Abs. 2ter*

Die Versicherer müssen den Versicherten eine Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen haben, zugänglich machen. Sie müssen jede Änderung der Liste veröffentlichen. Die Versicherten müssen jederzeit in die aktualisierte Liste Einsicht nehmen können.

*Abs. 2quater*

Die Versicherer müssen den kantonalen Stellen die Liste der Leistungserbringer übermitteln, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag geschlossen haben.

*Abs. 2quinquies*

Der Leistungserbringer muss die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden dürfen, weil kein Zusammenarbeitsvertrag nach Absatz 2bis besteht. Sofern dies unterlassen wird, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.



*Abs. 3*

Stellt der Kanton fest, dass ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist und eine kostengünstige Versorgung in der notwendigen Qualität gewährleistet, so kann er verfügen, dass dieses auch ohne Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern nach Absatz 2bis zugelassen ist.

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 37a**

*Proposition de la majorité*

Selon Conseil fédéral, mais:

*Al. 1*

...

- a. ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'article 37 alinéa 1;
- abis. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;

...

- c. Adhérer à la décision du Conseil national  
(la modification ne concerne que le texte allemand)
- d. Biffer
- e. Biffer

...

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

*Al. 2*

Ils concluent des conventions avec d'autres fournisseurs de prestations sur la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la coordination. (Biffer le reste)

*Al. 2bis*

Ils disposent d'un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs.

*Al. 2ter*

Les assureurs sont tenus de rendre accessible aux assurés la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération. Ils doivent publier chaque modification de la liste. Les assurés doivent pouvoir consulter en tout temps la liste actualisée.

*Al. 2quater*

Les assureurs sont tenus de transmettre aux services cantonaux la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat de coopération.

*Al. 2quinquies*

Le fournisseur de prestations doit informer l'assuré, avant le traitement, s'il ne peut pas fournir de prestations pour son assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins parce qu'il n'est pas lié à ce dernier par un contrat de coopération au sens de l'alinéa 2bis. S'il omet de le faire, il n'a aucun droit à rémunération au sens du droit civil.

*Al. 3*

Si le canton constate qu'un réseau de soins coordonnés est nécessaire pour garantir l'approvisionnement et que celui-ci assure une prise en charge à moindre coût dans la qualité nécessaire, il peut décider de l'admettre même en l'absence de contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs au sens de l'alinéa 2bis.

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ein Kernstück der Vorlage, das auch zu grosser Diskussion geführt hat, ist die Einführung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Die Kommission beantragt mit 7 zu 6 Stimmen, bei Artikel 37a den neuen Leistungserbringer der Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzuführen. Auch der Bundesrat hat dies in seinem Entwurf vorgesehen. Die Bestimmungen dazu sind aber über verschiedene Artikel verteilt, weshalb wir dann bei den verschiedenen Artikeln darüber abstimmen.



Im Gegensatz zum Entwurf des Bundesrates sollen aber gemäss Ihrer Kommission erstens die Anforderungen an die Netzwerke vereinfacht werden. So müssen die Netzwerke nicht zwingend von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet werden und brauchen auch keinen kantonalen Leistungsauftrag. Dies hatte auch eine Minderheit Maillard vorgeschlagen, damals noch im Nationalrat. Zweitens soll die Zulassung und damit der Vertragszwang bei Artikel 37a Absätze 2bis bis 3 in einem zweistufigen Verfahren erfolgen. Drittens sollen Versicherte bei Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung bei Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe e von einer reduzierten Kostenbeteiligung profitieren können.

Das zweite Massnahmenpaket sieht vor, Netzwerke zur koordinierten Versorgung zu fördern und damit die Versorgungsqualität zu stärken. Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliesst Gesundheitsfachpersonen aus unterschiedlichen Berufen zusammen und bietet medizinische Betreuung aus einer Hand an. Dadurch wird die Koordination über die ganze Versorgungskette verbessert, zum Beispiel bei der Behandlung einer älteren Person mit mehreren chronischen Krankheiten durch die jeweiligen Spezialisten. Diese Netzwerke zur koordinierten Versorgung umfassen das Koordinationszentrum sowie die ihm vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer und werden als Leistungserbringer definiert. Das Netzwerk ist dann selbst ein Leistungserbringer. Ein Netzwerk rechnet die von seinen Mitgliedern erbrachten Leistungen als ein einziger Leistungserbringer gegenüber den Versicherern ab. Solche Netzwerke ermöglichen es zum Beispiel, Ärztinnen und Physiotherapeuten zusammenzunehmen und den Koordinationsaufwand zusammen abzurechnen.

Es wurde gesagt, dass heute fast 77 Prozent aller Versicherten in einem Hausarztmodell versichert sind; diese Zahl wurde uns genannt. Gemäss einer Befragung der Spitex ist nur ein Drittel der Über-65-Jährigen in einem solchen Modell versichert. Je älter und kränker die Personen sind, desto seltener haben sie ein solches Versicherungsmodell. Mit dem neuen Leistungserbringer gäbe es die Chance, zu einem koordinierten Leistungserbringer zu gehen und dort abrechnen zu lassen. Die Hoffnung der Einführung des neuen Leistungserbringers liegt also darin, dass sich vermehrt auch chronisch kranke und ältere Versicherte dort versichern. Diese Bestimmung wurde in der Vernehmlassung und auch in den Zuschriften, die wir erhalten haben, stark kritisiert. Die Begründung der Kritiker ist, dass die Kosten mit der Einführung eines neuen Leistungserbringers steigen würden und Netzwerke heute schon möglich seien.

Dem hält die Mehrheit der Kommission entgegen, dass der Leistungserbringer ja schon besteht. Es gibt eigentlich gar keinen neuen Leistungserbringer, auch wenn er jetzt ein Netzwerkleistungserbringer ist. Es ist dann vielleicht die Ärztin, die als Leistungserbringerin des Netzwerkes abrechnet, aber diese Ärztin ist heute schon tätig, weshalb die Mehrheit Ihrer Kommission das nicht als grundsätzliches Problem angesehen hat. Die Hoffnung, der Wunsch oder die Möglichkeit, dass man damit die chronisch kranken älteren Patienten

#### AB 2024 S 605 / BO 2024 E 605

als Zielgruppe erreicht und sie in solche Netzwerke einbinden kann, ist gemäss Analyse der Verwaltung mit diesem Leistungserbringer, dem Netzwerk, gegeben. Das KVG ist heute dafür zu starr.

Natürlich – das hat man uns versichert – muss man solche Netzwerke auch mit einem guten Monitoring begleiten, also überprüfen, was bei der Kostenentwicklung passiert. Im Verlaufe der verschiedenen Sitzungen wurde in Ihrer Kommission ein Modell eingebracht, das eine gewisse Flexibilität zulässt und Bedingungen an die Netzwerke stellt. Das Modell wurde laufend verfeinert. Diskussionen entstanden um den Vertragszwang: Soll dieser auch für diese neuen Leistungserbringer gelten? Wenn nein, dann stellt sich die Frage, wie man gewährleistet, dass die Patienten wissen, ob sie die Leistungen des Netzwerkes mit ihrer Krankenkasse abrechnen können. Die grundsätzliche Idee war, den Vertragszwang daran zu knüpfen, dass ein Netzwerk die Leistungen in der erforderlichen Qualität und kostengünstiger als einzelne Leistungserbringer erbringt. Daraus ergibt sich die Frage, ob der Beweis für die Qualität und die Kostendämpfung durch das Netzwerk zuerst theoretisch vorliegen und erst dann in der Praxis erfolgen soll. Die Kommission will, dass zuerst quasi ein Testlauf möglich ist, mit dem der Beweis erbracht werden soll, dass es kostengünstiger und die Qualität mindestens gleich gut ist.

Wir haben am Schluss verschiedene Modelle einander gegenübergestellt und sie gegeneinander ausgemehrt. Was ist geblieben? Gemäss dem Antrag der Mehrheit der SGK-S sollen die Netzwerke mit vereinfachten Anforderungen und in einem zweistufigen Verfahren zugelassen werden. Zunächst sollen Netzwerke mit einer oder mehreren Krankenkassen Verträge abschliessen und Leistungen für die Versicherten dieser Kasse anbieten können. Zeigt sich, dass diese Leistungen kostengünstiger und in der notwendigen Qualität erbracht werden, kann ein Kanton die Netzwerke generell zulassen, wenn so die Gesundheitsversorgung gesichert wird. "Generell zulassen" heisst, dass dann auch die anderen Versicherungen mit diesen Netzwerken abrechnen müssen. Damit die Netzwerke für Versicherte attraktiv sind, soll die Kostenbeteiligung an ihren Leistungen reduziert werden können. Bei der Zielgruppe der chronisch Kranken scheint es vor allem attraktiv, den Selbstbehalt zu





reduzieren, da sie bereits eine tiefe Franchise gewählt haben dürften.

Wie gesagt, wir haben dem mit 7 zu 6 Stimmen zugestimmt. Eine Minderheit beantragt weiterhin, auf die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung zu verzichten. Sie wird ihren Antrag auch begründen. Ich möchte noch erwähnen, dass wir im Zusammenhang mit dieser Beratung auch einen Vorstoss zu einem "Managed Care light"-Modell besprochen haben. Wir haben uns dann aber sagen lassen, dass sich die beiden Modelle ausschliessen. Entweder macht man ein neues Netzwerk mit Leistungserbringern, oder man führt ein "Managed Care light"-Modell ein, aber nicht beides.

Also ich bitte Sie, hier dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Dittli Josef (RL, UR):** Es geht hier um die Grundsatzfrage: Wollen wir einen neuen Leistungserbringer in Form eines koordinierten Netzwerkes, oder wollen wir das nicht? Wollen wir uns auf der Basis der bestehenden Leistungserbringer weiterentwickeln? Die Minderheit Ihrer Kommission ist klar der Auffassung, dass die Einführung eines neuen Leistungserbringers mehr Nachteile als Vorteile bringt.

Die Minderheit bezweifelt einerseits, dass überhaupt Kosteneinsparungen möglich sind, und befürchtet andererseits ein Bürokratiemonster, welches die Weiterentwicklung der bestehenden Modelle behindert. Nun, es ist ja interessant, dass dieses Netzwerk, dieser neue Leistungserbringer bereits in der Vernehmlassung sehr stark angezweifelt wurde. Bereits die Vernehmlassung hat aufgezeigt, dass ein grosser Teil aller Beteiligten des Gesundheitswesens diesen neuen Leistungserbringer ablehnt. Auch der Nationalrat lehnt ihn ab und hat ihn herausgestrichen, und zwar deutlich. Er hat das nicht in einer Nacht-und-Nebel-Aktion getan, sondern er hat sich sehr umfassend damit auseinandergesetzt und ist nach mehreren runden Tischen, an denen sich alle diese Beteiligten einbringen konnten, zur Überzeugung gekommen, dass dieser neue Leistungserbringer in Form des Netzwerkes deutlich mehr Nachteile als Vorteile bringt. Darum hat er ihn herausgestrichen.

Man kann also eigentlich sagen: Die Leistungserbringer brauchen ihn nicht, und die Gesundheitslandschaft überhaupt will ihn gar nicht. Wenn man sie fragt, warum, verweisen sie auf die langjährige Erfahrung und auf diverse Projekte, mit denen die koordinierte Versorgung bereits heute gefördert und gelebt wird.

Es ist also eine unnötige und teure Parallelstruktur zu den heute bestehenden, bestens etablierten Ärztenetzwerken und alternativen Versicherungsmodellen, in denen gegen 80 Prozent der Versicherten sehr gut koordiniert versorgt werden. Auch die Anpassungen, die die Kommission nun vorgenommen hat und die im Vergleich zum Entwurf des Bundesrates doch einige Verfeinerungen mit sich bringen, vergrössern vor allem die Bürokratie. Da werden zum Beispiel Zusammenarbeitsverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern reguliert, wie sie heute schon üblich sind, ganz ohne diese neue gesetzliche Regelung.

Auf zwei Argumente, die für die neue Regulierung angeführt werden, möchte ich kurz eingehen.

Erstens: Das Ziel sei die Überführung von chronisch kranken und multimorbiden Personen in solche Versorgungsmodelle, in denen sie nachweislich besser behandelt würden. Das ist ein gutes Ziel, nur trägt der Vorschlag nichts dazu bei, denn er setzt mit zusätzlichen Vorschriften auf der Seite der Leistungserbringer an und nicht auf der Seite der Patientinnen und Patienten.

Zweitens soll die Zusammenführung verschiedener Berufsgruppen unter einem Dach und damit die interprofessionelle Zusammenarbeit vereinfacht werden. Mit einer einzelnen Abrechnungsnummer sei das eben einfacher. Nur: Ich habe noch von keinem Praktiker gehört, dass die Abrechnung mit mehreren Nummern ein Problem für ihn wäre. Umgekehrt verbauen wir uns durch diese neue Leistungserbringerkategorie Optionen, denn durch die Regulierung sind die Netzwerke starr und können sich auf der vertraglichen Ebene und je nach aktuellem Bedarf nicht innovativ weiterentwickeln. Die heute bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen reichen vollkommen aus, damit die Versicherer und Leistungserbringer ihre erfolgreichen alternativen Leistungs- und Versicherungsmodelle weiterentwickeln können.

Ich bitte Sie deshalb, meine Minderheit zu unterstützen und somit dem Nationalrat zu folgen.

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** J'aimerais mentionner quelques éléments en plus de ce qui a déjà été dit. Il y a quelque chose de paradoxal dans l'opposition des acteurs à ce projet, qui est relativement modéré – nous l'avons encore plus ciblé. En effet, l'opposition qui a surgi très vite est quand même un peu suspecte. Si vraiment personne n'en veut, si aucun fournisseur de prestations, ni aucun assureur ne veut de ce type de solutions, alors elles n'existeront pas, il n'y a donc aucune crainte à avoir. L'opposition est peut-être bien, au contraire, le signe qu'il existe une envie chez certains assureurs et fournisseurs de prestations de s'organiser autrement dans les réseaux de soins coordonnés.

Nous avons discuté de la loi sur les cartels pendant cette session et de la difficulté qu'ont certains fournisseurs de prestations, parfois, lorsqu'ils voient arriver de nouveaux acteurs. Je crois que nous sommes un peu dans cette situation ici aussi. Il y a un potentiel avec ce modèle, et c'est exactement là que nous devons agir. La co-



ordination des soins n'a de sens que pour ceux qui consomment des soins. Or, malheureusement, les réseaux qui existent se concentrent plutôt sur des personnes qui ne consomment pas de soins. Pourquoi? Parce que le modèle particulier d'assurance oblige les assureurs à faire un collectif fermé avec un rabais de prime. C'est le rabais de prime qui est l'incitatif pour attirer de nouveaux assurés dans un modèle particulier d'assurance. Mais si vous utilisez le rabais de prime comme incitatif, vous devez faire un nouveau collectif fermé qui justifie des coûts plus bas que la moyenne. Et vous ne pouvez pas justifier des coûts plus bas que la moyenne avec des patients malades. Il suffit qu'il y

AB 2024 S 606 / BO 2024 E 606

ait quelques malades dans ce réseau pour que les coûts ne puissent pas être plus bas que la moyenne. Naturellement, nos réseaux de soins coordonnés qui fonctionnent ont une tendance naturelle à sélectionner plutôt des personnes en moyenne moins malades.

C'est la raison pour laquelle, comme l'a très bien dit notre collègue Erich Ettlin, on constate que les personnes polymorbides, les personnes qui consomment des soins à domicile, ne vont pas dans les réseaux de soins coordonnés. Ici, nous apportons une réponse à ce problème en ajoutant un autre incitatif – non pas le rabais de prime, mais le rabais de quote-part –, qui attire justement les patients qui sont consommateurs de soins, là où on peut faire des économies. C'est vraiment un instrument intelligent, qui ne sera effectif que si des prestataires et des assureurs veulent le faire, puisque nous avons proposé que ce type de réseau ne puisse être créé qu'après une expérience concrète qui aura engagé au moins un assureur et des prestataires.

J'ajoute enfin que nous allons traiter tout à l'heure la motion de la CSSS-N 23.3504, "Renforcer les soins coordonnés par des contrats pluriannuels dans la LAMal". Cette proposition n'a pas trouvé de majorité en commission. Mais si le Conseil national reprend ce dossier, il pourrait aussi examiner cet aspect, parce qu'effectivement, dans un réseau de soins coordonnés, des contrats pluriannuels pourraient avoir du sens.

Nous disposons ici de tous les éléments pour arriver à un compromis intelligent, mais pour cela il faut que nous créions cette divergence et que nous puissions continuer à réfléchir à ce projet. Parce qu'il y a là des enjeux d'économies dans la qualité que nous pouvons réaliser.

**Graf Maya (G, BL):** Ich möchte Ihnen ebenfalls beantragen, hier der Mehrheit zu folgen. Wir haben uns in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sehr ausführlich, auch mit mehreren Berichten darüber informiert, wie wir hier eine gesetzliche Basis schaffen könnten, um Netzwerke zur koordinierten Gesundheitsversorgung möglich zu machen. Ich möchte darauf hinweisen, dass auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren ausdrücklich schreibt, dass sie eine Stärkung der integrativen koordinierten Versorgung wünscht. Sie wünscht eben auch explizit, dass wir diese Gelegenheit nutzen und diese gesetzliche Grundlage hier schaffen, damit dies möglich wird.

In einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung sind ja nicht nur ärztliche, sondern eben auch pflegerische und therapeutische Leistungen gemeinsam vor Ort, heute häufig auch in HMO. Das Ziel der koordinierten und interprofessionellen Strukturen ist auch, gerade auch für Personen zugänglich zu sein, die nicht in diesen besonderen Versicherungsformen sind, auch wenn das heute schon verbreitet ist. Diese Personen, wir haben es bereits gehört, sind oft chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten. Es sind ältere Menschen.

Da komme ich zu einem, finde ich, sehr wichtigen Argument: Diese Netzwerke der koordinierten Gesundheitsversorgung bieten uns die Möglichkeit, solche Gesundheitsversorgungszentren auch in ländlichen Regionen und in ländlichen Zentren interdisziplinär und fachübergreifend anzubieten. Auch ältere Menschen und ihre Angehörigen haben kurze Wege, es ist alles vernetzt, es gibt keine Doppelspurigkeiten, unnötige und überflüssige Behandlungen können leichter vermieden werden, und es gibt eben Behandlungsmöglichkeiten vor Ort. Übergänge zu den Einrichtungen, die ja bestehen, zum Beispiel zu Spitälern, Pflegeheimen, Rehabilitation und Spitex, können besser koordiniert werden. Ganz wichtig in diesem Lebensabschnitt, der übrigens auch am meisten Gesundheitskosten verursacht, ist ja auch das psychosoziale Umfeld der Patientinnen und der Patienten. Das kann ebenfalls besser berücksichtigt werden.

Auch für die Angehörigen, die ihre Eltern in diesem Lebensabschnitt pflegen und betreuen, ist das immer viel besser, wenn es vor Ort eine vernetzte und koordinierte Gesundheitsversorgung gibt, wo man mit den Angehörigen hingehen kann, wo eben verschiedene Leistungserbringer vor Ort sind und sich miteinander absprechen. Die freie Arztwahl wird dabei nicht eingeschränkt. Es ist den Leistungserbringern und -erbringerinnen selbstverständlich möglich, zum Beispiel daneben noch ihre Praxis weiterzuführen. Es ist freiwillig, aber es geht eben um die dringend nötige bessere und koordinierte Gesundheitsversorgung im doch sehr föderalen und sehr diversen dezentralen Gesundheitssystem der Schweiz. Das wäre ein kleiner, aber wichtiger Beitrag, um



diese Möglichkeit vor Ort zu schaffen. Und wie gesagt: Die Kantone wünschen sich dieses Instrument auch für ihre Gesundheitspolitik.

**Hegglin** Peter (M-E, ZG): Der Bundesrat schreibt in der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, es könne davon ausgegangen werden, dass sich die Kosteneinsparungen durch die koordinierten Netzwerke mit denjenigen von Managed-Care-Modellen vergleichen liessen. Genaue Angaben bleibt er aber schuldig mit der Begründung, dass zurzeit nicht klar sei, wie viele solcher Netzwerke entstehen würden und wie viele Patientinnen und Patienten in diesen Netzwerken behandelt würden. Im Nachgang wurde in der Kommission aufgrund von Schätzungen und Annahmen ein Einsparpotenzial in der Höhe von etwa 250 Millionen Franken genannt.

Meine Frage ist aber: Ist es nötig, eine entsprechende Gesetzesbestimmung aufzunehmen? Bereits heute ist es möglich, die Koordination in der Gesundheitsversorgung ohne einen zusätzlichen Leistungserbringer zu stärken, wie folgendes Beispiel zeigt: Im Rahmen einer Beteiligung durch den Krankenversicherer Visana wurde die Hôpital du Jura bernois SA zur Gesundheitsorganisation Réseau de l'Arc und wandelte sich so in eine voll integrierte Versorgungsorganisation für die Region des Jurabogens um. Seit dem 1. Januar 2024 bietet sie ein alternatives Grundversicherungsprodukt auf dem Markt an, das auf einer pauschalen Vergütung pro Mitglied beruht.

Das ist ein gutes Beispiel, das zeigt, dass die Ausgestaltung von Versorgungsmodellen keine Aufgabe des KVG ist. In diesem Sinne weisen die Lösungsansätze aus der Praxis eine bessere Kosten-Nutzen-Bilanz auf. Langjährige Erfahrungen zeigen, dass Netzwerke oder auch telemedizinische Dienste zu Einsparungen von bis zu 20 Prozent gegenüber dem Standardmodell geführt haben oder führen. Diese Netzwerke und weiteren Modelle sind quasi im freien Wettbewerb und gänzlich ohne regulatorische Grundlage entstanden.

Sofern wir diese erfolgreiche Praxis berücksichtigen, könnte die integrierte Versorgung in der Schweiz ohne Zwang und ohne zusätzliche Bürokratie fortgeschrieben werden. Es ist sogar zu befürchten, dass die jetzt geplante Überregulierung die weitere Entwicklung der integrierten Versorgung behindert, weil sie diese auf Gesetzes- bzw. Verordnungsstufe definiert und zementiert und so sogar Innovationen verhindern könnte. Der geplante neue Leistungserbringer ist ja auch kein Versorgungsmodell. Eine gemeinsame Abrechnungsnummer und Vorgaben des Bundes gewährleisten noch keine bessere Koordination. Was aber sicher ist, ist, dass die Überprüfung der eh schon komplizierten und unverständlichen Arztrechnungen zusätzlich erschwert würde. Ich bekäme ja dann von einem Netzwerk eine Rechnung, auf der sehr viele verschiedene Akteure und Leistungsabrechnungen stehen würden. Eine Überprüfung der Arztrechnungen ist für die Patienten, aber auch für die Versicherer heute schon schwierig. Diese Überprüfungen würden erschwert.

Es fehlt auch der Nachweis, dass mit dem neuen Leistungserbringer Behandlungen besser koordiniert würden. Koordinierte Behandlungen funktionieren ja nur, wenn Patientinnen und Patienten diese Koordination auch wünschen. Um von einem Lotsen zu profitieren, muss man auch bereit sein, sich lotsen zu lassen. Es besteht vielmehr das Risiko, dass in einem Netzwerk die einzelnen Akteure die Patienten weiterreichen, was zusätzliche, unnötige Behandlungen auslösen könnte.

Aus all diesen Überlegungen empfehle ich Ihnen, der Minderheit und damit dem Nationalrat zu folgen und diese neuen Bestimmungen, die administrativ überregulieren, noch mehr Vorgaben und Einschränkungen bringen und auch den Wettbewerb nicht fördern, nicht aufzunehmen, sondern abzulehnen.

AB 2024 S 607 / BO 2024 E 607

**Wasserfallen** Flavia (S, BE): Ich möchte kurz Stellung nehmen, weil mein Vorredner, der geschätzte Kollege Hegglin, auch ein Projekt aus meinem Kanton erwähnt hat. Es ist das Réseau de l'Arc. Es zeigt auch für mich eine spannende Vorgehensweise auf, die mit der Zusammenarbeit von Kanton, Leistungserbringern, einem Privatspital, weiteren Leistungserbringern und einer Krankenkasse genau in diese Logik der integrierten Versorgung passt. Das geschieht mit dem "Full capitation"-Ansatz, mit einem Globalbudget. So können wesentliche Fehlanreize, die wir heute im System haben, ausgemerzt werden. Ich bin auf die Ergebnisse dieses Projekts sehr gespannt, das jetzt in dieser Region starten kann. Es wird sich zeigen, ob dieser Ansatz funktioniert.

Ich habe dieser Diskussion gut zugehört. Ich kann einfach immer noch nicht verstehen, warum diese Opposition besteht. Es wird in keiner Art und Weise ein Zwang eingeführt. Wir gestalten, wir erweitern das KVG, wir machen es flexibler. Wenn ein solches Projekt wie das Réseau de l'Arc funktioniert, gute Qualität bringt und sogar effizienter arbeitet, geben wir den Kantonen die Möglichkeit – es ist eine Kann-Formulierung –, dieses Versorgungsnetz zu erweitern und weiteren Versicherten zugänglich zu machen.

Es muss unser Ziel sein, dass es nicht überall isolierte gute Projekte gibt, die aber nicht erweitert und mehr



Menschen zugänglich gemacht werden können. Es gibt also in keiner Art und Weise einen Zwang. Die bestehenden Modelle werden mit dieser Einführung überhaupt nicht beeinträchtigt.

Was auch ein ganz wichtiges neues Element ist, ich habe es im Eintretensvotum erwähnt: Wir geben die neue Möglichkeit, solche Versorgungsnetzwerke attraktiv zu machen. Wir tun dies nicht nur mit Prämienrabatten, wie sie heute funktionieren – der Mechanismus wurde erklärt –, wir tun dies auch mit der Möglichkeit, den Selbstbehalt wegzulassen oder zu reduzieren. Das ist eine wesentliche Neuerung, die eben heute nicht besteht. Auch da gestalten wir das KVG flexibler und erweitern es, sodass wir diese Möglichkeit einführen können, die heute nicht gegeben ist. Somit würden wir auch den Zugang für Menschen attraktiver gestalten, die eben multimorbid sind, die vielleicht etwas älter sind und mehr Gesundheitskosten verursachen.

Ich kann die Opposition wirklich nicht verstehen. Wir zwingen niemanden, irgendetwas zu tun, was er nicht möchte, aber wir geben hier wichtige Möglichkeiten, die koordinierte Versorgung zu verstärken.

Ich bitte Sie deshalb, der Mehrheit zu folgen.

**Germann Hannes (V, SH):** Ich bitte Sie hier dringend, der Minderheit Dittli zu folgen. Wir haben zwar in Aussicht gestellt bekommen, dass allein bei den Kosten für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität ein Kosteneinsparungspotenzial in Höhe von rund 250 Millionen Franken pro Jahr drinliegen würde. Nun, das kann man glauben, aber was Sie hier im Endeffekt eigentlich machen, ist: Sie lassen einen zusätzlichen Leistungserbringer zu, und die Leute haben dann die Möglichkeit, auf den Selbstbehalt zu verzichten. Jetzt müssen Sie mir sagen, was dann das Kosteneinsparungspotenzial sein soll, wenn man den Selbstbehalt nicht mehr zahlen muss. Kein Selbstbehalt mehr für gewisse Gruppen – darüber kann man reden, aber dann muss man auch sagen, dass das mehr kostet. Und ich weiss nicht, ob ein zusätzlicher Leistungserbringer mit diesen Netzwerken Kosteneinsparungen bringt.

Wir, ja die meisten von uns sind schon lange in diesem Rat. Lesen Sie einmal diese Bestimmungen in Artikel 37a, was da alles vorgeschrieben wird. Allein, wenn Sie die Bestimmung auf Seite 17 der Fahne lesen, die Absätze 2 und 2bis von Artikel 37a, dann sehen Sie, was da alles zusätzlich gemacht werden muss: Zusammenarbeitsverträge mit einem oder mehreren Versicherern; dann müssen die Versicherer eine Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben, zugänglich machen; sie müssen jede Änderung veröffentlichen; die Versicherten müssen jederzeit in die aktualisierte Liste Einsicht nehmen können; und dann müssen sie schliesslich noch die Zusammenarbeit mit den Kantonen regeln. Das ist alles in sich schon logisch, aber dann geht es weiter auf Seite 18 der Fahne. Hier hat es noch einmal eine Spalte mit Detailbestimmungen. Sorry, aber so etwas ist einfach absurd. Damit schaffen wir nur mehr Bürokratie.

Wir erhoffen uns Kosteneinsparungen. Wir verbessern nichts am System, denn niemand bestreitet die Effizienz der Leistungserbringung in einem integrierten Netzwerk. Die Koordination kann sicher verbessert werden, und das wird ja heute auch bereits gemacht. Es gibt auch mehr Möglichkeiten, gleiche Untersuchungen allenfalls einzuschränken. Aber Sie müssen noch einen Nachteil sehen. Und zwar betrifft dieser die ganze Abrechnung. Heute gibt es ja einen Fehlanreiz bei der Preisgestaltung. Sie ergibt sich aus der Menge mal dem Preis. Dieser Fehlanreiz müsste natürlich beseitigt und stattdessen eben eine pauschale Vergütung eingeführt werden. Diese wäre idealerweise an Qualitätsparameter und an den Nutzen für die Patientinnen und Patienten gekoppelt. Dann wäre es richtig aufgegleist. Aber so kann es nicht funktionieren, und wenn Sie die Abstimmung über dieses Kostenpaket gewinnen wollen, dann wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Ich glaube nicht, dass man unser System mit solchen Ergänzungen wesentlich verbessert. Eine Vorlage, die einfacher, klarer und transparenter ist, wäre besser.

Darum bitte ich Sie, der Minderheit Dittli zu folgen.

**Baume-Schneider Elisabeth, Bundesrätin:** In einem föderalen und dezentralisierten Gesundheitssystem wie jenem der Schweiz ist eine gute Koordination der Leistungen, die für eine Behandlung von verschiedenen Leistungserbringern erbracht werden, eine grosse Herausforderung. Insbesondere angesichts der Alterung der Bevölkerung, die mit einer Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbiditäten einhergeht, ist es wichtig, dass die Gesundheitsversorgung gut koordiniert und abgestimmt ist, da in der Regel eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer beteiligt sind.

Die Bestimmungen zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung, die in der Vorlage zu den Massnahmen zur Kostendämpfung vorgesehen waren, wurden – ich habe es schon gesagt – vom Nationalrat gestrichen. Aber sie wurden an der Sitzung vom 30. Januar 2024 durch Ihre Kommission wieder eingefügt. Alle betroffenen Akteure sind sich einig, dass eine gute Koordination in unserem Gesundheitssystem wichtig ist. Es liegt an uns, eine einvernehmliche Lösung zu finden, die es den Akteuren im ambulanten Bereich ermöglicht, koordiniert zu arbeiten und die heute bestehende Fragmentierung der Leistungen zu überwinden.



Je précise peut-être: concrètement, aujourd'hui, la LAMal ne permet pas de relation employeur-employé entre les différentes professions du domaine ambulatoire. C'est bien sur cet élément qu'il est important de pouvoir agir, justement, dans le domaine ambulatoire.

Avec cette mesure, le Conseil fédéral entend contribuer à garantir des soins économiques qui répondent aux besoins et à éliminer du système de santé les inéquations existantes – on l'a dit –, que ce soit en matière d'insuffisances, d'erreurs ou encore d'excès ou de doublons. Par la mesure telle qu'elle est proposée, il est prévu qu'un réseau de soins coordonnés puisse être organisé sous la forme d'une institution sous un seul toit ou d'un réseau régional. Il doit pouvoir disposer de personnel au bénéfice de formations adéquates, d'un nombre suffisant de médecins et facturer aux assureurs toutes les prestations que le réseau fournit, comme s'il s'agissait d'un seul fournisseur de prestations. Cependant, ce n'est pas un nouveau fournisseur de prestations, sachant que les médecins sont déjà des fournisseurs de prestations.

Le projet de réseau de soins coordonnés proposé par la commission de votre conseil permet donc une grande souplesse et plus de liberté dans sa concrétisation. Les réseaux de soins coordonnés peuvent également conclure des conventions de collaboration avec plusieurs fournisseurs de prestations d'un même domaine de soins qui peuvent être situés dans une région relativement vaste. De même, un seul fournisseur de prestations peut conclure des conventions avec différents réseaux de soins coordonnés.

Par ailleurs – je tiens à le préciser –, il est toujours possible de consulter un fournisseur de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et extérieur

**AB 2024 S 608 / BO 2024 E 608**

au réseau. A un moment donné, la discussion était également de savoir si le patient ou la patiente était libre de choisir son fournisseur de prestations. Oui: la prestation de ce dernier sera dans tous les cas prise en charge. Cependant, concernant les prestations fournies dans le cadre du réseau, bien sûr que si la participation aux coûts était limitée, voire supprimée, elle ne le serait pas pour des prestations reçues hors du cadre du réseau de soins coordonnés.

Je me permets encore quelques éléments contextuels et factuels. En 2022, il apparaissait que 52 pour cent des coûts du système de santé étaient imputables à des personnes âgées de 61 ans ou plus, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 19,3 pour cent de la population suisse. Il ne s'agit pas du tout d'être moralisateur ou quoi que ce soit, mais de constater la réalité. Il a été également vu qu'en 2021, si 80 pour cent des personnes optaient pour un modèle alternatif d'assurance, seules 60 pour cent des personnes de plus de 65 ans font ce choix. Effectivement, il s'agit donc de leur proposer de manière simplifiée des modèles alternatifs, également des modèles de proximité dans leur région.

Je peux préciser encore que, par rapport au modèle qui a été mentionné, celui du Réseau de l'Arc ou réseau du Jura bernois, qui se trouve tout près de chez moi, il n'y a véritablement aucune difficulté à continuer à agir avec les réseaux tels qu'ils vous sont proposés, mais il ouvre, effectivement, une possibilité du point de vue de l'ambulatoire.

Au cours de sa séance du 23 avril 2024, la commission a donc décidé de compléter – c'est important – la proposition du Conseil fédéral en prévoyant qu'un réseau de soins coordonnés doit, pour être admis, pouvoir justifier la conclusion d'un contrat de collaboration avec un ou plusieurs assureurs. Et si le réseau est nécessaire pour garantir l'approvisionnement en soins, le canton peut l'admettre comme fournisseur de prestations, même sans contrat de collaboration. L'obligation de contracter est alors applicable. La proposition de votre commission prévoit également qu'une réduction, ou même une suppression, de la participation aux coûts est possible pour les prestations des réseaux de soins coordonnés. Cette proposition maintient la possibilité initialement prévue de créer un fournisseur de prestations ambulatoires qui permet une grande "interprofessionnalité" et surtout, une meilleure coordination des prestations à fournir à chaque patiente ou patient. Bref, cela a été dit, la proposition que soutient la majorité de votre commission permettra de discuter par la suite, au Conseil national, des éventuels ou possibles ajustements. C'est véritablement une proposition qui permet des mesures d'économie. Je crois qu'il ne faut pas du tout redouter les précisions figurant dans l'article. Je crois que les prestataires de soins sont tout à fait habitués à faire cela de manière aisée.

Concernant la proposition de minorité Dittli, qui consiste à biffer la mesure sans proposition de remplacement, je vous serais vivement reconnaissante – j'en appelle à votre responsabilité – de ne pas enterrer ce projet sans avoir laissé une chance de poursuivre les débats parlementaires, comme je l'ai dit, avec la possibilité de reprendre certains éléments dans le cadre des discussions au Conseil national.

Vous l'aurez compris, en conclusion, je vous propose et vous remercie de soutenir les réseaux de soins coordonnés dans la version proposée par la majorité de votre commission.



*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6617)

Für den Antrag der Mehrheit ... 25 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 17 Stimmen

(2 Enthaltungen)

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Der Entscheid gilt auch für Artikel 38 Absätze 1 und 2, Artikel 48a, Artikel 55a Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 3 und Absatz 5 Buchstabe b, Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe e sowie Ziffer III Absatz 1.

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

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

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

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 41**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1bis*

... Referenztarife fest. Diese richten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) wie folgt:

a. nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals;

b. nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:

1. ein Notfall vorliegt, oder

2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

*Abs. 1ter*

Absatz 1bis mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

*Abs. 2*

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen ...

*Abs. 2bis*

Absatz 1bis gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

*Abs. 2ter*

Bei Versicherten nach Absatz 2bis gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

*Abs. 2quater*

Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen,



übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz 1bis des Referenzkantons, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton des Leistungserbringers gilt.

*Abs. 3, 3bis*

Aufheben

*Abs. 4*

... (Art. 62 Abs. 1 und 3). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es

AB 2024 S 609 / BO 2024 E 609

sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

**Art. 41**

*Proposition de la commission*

*Al. 1bis*

... Les gouvernements cantonaux fixent des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Les tarifs de référence se fondent sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Le Conseil fédéral règle les modalités, en particulier de quelle manière fixer le tarif de référence et définir les traitements comparables. Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération (art. 49a) comme suit:

a. selon le tarif de référence jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant;

b. selon le tarif applicable pour le fournisseur de prestations choisi pour autant que l'une des conditions suivantes soit remplie:

1. l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, ou

2. le canton de résidence a autorisé préalablement le traitement chez le fournisseur de prestations choisi; il accorde son autorisation si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires.

*Al. 1ter*

L'alinéa 1bis, à l'exception de la lettre b, s'applique par analogie aux maisons de naissance.

*Al. 2*

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni ont ...

*Al. 2bis*

L'alinéa 1bis s'applique par analogie à la prise en charge de la rémunération pour les assurés suivants qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni lorsqu'ils se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié:

*Al. 2ter*

Pour les assurés visés à l'alinéa 2bis, le canton de résidence au sens de la présente loi est le canton auquel ils sont rattachés.

*Al. 2quater*

Si des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération selon le tarif de référence visé à l'alinéa 1bis du canton de référence, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital traitant. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence. Si l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération selon le tarif applicable dans le canton où se situe le fournisseur de prestations.

*Al. 3, 3bis*

Abroger



**Al. 4**

... (art. 62, al. 1 et 3). Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix; il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs, sauf s'il a donné préalablement une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si le traitement n'est pas prodigué par les fournisseurs de prestations qu'il a désignés.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Kommission schliesst sich den Beschlüssen des Nationalrates zu den Referenztarifen für ausserkantonale Spitalbehandlungen einstimmig an. Aber wir haben den Artikel noch angepasst. Artikel 41 soll bereits an die neue Struktur gemäss Efas angepasst werden. Zudem gibt es Anpassungen infolge des Übereinkommens mit dem Vereinigten Königreich. Falls die einheitliche Finanzierung, also Efas, in der Volksabstimmung angenommen wird, braucht es die Bereinigung so oder so. Aber auch falls sie nicht angenommen wird, was ich persönlich nicht hoffe, macht diese neue Struktur Sinn.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 2, 3ter*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 3*

Gemäss geltendem Recht

*Antrag Maillard*

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 42**

*Proposition de la commission*

*Al. 2, 3ter*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 3*

Selon droit en vigueur

*Proposition Maillard*

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Développement par écrit*

Le Conseil national a à juste titre décidé de renforcer la transparence dans les futures factures électroniques en imposant la mention de la durée effective des traitements facturés. Cette information complète le décompte par points d'un système de rémunération à l'acte. Elle est essentielle pour rendre plus efficace et plus ciblé le contrôle des factures par les assureurs et les patients.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich mache schnell die Ausführungen zu Artikel 42, wo wir verschiedene Bestimmungen haben.

In Artikel 42 Absatz 3ter und Artikel 42a geht es um die elektronische Übermittlung der Rechnungen.

In Artikel 42 Absatz 3 hat der Nationalrat beschlossen, dass der Beginn und das Ende einer medizinischen Kontrolle auf der Rechnung zu vermerken sind. Dies lehnt die Kommission mit 9 zu 1 Stimmen ab. Sie ist bei Artikel 42 Absatz 3 zwar auch der Ansicht, dass Rechnungen für die Versicherten möglichst verständlich sein sollen. Bereits heute sind aber die Leistungserbringer verpflichtet, auf den Rechnungen die Art, die Dauer und den Inhalt der Konsultation nachvollziehbar darzustellen. In der Verordnung ist konkretisiert, dass Rechnungen alle medizinischen und administrativen Angaben beinhalten müssen, unter anderem auch das Behandlungsdatum, die Art, die Dauer und den Inhalt der Behandlung. Es wäre wieder mehr Administration und machte wenig Sinn, hat man uns gesagt, wenn dies auf Gesetzesebene gelöst würde. Auf der Verordnungsebene könne man das immer noch machen und dort eine Definition, eine Klärung vornehmen.





Zudem würde man damit den Minutagen, das sind als Pauschalierungen dargestellte Arbeitsschritte, nicht gerecht. Eine Einzelleistungstarifstruktur besteht eben nicht nur aus Einzelleistungen, die zeitlich aufgelistet werden können, sondern auch aus Handlungspositionen. Das können Positionen sein, die unabhängig von der effektiv benötigten Zeit abgerechnet werden. Erwähnt wurden hier die Ultraschalluntersuchungen, die durchschnittlich fünfzehn Minuten dauern, aber bei adipösen Patienten zum Beispiel mehr Zeit brauchen. In der Kommission wurde zu Artikel 42 Absatz 3 ein Rückkommensantrag gestellt, den wir jedoch mit 6 zu 4 Stimmen bei 2 Enthaltungen abgelehnt haben. Kollege Maillard bringt

**AB 2024 S 610 / BO 2024 E 610**

den entsprechenden Antrag nun als Einzelantrag im Rat ein. Damit hätte ich auch schon die Ausführungen dazu gemacht bzw. Stellung gegen den Einzelantrag Maillard genommen.  
Der Rest, die Versicherungskarte, war in der Kommission eigentlich kein Thema, wir folgen hier dem Nationalrat.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Je vous prie d'excuser ma proposition individuelle comme membre de la commission, mais je n'étais pas dans la commission qui a traité de ce dossier pour la première fois, puisque c'était juste après l'élection au Conseil des Etats. C'est donc encore l'ancienne commission qui l'avait traité. Nous avons pu discuter d'une proposition de réexamen, mais on m'a expliqué qu'il n'était pas possible de déposer une proposition de minorité sur la proposition de réexamen. Je dois donc passer par une proposition individuelle.

Comme cela a déjà été dit dans le débat d'entrée en matière, notre structure tarifaire est complètement obsolète. Elle est même illégale. Le Tarmed a été déclaré officiellement illégal en 2010, à la suite d'un contrôle du Contrôle fédéral des finances, qui a observé que le Tarmed ne remplissait plus les obligations légales. C'était en 2010. Nous sommes en 2024. Il y a donc quatorze ans que le système tarifaire en place, qui gère l'essentiel des dépenses du système de santé à charge de la LAMal, ne respecte pas la loi.

On peut discuter des heures afin de savoir comment cela se fait qu'un système illégal ait pu être pérennisé aussi longtemps. Bien sûr, une partie de la responsabilité est portée par les partenaires tarifaires, qui n'ont pas modifié cette structure tarifaire assez vite. La responsabilité peut également être imputée au Conseil fédéral, qui aurait pu faire usage de sa compétence subsidiaire plus souvent. Cependant, il faut bien reconnaître que la compétence subsidiaire du Conseil fédéral est de portée limitée. Lorsqu'un nouveau projet tarifaire est déposé, il semble que cela limite sa compétence subsidiaire.

La réalité est que nous continuons d'avoir des pratiques tarifaires complètement abusives. Je vous donne quelques exemples. Avant de déposer cette proposition, j'ai quand même voulu la tester auprès d'un assureur. J'ai demandé à un gros assureur: y a-t-il des exagérations entre le volume de points facturés et la réalité du temps de consultation? Cet assureur m'a donné cinq typologies d'exemples. Je vous donne quelques exemples: il m'a dit – oui – qu'une fois ils ont reçu une facture d'anesthésie de 20 heures – 1219 minutes – et que cela leur a paru être beaucoup. Ils ont donc demandé à la clinique d'aller voir le dossier et ils ont été étonnés d'apprendre que l'opération avait duré 3 heures 16. Ce serait donc 20 heures d'anesthésie pour 3 heures 16 d'opération. Ils ont donc poursuivi leurs enquêtes dans cette clinique et ont observé d'autres cas, par exemple 9 heures 18 d'anesthésie pour une opération de 2 heures ou 9 heures 23 d'anesthésie pour une opération de 1 heure 5.

Juste par un sondage, cet assureur a découvert cela dans un certain nombre de cliniques de mon canton. Il m'a dit qu'il y avait d'autres cas. Par exemple, dans le domaine de l'angiographie coronaire, une position tarifaire a été facturée à 45 minutes lorsque le Tarmed a été créé. Aujourd'hui, le temps nécessaire est de 3 à 4 minutes, mais certains médecins continuent d'utiliser cette position tarifaire de 45 minutes, alors que le temps effectif aujourd'hui est de 3 à 4 minutes. Ils m'ont également présenté des cas dans le domaine de la psychiatrie, où les séances de psychothérapie sont systématiquement facturées pour une durée de 70 minutes – plus 35 minutes de prestations en l'absence du patient –, alors que les patients, eux, lorsqu'on les interroge – ils l'ont fait dans une enquête –, disent que la consultation a duré 40 minutes.

Voilà le genre de situation qui existe, et je peux vous dire que ce ne sont pas des cas isolés. La majorité des médecins, notamment dans le domaine de la médecine générale, ont à peu près une adéquation entre ce qu'ils consacrent comme temps et les points Tarmed qu'ils facturent.

Mais dans un certain nombre de situations, il y a une complète exagération. Le drame, c'est que ceux qui se comportent bien sont pénalisés à cause de ces exagérations, parce qu'ensuite, le volume des coûts augmente. Et que font les assureurs? Ils disent que l'on doit baisser la valeur du point, ce qui constitue une sanction collective visant à remédier à des attitudes qui concernent seulement une partie des prestataires. C'est la



raison pour laquelle nous devons enfin traiter ce problème.

J'aimerais dire ici une fois pour toutes qu'il ne s'agit pas d'être pour ou contre Tardoc – probablement que Tardoc améliorera un peu la situation, parce que c'est une nouvelle structure tarifaire, et on peut espérer que les valeurs de ces points aient été adaptées à la nouvelle réalité. Mais dans dix ans, Tardoc aura connu les mêmes évolutions, parce que la technologie continuera à progresser; si nous n'améliorons pas la dynamique d'adaptation à la réalité des pratiques, Tardoc posera dans dix ou quinze ans les mêmes problèmes que Tarmed. On peut donc introduire Tardoc si le Conseil fédéral pense que les conditions sont réunies, et les règles que nous fixons ici sont d'excellentes mesures d'accompagnement pour nous aider à introduire une nouvelle structure tarifaire avec un peu de sécurité.

Voilà pourquoi je vous invite à vous rallier au Conseil national. Le Conseil national a accepté cette mesure; si nous faisons de même, elle entrera en vigueur. Nous aurons alors des factures transparentes, et les patients, sans avoir besoin d'un doctorat en économie de la santé, pourront eux-mêmes contrôler si tous ces points ont un peu de corrélation avec le temps. C'est également une possibilité que l'on ouvrira aux assureurs: ces derniers pourront mieux contrôler l'adéquation des points avec la durée réelle, sans avoir à faire une enquête et à demander le dossier opératoire, qui est entre les mains des prestataires. Ce n'est pas bien compliqué de mentionner dans une facture électronique le temps effectif d'une prestation; il me semble que les formules informatiques permettent de le faire simplement.

Voilà pourquoi, si l'on veut vraiment une fois pour toutes régler ce problème, cette proposition est utile – comme la proposition que notre commission a adoptée pour introduire une disposition transitoire relative à un plafond global de prestations, mais on en parlera tout à l'heure.

**Müller** Damian (RL, LU): Wie der Berichterstatter bereits gesagt hat, kann ich erläutern, dass wir in unserer Kommission schon sehr intensiv über diese Thematik diskutiert haben, bevor Kollege Maillard in unsere Kommission gekommen ist.

Die Herausforderung in der aktuellen Situation ist die, dass bereits heute sämtliche Leistungserbringer verpflichtet sind, auf den Rechnungen die Art, die Dauer, aber auch den Inhalt der Konsultation nachvollziehbar darzustellen. Zudem spiegelt die legale Abrechnung der Positionen nicht immer die Zeit zwischen dem effektiven Konsultationsbeginn und dem Konsultationsende wider, weil eben über den Einzelleistungstarif Tarmed sowohl Handlungs- als auch Zeitleistungen kombiniert abgerechnet werden können. Zudem umfasst eben die Rechnung neben der Konsultation weitere Leistungen, wie zum Beispiel die Arbeiten der medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten, das Labor, Röntgen oder Arbeiten in Abwesenheit des Patienten. Was heute im sogenannten Tarmed drin ist, ist alles legal. Deshalb sagen wir ja alle – zumindest die meisten hier –, dass der Bundesrat in der Verantwortung ist, nach Jahren der Verhandlungen mit den Leistungserbringern den Tardoc endlich einzuführen. Dort gibt es ja die Dynamik, dass man wieder gezielt Änderungen vornehmen kann.

Das Aufführen von Konsultationsbeginn und -ende ist, wie gesagt, in dieser Diskussion sehr differenziert zu betrachten. Es führt natürlich bei den Patientinnen und Patienten zu Missverständnissen, damit eben auch zu einem höheren Erklärungsbedarf und schlussendlich zu zusätzlichem administrativem Aufwand bei den Gesundheitsfachpersonen. Es wäre also unter dem Strich nicht kostendämpfend, wenn man das machen würde, was Kollege Maillard vorschlägt. Das haben wir in der Kommission sehr ausführlich debattiert.

Deshalb bitte ich Sie eindringlich, hier der Kommission zu folgen und diesen Einzelantrag nicht zu unterstützen. Ich kann es nur nochmals unterstreichen: Ich bitte die Frau Bundesrätin, den vorliegenden Tardoc, der auf ihrem Tisch liegt, in den Bundesrat zu bringen und zu genehmigen.

AB 2024 S 611 / BO 2024 E 611

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Je m'exprime d'abord de manière générale. La loi en vigueur sur l'assurance-maladie ne prévoit pas la transmission électronique des factures. La carte d'assuré est délivrée sous forme physique, et le fournisseur de prestations doit remettre une facture détaillée et compréhensible. La facture doit contenir toutes les indications nécessaires à sa vérification et à sa compréhension. Cela comprend donc la date, le genre, la durée et le contenu du traitement.

Tous les fournisseurs de prestations seront à l'avenir tenus de transmettre leurs factures dans les domaines stationnaire et ambulatoire sous forme électronique. Ainsi, le contrôle des factures par les assureurs pourra être effectué de manière plus systématique, plus efficace et moins coûteuse. L'assuré gardera toutefois la possibilité de recevoir gratuitement la facture sur papier, et il est laissé aux partenaires tarifaires le soin de définir les modalités de la transmission électronique. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ou



leurs associations devront donc se mettre d'accord sur un standard national uniforme pour la transmission électronique des factures.

Par ailleurs, le Conseil national souhaite inscrire au niveau de la loi l'obligation de mentionner sur les factures la date de traitement ainsi que l'heure de début et de fin de consultation. La proposition individuelle déposée par le conseiller aux Etats Maillard vise à soutenir la variante du Conseil national. Il est clair qu'on ne peut pas rester indifférent aux exemples que vous avez cités. En même temps, on me dit qu'actuellement déjà, les dispositions sont suffisantes pour faire les vérifications que vous indiquez. Comme l'a relevé également le président de la commission, le contrôle de la facturation à l'aide de données temporelles serait surtout possible avec des tarifs purement temporels, alors qu'il y a souvent un mélange de prestations en temps et de prestations à l'acte. Cela constitue donc une pratique de facturation courante, et le temps ne pourrait donc pas être décorrélé de manière aussi simple. Mais vos exemples sont assez probants, et à chacun de prendre ses responsabilités en la matière.

Aux yeux du Conseil fédéral, la modification n'est pas nécessaire, car elle reprend des dispositions existantes, mais il faut les mettre en oeuvre au niveau de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

Je précise encore, à propos de la carte d'assuré, que, avec la nouvelle réglementation adoptée par le Conseil national, elle pourra être utilisée pour différents processus administratifs. La carte d'assuré électronique pourra être utilisée comme moyen d'identification.

J'ajoute en conclusion que, avec la future obligation faite à tous les fournisseurs de prestations de fournir leurs factures sous forme électronique, les motions Buffat 18.3513 et Grossen Jürg 18.3664, qui concernaient la remise des factures aux assureurs par voie électronique et qui ont été adoptées par le Parlement, seront entièrement et définitivement mises en oeuvre. Votre commission a donc suivi le Conseil national, approuvé le projet de loi en ce qui concerne la transmission électronique des factures et la carte d'assuré.

Je vous propose de suivre votre commission et de rejeter la proposition individuelle Maillard.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6618)

Für den Antrag der Kommission ... 22 Stimmen

Für den Antrag Maillard ... 20 Stimmen

(2 Enthaltungen)

#### **Art. 42a Abs. 2, 2bis, 2ter, 3, 3bis**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 42a al. 2, 2bis, 2ter, 3, 3bis**

##### *Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir sind bei Artikel 42a. Ich habe gesagt, ich würde nichts mehr dazu sagen, habe nun aber festgestellt, dass im Protokoll der Berichterstatter aufgefordert wird, etwas zu sagen. Aber ich glaube, die Frau Bundesrätin hat es schon gesagt: Es gab einen Antrag zur Versichertenkarte, dass diese generell, auch für die anderen Sozialversicherungsbereiche, gelten soll. Ich komme dem Auftrag nach, hier zu sagen, dass das Departement zugesichert hat – die Frau Bundesrätin hat es jetzt bestätigt –, dass man die Versichertenkarte weiter einsetzen will und das mit diesem Antrag nicht gegangen wäre. Deshalb wurde der Antrag zurückgezogen. Wir verlassen uns aufs Departement, dass man die Versichertenkarte dann so gut wie möglich in allen Versicherungsbereichen einsetzen wird. Damit ist schon alles gesagt.

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 46 Abs. 1bis**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



**Art. 46 al. 1bis**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 48a**

*Antrag der Mehrheit*

Gemäss Bundesrat, aber:

*Abs. 2*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 48a**

*Proposition de la majorité*

Selon Conseil fédéral, mais:

*Al. 2*

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 52**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1 Einleitung*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 1 Bst. a Ziff. 3*

3. ... nach den Artikeln 25 Absatz 2 Buchstabe b und 25a Absätze 1 und 2 und 29 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 Buchstabe b verwendet werden;

*Abs. 2*

... nach Artikel 14ter Absatz 5 und Artikel 14sexies des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 ...

*Abs. 4*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

*Abs. 1bis*

Die Wirksamkeit ist für vom Schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassene Arzneimittel ohne weitere Prüfung oder Überprüfung durch das BAG gegeben.

*Antrag der Minderheit*

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann)

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

AB 2024 S 612 / BO 2024 E 612



## **Art. 52**

### *Proposition de la majorité*

#### *Al. 1 introduction*

Adhérer à la décision du Conseil national

#### *Al. 1 let. a ch. 3*

3. ... aux articles 25 alinéa 2 lettre b et 25a alinéas 1 et 2 et 29 alinéa 2 lettre f et 3 lettre b;

#### *Al. 2*

... en vertu de l'article 14ter alinéa 5 et de l'article 14sexies de la loi fédérale du 19 juin 1959 ...

#### *Al. 4*

Biffer

### *Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

#### *Al. 1bis*

L'efficacité des médicaments autorisés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques n'a pas à être examinée ou vérifiée par l'OFSP.

### *Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann)

#### *Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil national

### *Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

### *Adopté selon la proposition de la majorité*

## **Art. 52b**

### *Antrag der Kommission*

#### *Abs. 1*

... kann das BAG ausnahmsweise, soweit dies ...

#### *Abs. 2*

... das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies ...

#### *Abs. 3–6*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

## **Art. 52b**

### *Proposition de la commission*

#### *Al. 1*

... l'OFSP peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

#### *Al. 2*

... l'office fédéral compétent peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

#### *Al. 3–6*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir kommen jetzt zu den Medikamenten. Ich werde jeweils separat zu den einzelnen Artikeln sprechen. Es gibt ja unterschiedliche Themen und auch Minderheiten.

Klar, die Medikamente machen einen grossen Teil der Kosten aus: gemäss BAG bis zu 22 Prozent der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Wir haben verschiedene Massnahmen vorgesehen. Bei Artikel 52b haben wir der vorliegenden Lösung mit 10 zu 2 Stimmen zugestimmt. Gemäss Bundesrat soll die bereits bestehende Praxis der Vereinbarungen mit Pharmaunternehmen, der sogenannten Preismodelle, auf Gesetzesstufe gefestigt werden. Pharmaunternehmen erstatten bei der Umsetzung von Preismodellen einen Teil des Preises oder der entstehenden Kosten an die Versicherer zurück. Dank dieser Massnahme kann der rasche Zugang zu Arzneimitteln sichergestellt und können gleichzeitig die Kosten im Arzneimittelbereich gedämpft werden.

Wie der Bundesrat und der Nationalrat spricht sich auch die Kommission dafür aus, Preismodelle für teure, innovative Arzneimittel im Gesetz zu verankern. Sie präzisiert aber, dass diese nur ausnahmsweise angewendet werden sollen, und lehnt die Ergänzung des Nationalrates ab, wonach das Bundesamt für Gesundheit nur auf



Antrag der Zulassungsinhaberin Preismodelle vereinbaren kann. Aus Sicht der Kommission wäre so der Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten gefährdet, da das produzierende Unternehmen von sich aus weniger Interesse daran haben dürfte, Modelle mit Rabatten auszuhandeln.

Beim Fonds für Rückerstattung hatten wir Fragen nach der Funktion des Fonds. Die Rückerstattung erfolgt in den allermeisten Fällen – in 95 bis 99 Prozent, hat man uns gesagt – direkt zum Versicherer und damit zu den Versicherten, da die Versicherer sie den Versicherten gutschreiben. Es gibt eine Ausnahme bei den restlichen, kleinen Prozentzahlen: Wenn es sich um Medikamente handelt, die in grossen Mengen und an viele Versicherte abgegeben werden, wird es schwierig, die Rückerstattung verteilt auf die 44 Versicherer zurückzubezahlen, weil man nicht genau weiss, welche Versicherer wie viel erhalten. In diesen Ausnahmefällen soll es möglich sein, den Betrag in den Fonds zu geben, der dann selber wiederum die Versicherer speist. Damit ist das Modell erklärt.

In diesem Sinne: Es gibt keine Minderheit, und wir haben dem geänderten Artikel 52b mit 10 zu 2 Stimmen zugestimmt.

**Würth Benedikt** (M-E, SG): Ich habe eine Frage an den Berichterstatter. Wenn man insbesondere Artikel 52b Absatz 3 anschaut, auch unter Einbezug der Botschaft, dann stellt man fest, dass eine gesetzliche Verankerung für Preismodelle geschaffen wird, neu auch für die Analysenliste – also Laborleistungen, Magistralrezepturen – sowie für die Mittel- und Gegenständeliste. In der Botschaft zu den Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 2, wird erwähnt, dass "auch im Bereich von anderen Leistungen der OKP (Mittel- und Gegenständeliste, Analysenliste) die Anwendung von Preismodellen" infrage kommt. Es fehlen dazu allerdings weitere Ausführungen. Das ist aber doch ein wichtiges Thema. Ich glaube, wir als Gesetzgeber müssen diese Blackbox – für mich ist das noch eine Blackbox – ausleuchten, um zu verstehen, was hier genau passiert, wie der Geltungsbereich und der Anwendungsbereich sind.

Ich verzichte auf einen Antrag, aber meine Frage an Kollege und Kommissionssprecher Erich Ettlin ist, ob das Thema in der Kommission besprochen wurde. Was ist in dieser Bestimmung wirklich drin, was sind die Auswirkungen? Wenn diese Frage nicht diskutiert wurde, dann sollte der Zweirat die Sachlage beispielsweise anhand von Artikel 52c Absatz 3 nochmals anschauen und gegebenenfalls auch Antrag stellen. Ich habe also keinen Antrag, stelle aber diese Frage an den Berichterstatter.

**Ettlin Erich** (M-E, OW), für die Kommission: Fair und kollegial, wie Kollege Würth ist, hat er mich auf diese Frage vorbereitet. (*Heiterkeit*) Tatsächlich haben wir das in der Kommission nicht behandelt. Zwar steht, wie Herr Würth erwähnt hat, in der Botschaft etwas dazu. Doch wie er glaube auch ich, dass es gut wäre, wenn sich der Nationalrat bzw. seine Kommission das gut anschaut. Nur so lässt sich die Thematik auch wirklich verstehen und behandeln. Als Berichterstatter kann ich somit nichts weiter sagen, als dass ich an den Nationalrat appelliere, das zu prüfen.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 52c**

##### *Antrag der Mehrheit*

###### *Abs. 1*

Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen zur Höhe ... oder Verfügungen des BAG Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen. Dies gilt auch für Rückerstattungsvereinbarungen, die den zuständigen kantonalen Behörden ...

###### *Abs. 2*

Dürfen die Informationen nach Absatz 1 nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren nach ...

###### *Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Antrag der Minderheit*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

Streichen



**Art. 52c**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Le Conseil fédéral peut prévoir que les informations relatives au montant, ... ou de décisions de l'OFSP ne sont pas accessibles aux tiers. Il peut également le prévoir pour les accords de restitution communiqués aux autorités cantonales compétentes ...

*Al. 2*

Lorsque les informations visées à l'alinéa 1 ne sont pas accessibles aux tiers, l'autorité compétente refuse les demandes d'accès qui se fondent sur la loi du ...

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

Biffer

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen und Preisfestlegung. Der Bundesrat will auch einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, teuren Arzneimitteln sichern. In bestimmten Fällen kann der rasche und möglichst kostengünstige Zugang zu überlebenswichtigen, hochpreisigen Arzneimitteln nur gewährleistet werden, wenn vertrauliche Preismodelle umgesetzt werden. Das heisst, der Preis ist quasi ein Schaufensterpreis, und was dann wirklich bezahlt wird, ist vertraulich oder semivertraulich. "Semivertraulich" heisst, Krankenversicherer wissen Bescheid, Kantone wissen Bescheid, das BAG weiss Bescheid, aber die Öffentlichkeit nicht; das Preismodell wird dann so umgesetzt. Dass es nur so, mit diesen vertraulichen Preismodellen, möglich ist, zeigen auch Erfahrungen aus dem Ausland, wo dank der vertraulichen Umsetzung hohe Rückerstattungen erzielt und wirtschaftliche Preise festgelegt werden können. Deshalb soll auch in der Schweiz die Umsetzung von vertraulichen Preismodellen ermöglicht werden.

Ihre Kommission will, dass Patientinnen und Patienten mittels Preismodellen rascher und kostengünstig Zugang zu neuen Medikamenten erhalten. Um das zu sichern, befürworten die Mehrheit ebenso wie der Bundesrat und der Nationalrat die vertraulichen Preismodelle.

In der Beratung wurde die Stellungnahme der Staatspolitischen Kommission diskutiert, die aus juristischer Sicht die Frage stellte, ob es gerechtfertigt und notwendig ist, eine generelle und erst noch rückwirkende Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz vorzusehen, wie im Entwurf vom Bundesrat vorgeschlagen und vom Nationalrat beschlossen. Gemäss der Ansicht der SPK-S, der Staatspolitischen Kommission, ist eine solche Ausnahme nicht notwendig und damit aufgrund des aussergewöhnlichen Charakters nicht gerechtfertigt. Nach Erachten der SPK-S soll es den Gerichten obliegen, die Anwendung von Ausnahmen vom Öffentlichkeitsgesetz fallweise zu beurteilen. Demgegenüber ist eine Einschränkung des Öffentlichkeitsprinzips stets zu hinterfragen und im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in diesem Fall nicht genügend gerechtfertigt.

Es ist festzuhalten, dass auf der Spezialitätenliste ein Höchstpreis aufgeführt ist und dass dann lediglich die zusätzlichen Rabatte nicht öffentlich sind. Die zusätzlichen Rabatte sind aber jenen, die sie kennen müssen, um sie den Versicherten dann auch weiterzugeben, also den Kantonen und den Versicherern, natürlich bekannt. Ich habe es gesagt: Es sind semitransparente Preismodelle.

Der Bundesrat hat sich in der WHO für eine Resolution eingesetzt und setzt sich auch auf europäischer Ebene für mehr Öffentlichkeit ein, hält aber fest: Solange alle anderen Länder dieses System kennen und anwenden, könne es die Schweiz nicht als einziges Land nicht anwenden. Höhere Preise wären die Folge, da die Anbieter den anderen Ländern nicht den effektiv ausgehandelten Preis zeigen möchten, denn die Preise in der Schweiz werden für die Festsetzung der Preise in anderen Ländern verwendet. Auf der Gegenseite ist, das wird die Minderheit dann sagen, viel Unbehagen gegenüber dieser Semitransparenz vorhanden.

Ihre Kommission hat sich mit 6 zu 4 Stimmen bei 2 Enthaltungen für die Bestimmung zu den vertraulichen Preismodellen entschieden und sie mit einer Kann-Formulierung präzisiert. Es war beabsichtigt, die Bestimmung im Sinne einer Kann-Formulierung umzusetzen. Der Gesetzestext ist nun genauer formuliert.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Graf Maya** (G, BL): Ich beantrage Ihnen, bei Artikel 52c, "Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen", meiner Minderheit zu folgen und den Artikel zu streichen. Durch diesen Artikel sollen geheime Absprachen verankert werden, die das BAG mit Pharmafirmen über Medikamentenpreise, aber auch über Ra-



batte darauf trifft. Das ist abzulehnen! Denn geheime Preismodelle sind zum einen nicht nötig, zum andern sind sie schädlich. Bewiesenermassen sind sie gar nicht kostendämpfend. Hinzu kommt, dass die effektiven Kosten für Dritte überhaupt nicht nachvollziehbar wären. Es ist auch keine Evidenz dafür vorhanden, dass Arzneimittel durch Preismodelle schneller und günstiger verfügbar werden.

Preismodelle schwächen stattdessen den Standardprozess, durch den wirkungsvolle Substanzen zum bestmöglichen Preis in die Spezialitätenliste aufgenommen werden können. Darüber hinaus erschüttern solche geheimen Preismodelle das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in unser Gesundheitssystem. Gerade Medikamentenpreise sind etwas sehr Heikles. Wenn Preise bzw. Rabatte vertraulich und geheim ausgehandelt werden, bilden sie auch einen grossen Kostenpunkt. Es herrscht dort also keine Transparenz, was mitunter die demokratische Kontrolle schwächt.

Das Öffentlichkeitsgesetz, das in diesem Bereich zum Tragen kommt, würde damit ein Stück weit ausgehöhlt. Ausnahmen vom Öffentlichkeitsgesetz können von Pharmafirmen und anderen Involvierten heute nämlich bereits erfolgreich vor Gericht angerufen werden. Es obliegt also den Gerichten, die Gewährung von Ausnahmen zu beurteilen. Folglich braucht es diesen Gesetzesartikel nicht; es braucht keine Regelung, die unser heutiges Öffentlichkeitsrecht, das das Parlament in den letzten Jahren übrigens gestärkt hat, wieder schwächen würde. Das zeigt auch, wie der Kommissionssprecher gesagt hat, der Mitbericht der SPK-S, in dem die Kommission darauf hinweist, dass der Handlungsspielraum bereits heute gegeben ist; das bestätigt auch ein neues Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes.

Daher ist diese neue gesetzliche Grundlage unnötig. Genau das hat den SGK auch der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte mitgeteilt. Er äusserte sich ebenfalls kritisch dazu und sagte, dass die Möglichkeiten bereits heute bestünden und dass es keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf gebe.

Im Sinne der Transparenz und der demokratischen Kontrolle bitte ich Sie daher, auf Artikel 52c zu verzichten und ihn aus der Vorlage zu streichen. Er hätte letztlich nur einen kleinen Effekt.

**Hurni Baptiste (S, NE):** Cela a été rappelé par ma collègue: la transparence est un principe cardinal d'un Etat de droit, d'un Etat démocratique. Au fond, en tant que citoyen, on doit pouvoir savoir quelle est l'activité étatique. Evidemment, comme tout principe, ce principe peut être restreint pour de bonnes raisons. C'est ce que l'on nous propose. On nous dit qu'il faut restreindre ce principe de la transparence pour les négociations sur les prix et l'accès à certains médicaments.

Je vois seulement deux bonnes raisons de restreindre la transparence en la matière. La première pourrait être de négocier des prix plus bas qu'ailleurs et de dire que si l'on arrive, grâce à cette négociation secrète, à avoir des médicaments qui sont moins chers en Suisse qu'ailleurs, ce serait avantageux pour tout le monde. Evidemment, ce serait avantageux pour les patientes et les patients, et pour le système de santé.

Une étude très sérieuse de l'Université de Zurich a été publiée dans la prestigieuse revue "The Lancet" et a analysé

AB 2024 S 614 / BO 2024 E 614

la question de savoir si les négociations confidentielles des Etats permettraient de réduire le prix des médicaments pour les Etats. La réponse est catégorique: non. Non: cela ne permet pas de réduire le prix des médicaments; cela l'augmente même. Ce n'est donc pas une bonne raison pour réduire le principe de transparence. La seconde bonne raison de réduire le principe de transparence serait que si nous ne négocions pas des tarifs plus élevés, les patientes et les patients de ce pays n'auront pas accès aux médicaments. De nouveau, la même étude démontre très clairement que les pays qui ont fait le choix de ne pas avoir recours à ces négociations secrètes ont tout autant accès aux médicaments.

Je ne vois donc aucune bonne raison de réduire le principe de transparence. La seule qui en profiterait serait finalement l'industrie pharmaceutique. Pourquoi cela? Evidemment, l'industrie pharmaceutique n'a pas très envie que l'on sache quel est le prix négocié avec un pays plutôt qu'avec un autre, afin de pouvoir se permettre de continuer d'avoir des prix surfaits dans toute une série de situations. Je ne doute pas de la capacité supérieure de négociation de notre pays par rapport à d'autres, mais il existe quand même un risque non négligeable que ces médicaments soient simplement trop chers.

J'aimerais rappeler que le principe de transparence n'est pas simplement un beau principe que l'on agite, et il est important pour les citoyennes et les citoyens de ce pays à plusieurs titres. Tout d'abord – on l'a dit et redit –, si l'on parle aussi longuement ce matin de ce volet, c'est bien parce que le système de santé – en tout cas de financement de la santé – est sous pression. On doit trouver des manières de contenir les augmentations, de faire des économies et de maîtriser ces coûts. Il me paraît que, dans une telle situation, avec des coûts extrêmement élevés, pour le citoyen, des primes LAMal, la moindre des choses que l'on peut lui donner et lui





garantir est qu'il puisse savoir à peu près à quoi son argent est utilisé. Je le répète: si l'on maintient ce principe de confidentialité des débats autour des prix des médicaments, il ne saura pas à quoi son argent est dévolu. Il faut également dire que le principe de transparence permet une autre chose: il permet aux médias de faire leur travail et d'enquêter sur un scandale ou un autre – parce que cela peut arriver – et de les révéler. Cependant, évidemment, si le principe de transparence en la matière n'existe plus, les médias ne pourront pas faire leur travail et ne pourront pas informer, comme c'est leur rôle dans une société démocratique, des éventuels abus.

Je dirai deux choses pour conclure. La première c'est qu'il n'y a pas une absence totale de protection pour les industries pharmaceutiques aujourd'hui. La loi sur la transparence permet, avec des exceptions bien justifiées, de protéger le secret d'affaires et donc, dans certains cas de figure, il pourrait déjà y avoir certains éléments qui ne sont pas publics, mais qui seraient simplement soumis aux normes relativement restrictives de la loi sur la transparence. La dernière chose que j'aimerais dire, c'est que si l'on s'inquiète vraiment du fait que les patients suisses n'aient pas accès aux médicaments, il faut quand même un peu regarder qui est pour ou contre cette mesure de négociation confidentielle. C'est quand même assez parlant de noter que la plupart des associations de patients sont opposées à cette mesure. Si les patients avaient une vraie crainte de ne plus avoir accès aux médicaments, ils ne seraient évidemment pas opposés à cette mesure.

Pour l'ensemble de ces raisons, je vous invite véritablement à soutenir la proposition de la minorité Graf Maya.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Force est de constater que la mise en oeuvre de modèles de prix confidentiels pour les médicaments remboursés est une pratique largement répandue en Europe et dans les pays de l'OCDE. Le plaidoyer consistant à dire que l'on ne badine pas avec la loi sur la transparence, je peux le partager à tous points de vue. Mais malheureusement, nous ne sommes pas seuls dans ces discussions. Si tous les pays avaient la même attitude que celle que mentionne le conseiller aux Etats Hurni, on pourrait renoncer à cet élément. Mais force est de constater que ce n'est pas le cas. Le Conseil fédéral a effectué une pesée des intérêts concernant les conséquences d'une transparence complète ou d'un accès à des médicaments d'importance vitale et très coûteux. Le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion qu'une accessibilité à des médicaments innovants à des coûts raisonnables était plus importante que la complète transparence, pas par principe de renoncer à la transparence, mais vu la réalité, par rapport au fait que, comme je l'ai dit, de nombreux pays d'Europe et de l'OCDE ne pratiquent pas la transparence.

Sur cette base, avec cette appréciation, une exception au principe de la transparence est nécessaire pour garantir la confidentialité des modèles de prix. En effet, sans cette confidentialité, le prix des médicaments innovants pourrait être plus important, ce qui pèserait fortement sur les primes. Il y aurait également un risque que les entreprises pharmaceutiques se détournent de la Suisse ou renoncent à proposer des médicaments dans un délai raisonnable – car elles pourraient les proposer, mais avec un retard important. La confidentialité des modèles de prix est donc nécessaire si nous souhaitons continuer à pouvoir proposer à la population des médicaments innovants.

Le projet du Conseil fédéral prévoit donc que les informations relatives au montant, au calcul de ce montant et aux modalités de restitution ne soient pas accessibles aux tiers, y compris dans le cadre de l'application de la loi sur la transparence. Mais cette confidentialité n'est pas absolue: il est en effet prévu que l'Office fédéral de la santé publique puisse communiquer aux différents acteurs concernés – principalement les assureurs-maladie, mais également les entreprises pharmaceutiques concurrentes, d'autres organismes et autorités ou personnes – les données en lien avec les restitutions qui sont nécessaires à cette question.

Par ailleurs, l'OFSP pourra également communiquer ces données lorsque cela est nécessaire à la bonne exécution de la LAMal. Le Conseil national, de son côté, soutient la confidentialité des modèles de prix, mais il a procédé à un complément: "L'OFSP publie régulièrement un rapport, réalisé par un organisme indépendant, sur la mise en oeuvre des modèles de prix". Le Conseil fédéral accueille favorablement ce complément qui contribue, effectivement, à une certaine transparence des modèles de prix. Votre commission a également débattu de cette question controversée. La majorité de votre commission a finalement décidé de suivre la version du Conseil national, tout en lui appliquant encore une petite adaptation. La majorité de votre commission a soutenu une nouvelle formulation déléguant au Conseil fédéral la possibilité de prévoir les informations qui bénéficient d'une exception à la transparence.

Nous accueillons favorablement ce complément apporté par la proposition de la majorité de la commission, qui va dans le sens d'une meilleure transparence. On considère donc que la confidentialité est le corollaire des modèles de prix dans le contexte actuel de collaboration au niveau européen et avec les différents pays de l'OCDE. Sans garantie de confidentialité, beaucoup de modèles de prix ne pourraient plus être mis en oeuvre ou alors, comme je l'ai dit tout à l'heure, avec un retard certain. Environ 80 pour cent des économies



liées aux modèles de prix le sont grâce à des modèles de prix confidentiels. A ce sujet, j'ai pris connaissance des indications de l'étude que vous avez mentionnée. Mais sans modèle de prix confidentiel, les entreprises pourraient effectivement renoncer à proposer leurs médicaments dans notre pays.

Vu les éléments mentionnés, je vous propose donc de refuser la proposition de minorité Graf Maya et de suivre la proposition de la majorité de votre commission.

**Abstimmung – Vote**

(namentlich – nominatif; 22.062/6619)

Für den Antrag der Mehrheit ... 32 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 11 Stimmen

(1 Enthaltung)

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Der Entscheid gilt auch für Ziffer III Absatz 5 sowie für Anhang Ziffer 1 Artikel 14quinquies Absätze 2 bis 4 und Übergangsbestimmung.

AB 2024 S 615 / BO 2024 E 615

**Art. 52d****Antrag der Mehrheit****Abs. 1**

... ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status für eine Behandlung im beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Antrag der designierten Zulassungsinhaberin und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden. (Rest streichen)

**Abs. 2**

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Abs. 2bis**

Zieht die Zulassungsinhaberin ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das BAG die definitive Aufnahme ab, so können zurückgezogene oder zurückgewiesene Gesuche sowie der zuletzt vergütete Preis den Adressaten gemäss Artikel 52b Absatz 5 bekannt gegeben werden. Eine weitere Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Einzelfallvergütung von nicht mehr in den provisorischen Listen (Art. 52d Abs. 1 KVG; Art. 14sexies IVG) aufgeführten Arzneimitteln ist während maximal fünf Jahren zulässig. Der Bundesrat regelt die Höhe der Vergütung, wobei maximal der Preis der provisorischen Liste wirtschaftlich ist.

**Abs. 3**

... nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

**Abs. 4, 5**

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Antrag der Minderheit**

(Müller Damian, Dittli, Germann)

**Abs. 1**

... ausgewiesen ist, namentlich Produkte oder Indikationen, welche vom Schweizerischen Heilmittelinstitut befristet, beschleunigt, in einem Verfahren mit Voranmeldung oder im Rahmen einer gemeinsamen Begutachtung unterschiedlicher Länder zugelassen werden, oder als wichtiges Arzneimittel für seltene Krankheiten ausgewiesen werden, werden auf Antrag der designierten Zulassungsinhaberin per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten, dem Auslandpreisvergleich entsprechenden provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b.

**Art. 52d****Proposition de la majorité****Al. 1**

... est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut permettant un traite-



ment en procédure rapide, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné et après consultation de la commission compétente, être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'OFSP, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. (Biffer le reste)

*Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 2bis*

Si le titulaire de l'autorisation retire sa demande d'admission définitive d'un produit figurant sur la liste provisoire ou si l'OFSP refuse l'admission définitive, ce dernier peut communiquer aux destinataires mentionnés à l'article 52b alinéa 5 les demandes retirées ou refusées et le dernier prix remboursé. La poursuite de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de médicaments ne figurant plus dans les listes provisoires (art. 52d al. 1 LAMal; art. 14sexies LAI) est autorisée pendant cinq ans au maximum dans le cadre de la prise en charge dans des cas parti culiers. Le Conseil fédéral fixe le montant de la prise en charge; le prix économique ne dépasse pas celui de la liste provisoire.

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

(la modification ne concerne que le texte allemand)

*Al. 4, 5*

Adhérer à la décision du Conseil national

#### *Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

*Al. 1*

... est avéré, à savoir les produits ou les indications autorisés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques pour une durée limitée, en procédure rapide, dans le cadre d'une procédure avec annonce préalable ou d'une évaluation commune à différents pays, ou dont l'importance pour les maladies rares est avérée, sont, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné, admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'OFSP à partir de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. Cette liste provisoire a le même effet que la liste visée à l'article 52 alinéa 1 lettre b.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Im Grundsatz unterstützt die Kommission auch die vom Nationalrat vorgeschlagene vorläufige Vergütung von neuen Medikamenten, d. h. ab Tag null, und damit einen raschen und günstigen Zugang zu Arzneimitteln. Dazu ist zu wissen, dass sich das BAG und die ZulassungsinhaberIn nach der Zulassung durch Swissmedic noch über den Preis einigen müssen, damit das Medikament in die Spezialitätenliste aufgenommen werden kann und so von der Grundversicherung vergütet wird. Dieser Prozess dauert in Einzelfällen lang, da gibt es Verbesserungsbedarf. Deshalb wird ein Early-Access-Prozess vorgeschlagen, damit neue Medikamente mit einem hohen medizinischen Bedarf ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic auf eine provisorische Liste aufgenommen und vorläufig vergütet werden. Mit diesem Verfahren werden auch Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle aufgenommen.

Die SGK-S beantragt hier im Rat jedoch, dieses neue Vergütungsmodell in mehreren Punkten anzupassen. So soll die Eidgenössische Arzneimittelkommission angehört werden, bevor ein Medikament auf eine provisorische Liste aufgenommen und anschliessend während zwei Jahren zu einem vorläufigen Preis von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird. Entsprechend sollen nicht alle Medikamente, die im beschleunigten Verfahren von Swissmedic zugelassen werden, auf diese provisorische Liste aufgenommen werden. Es ist eine Kann-Formulierung. Zudem soll es keine Beschwerdemöglichkeiten zur Aufnahme auf diese Liste und auch nicht zum Entfernen nach Ablauf der zwei Jahre geben. Wird das Medikament nach Ablauf der zwei Jahre nicht auf die Spezialitätenliste aufgenommen, soll der vorläufige Preis auch für eine allfällige Vergütung im Einzelfall massgeblich sein. Damit will die Kommission ein ausgewogenes Vergütungsmodell einführen, das auf dringend benötigte und besonders vielversprechende Therapien ausgerichtet ist.

Eine Streitfrage in der Kommission war die Festlegung des provisorischen Preises. Die Mehrheit möchte dies dem BAG überlassen. Die Minderheit möchte den Preis schon im Gesetz festlegen, und zwar anhand des Auslandpreisvergleichs. Das sei einfach und klar. Die Mehrheit befürchtet, dass damit der Verhandlungsspielraum für das BAG eingeschränkt wird, weil der Auslandpreisvergleich eigentlich ein Vergleich mit einem Schaufensterpreis ist, der nirgends bezahlt wird. Damit sei die Verhandlungsbasis für das BAG schon schlecht, weil eben der Einstieg zu hoch sei.



Mit einem Bericht des BAG wurde uns die Kostenfolge bei einer Annahme der Minderheit in Absatz 1 beziffert, das wären rund 260 Millionen Schweizerfranken zulasten der OKP. Dies würde eine Erhöhung des Bundesbeitrags für die Prämienverbilligung von über 2 Millionen Franken pro Jahr nach sich ziehen, da 7,5 Prozent von 260 Millionen 19,5 Millionen

AB 2024 S 616 / BO 2024 E 616

Franken ergeben. Sollte der Antrag der Minderheit also obsiegen, wäre die Ausgabenbremse zu lösen. Wir haben bei der Eintretensdebatte gehört, dass das infrage gestellt wird. Das waren unsere Informationen, und deshalb geht es hier dann um die Ausgabenbremse.

Mit Absatz 2bis, ich erwähne den auch schon, will die SGK-S verhindern, dass der Umweg über die Einzelfallvergütung gesucht wird, wenn das pharmazeutische Unternehmen keinen zufriedenstellenden Preis auf der Spezialitätenliste aushandeln kann.

Zudem hat die SGK-S die Verwaltung beauftragt, eine analoge Bestimmung für die Invalidenversicherung auszuarbeiten, das ist Artikel 14sexies IVG. Es geht hier um Medikamente, die bei Geburtsgebrechen von der Invalidenversicherung bezahlt werden. Dies war in der nationalrätlichen Version noch nicht vorgesehen.

Den Beschluss zu Absatz 1 haben wir mit 9 zu 3 Stimmen gefasst. Bei den Absätzen 2 und 3 bis 5 haben wir ohne Gegenantrag dem Beschluss des Nationalrates zugestimmt. Bei Absatz 2bis fiel der Beschluss mit 10 zu 2 Stimmen aus.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

**Müller Damian (RL, LU):** Ich habe Ihre Aufmerksamkeit und vielleicht auch Ihre Geduld heute Vormittag schon genügend strapaziert und versuche, nicht ganz so lang zu werden wie vorhin. Ich kann an das Votum aus der Eintretensdebatte von Kollegin Wasserfallen anknüpfen, die beim Zugang für Patientinnen und Patienten zu neuen lebenswichtigen Medikamenten auch Handlungsbedarf sieht und einen solchen ja auch unterstützt.

Dass wir hier sowohl in der Mehrheits- als auch in der Minderheitsvariante einen Lösungsansatz für eine vorläufige Vergütung von Arzneimitteln zur Diskussion bringen, ist ein deutliches Signal, Frau Bundesrätin, dass wir dieses Thema ernst nehmen. Der rasche Zugang kann nämlich durchaus auch kostendämpfend wirken, wenn die Folgekosten einer verspäteten Behandlung eben vermieden werden. Und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten wird massiv verbessert, indem sie geheilt oder zumindest besser behandelt werden können.

Damit wir rascher vorankommen, bin ich bereit, hier meinen Minderheitsantrag zurückzuziehen, möchte aber an den Nationalrat appellieren, an seiner Variante festzuhalten, denn die Variante der Mehrheit unserer Kommission birgt aus meiner Sicht die Gefahr, dass die neuen Bestimmungen gleich zum Papiertiger verkommen. Sie beinhalten zu viele Unklarheiten und zu viel Bürokratie, damit ist der rasche und schnelle Weg gleich wieder gestorben.

Eine weitere Bemerkung muss ich hier noch anbringen. Das BAG hat in seinem Bericht zu den finanziellen Auswirkungen festgehalten – ich habe es beim Eintreten erwähnt –, dass mein Antrag 260 Millionen Franken verursache. Ich glaube, da gibt es einen Fehler. Das BAG sagt im Bericht nämlich mit keinem Wort, dass es eine Rückzahlungspflicht gibt. Sollte also der provisorische Preis zu hoch sein, so hat das BAG neu zwei Jahre statt 60 Tage Zeit, den definierten Preis festzulegen. Nach zwei Jahren sind die Preise weltweit bereits gesunken. Das BAG kann nach zwei Jahren also sogar tiefere Preise einfordern als heute, und der Hersteller muss dann die Differenz zum allenfalls zu hohen vorläufigen Preis zurückzahlen. Genau diese Rückzahlungspflicht wurde im Bericht vergessen bzw. nicht erwähnt, und da dies vergessen ging, sind natürlich auch die erwähnten Mehrkosten zu hoch.

Das sage ich einfach zuhänden des Amtlichen Bulletins, und mit dieser Bemerkung ziehe ich meinen Minderheitsantrag zurück.

**Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin):** Der Antrag der Minderheit Müller Damian wurde zurückgezogen.

**Michel Matthias (RL, ZG):** Wenn der Antrag der Minderheit Müller Damian aufrechterhalten worden wäre, hätte ich noch etwas gesagt. Da er zurückgezogen wurde, möchte ich einfach auf einen Passus aufmerksam machen, der jetzt nicht mehr zur Diskussion steht, der aber etwas untergegangen ist.

Im Antrag der Minderheit Müller Damian waren noch die wichtigen Arzneimittel für seltene Krankheiten erwähnt. Ich sage das deshalb – das ist meine Interessenbindung –, weil ich Copräsident der Interessengemeinschaft Seltene Krankheiten bin. Darin sind Betroffenenorganisationen, Pro Raris, die Pharmaunternehmen und die Wissenschaft vertreten. Es handelt sich also um eine umfassende Interessengemeinschaft, die sich für die Tausende von Betroffenen einsetzt. In der Schweiz sind es etwa 600 000 Personen, die an seltenen Krank-



heiten leiden. Weil es viele solcher Krankheiten gibt, sind es dann gleichwohl relativ wenige Leute pro seltene Krankheit.

Mit dem Rückzug des Minderheitsantrages ist nicht gemeint, dass man diese Kategorie von Therapien und Medikamenten nicht mehr berücksichtigen soll. Genau diese Betroffenen sind auf vorläufige Vergütungen, auf Fast Tracks angewiesen. In Artikel 52d Absatz 1 KVG gemäss dem Beschluss des Nationalrates geht es um "neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist". Ich interpretiere das so: Dieser "grosse medizinische Bedarf" heisst nicht, dass Millionen von Leuten einen Nutzen davon haben müssen, sondern es kann sein, dass dieser Bedarf bei ganz wenigen besteht, aber eben "ausgewiesen" ist. Es ist mir einfach wichtig, das zu deponieren. Es geht hier nicht um die Quantität von Leuten, die betroffen sind, sondern der medizinische Bedarf gemäss Beschluss des Nationalrates kann auch in einzelnen Fällen oder bei kleinen Gruppen von Menschen eintreten, die von seltenen Krankheiten betroffen sind. Gerade diese Menschen sind auf innovative Therapien und Medikamente angewiesen. Genau sie sind auf schnelle, beschleunigte Verfahren inklusive der vorläufigen Vergütung angewiesen. Damit der Rückzug des Minderheitsantrages nicht falsch verstanden wird, wollte ich das noch zum Ausdruck bringen.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Je serai extrêmement brève vu le retrait de la proposition de minorité, mais je pense qu'il est important de poursuivre la discussion sur les questions des économies ou des coûts supplémentaires, parce que l'on n'est pas dans une guerre des appréciations sur ce que cela coûte ou ce que cela permet d'économiser.

Vous contestez ou critiquez, Monsieur le conseiller aux Etats Müller, les explications ou les éléments financiers de l'OFSP. Je crois qu'il y a également une étude de l'Université de Zurich à ce sujet. Je pense qu'il faut que l'on traite cela de manière transparente, cette fois, également, afin de bien regarder de quels chiffres on parle et ce que cela permet ou pas. Je pense que c'est bien que l'on puisse reprendre cela en commission avec sérénité.

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

## **Art. 52e**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Ausgleich an die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei grossem Marktvolumen

*Abs. 1*

Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die obligatorische Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

*Abs. 2*

Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14ter Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die

AB 2024 S 617 / BO 2024 E 617

obligatorische Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

*Abs. 3*

Für die Vertraulichkeit der Ausgleichs gelten Artikel 52b Absatz 5 und Artikel 52c sinngemäss.

*Abs. 4*

Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

## **Art. 52e**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Compensation en faveur de l'assurance obligatoire des soins en cas de gros volume de marché

**Al. 1**

Si un médicament au sens de l'article 52 alinéa 1 lettre b atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

**Al. 2**

Si un médicament au sens de l'article 14ter alinéa 5 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance obligatoire des soins une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'OFSP prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

**Al. 3**

Les articles 52b alinéa 5 et 52c s'appliquent par analogie à la confidentialité des compensations.

**Al. 4**

Le Conseil fédéral règle les modalités.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich würde gerne etwas sagen. Es geht um die Kostenfolgemodelle, die in der Eintretensdebatte erwähnt worden sind. Es ist eine wichtige Ergänzung. Ihre Kommission beantragt mit 9 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen deren Annahme.

Es geht darum, Mengenrabatte für Medikamente mit grossem Marktvolumen in Form von sogenannten Kostenfolgemodellen einzuführen. Dies geht auf die Motion Dittli 19.3703 zurück. Demnach soll das BAG die Zulassungsinhaberinnen zu einer Ausgleichszahlung verpflichten können, wenn ein Medikament einen gewissen Umsatz überschreitet. Beim Festlegen der Rabatte hat das BAG sowohl die Versorgungssicherheit wie auch die bestehenden Auflagen zu berücksichtigen. Diese Massnahme zielt auf wenige etablierte Produkte, die aber einen bedeutenden Teil der Medikamentenkosten ausmachen. Gemäss Schätzungen der Verwaltung können mit diesen Kostenfolgemodellen bis zu 400 Millionen Franken eingespart werden. Die Berücksichtigung der Häufigkeit der Krankheit – Prävalenz – kann zwar bereits mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen umgesetzt werden. Es braucht Mengenrabatte für eine Mengenausweitung bzw. für Skaleneffekte. Das Modell wurde vertieft in Studien, die schon vorgestellt und mit dem BAG diskutiert wurden.

Kritik am Modell wurde in der Anhörung, die wir durchgeführt haben, seitens der Vertreter der Pharmabranche laut. Es ging vor allem darum, dass es keine Vernehmlassung gab. Die Vertreter der Pharmabranche stellen sich nicht grundsätzlich gegen das Modell, bemängeln aber, dass man nur einen Teilbereich der Zulassung und Preisbildung einfügt und keine Gesamtschau über die Preisfindungsthematik macht. Dem gegenüber stehen die Kosteneinsparung und die Logik des Systems.

Im Verlauf der Diskussion hat man beim ursprünglich formulierten Gesetzestext ein Kann eingefügt, es ist also keine Muss-Bestimmung. Auch soll das BAG bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit berücksichtigen. Die Verwaltung hat uns zudem informiert, dass eine Arbeitsgruppe mit Vertretungen der Krankenkassen und der Pharmaunternehmen ins Leben gerufen worden sei – so viel zu Artikel 52e.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 53 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

... nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1bis, 45, 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim ...

**Art. 53 al. 1**

*Proposition de la commission*

... aux articles 39, 41 alinéa 1bis, 45, 46 alinéa 4, 47, 47b alinéa 2, 48 alinéas 1 à 3 ...

*Angenommen – Adopté*



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

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

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

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 56**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1bis*

Streichen

*Antrag Chiesa*

*Abs. 5*

Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren. Sie stellen zudem sicher, dass die Tarife laufend den Effizienzgewinnen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts Rechnung tragen, um die Kostenwahrheit zu wahren. Der Bundesrat definiert die Effizienzgewinne und die Häufigkeit ihrer Bewertung.

**Art. 56**

*Proposition de la commission*

*Al. 1bis*

Biffer

*Proposition Chiesa*

*Al. 5*

Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations. Ils garantissent en outre que les tarifs tiennent compte en tout temps des gains en efficacité découlant des progrès médicaux et techniques, afin d'assurer la vérité des

AB 2024 S 618 / BO 2024 E 618

coûts. Le Conseil fédéral définit les gains en efficacité et la fréquence de leur évaluation.

**Art. 56a**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Gezielte Informationen der Versicherten

*Abs. 1*

Die Versicherer können die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren.





*Abs. 2*

Die Versicherer informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der spezifischen Information gemäss Absatz 1 und weisen die Versicherten auf die Freiwilligkeit zu deren Erhalt sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs hin.

**Art. 56a**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Informations ciblées aux assurés

*Al. 1*

Les assureurs peuvent informer de manière ciblée les assurés sur des prestations plus avantageuses ainsi que sur des formes particulières d'assurance appropriées et des mesures de prévention.

*Al. 2*

Les assureurs informent les assurés, lors de la première prise de contact, sur le but des informations spécifiques visées à l'alinéa 1 ainsi que sur le caractère facultatif de leur réception et sur la possibilité de s'y opposer en tout temps.

*Art. 56 Abs. 5 – Art. 56 al. 5*

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Herr Berichterstatter, möchten Sie sich zum Antrag Chiesa äussern?

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Nein, der Antrag wird jetzt gestellt. In der Kommission haben wir ihn nicht beraten.

**Chiesa** Marco (V, TI): Künftig darf der medizinisch-technische Fortschritt nicht nur Berücksichtigung finden, wenn es zu teuer wird. Wie auch sonst im Markt müssen die Effizienzgewinne der Kundschaft bzw. den Kostenträgern, den Prämienzahlern und der öffentlichen Hand, weitergegeben werden. Die Tarifpartner müssen diesbezüglich aktiv werden und Lösungen finden, auch wenn dies nicht allen Beteiligten passt. Der Bundesrat muss subsidiär, regelmässig und zeitnah eingreifen, wenn die Tarifpartner den präzisierten gesetzlichen Anforderungen nicht nachkommen sollten. Bisher griff der Bundesrat zweimal ein, 2014 und 2018, teilweise mit Erfolg.

Tarmed ist bekanntermassen veraltet. Das wird auch bei allen künftigen Einzelleistungstarifen über kurz oder lang der Fall sein, wenn einer der wesentlichen Mängel bei den Vorgaben und Prozessen nicht korrigiert wird. Das Problem besteht darin, dass die Einzelleistungstarife bis heute nicht laufend an die Kostenrealität angepasst werden. Insbesondere die medizinisch-technischen Fortschritte führten bei Tarmed über die Jahre dazu, dass viele Behandlungen immer rascher und präziser durchgeführt werden konnten. Trotzdem haben sich die Tarifpartner bis heute nicht darauf einigen können, überholte Tarifpositionen systematisch anzupassen. Weil sie nicht angepasst wurden, sind viele technische Leistungen heute übertarifiert. Brauchte man vor 25 Jahren für die Operation des Grauen Stars noch rund drei Stunden, sind es heute mit der modernen Lasertechnik nur noch 20 Minuten. Verrechnet werden können pro Eingriff aber immer noch längst überholte und damit überhöhte Tarife. Das ist der Grund, weshalb heute viele technische Leistungen übertarifiert sind.

Bei der Arbeit der Grundversorger hingegen sind Effizienzgewinne nicht das grösste Thema. Das Gespräch mit den Patienten lässt sich technisch kaum beschleunigen, die Beruhigung eines Kleinkindes vor einer Blutentnahme auch nicht.

Gemäss dem Grundsatz nach Artikel 43 Absatz 4bis KVG orientieren sich Tarife und Preise an den Entschädigungen jener Leistungserbringer, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Mit einer Tarifierung, die viele Jahre oder gar Jahrzehnte zurückliegt, wird dieser Grundsatz ausgehebelt. Auch die Eidgenössische Finanzkontrolle hat mehrfach die ungenügende Kostenrealität bzw. die ungenügende Anpassung und Aktualisierung der ambulanten Tarifstruktur durch die Tarifpartner kritisiert. Weiter hat sie eine aktive Haltung des Bundesrates angemahnt, wenn die Tarifpartner veraltete, insbesondere überholte Tarife nicht korrigieren.

Zu meinen, dass der geplante Tardoc das Problem beheben könnte, wäre kurzsichtig. Selbst wenn die Tarifstruktur aktuell und datenbasiert tarifiert wäre, wäre sie in Bälde wieder veraltet, weil der medizinische und technische Fortschritt nicht stehenbleibt. Mit der vorgeschlagenen gesetzlichen Präzisierung würde allen betroffenen Akteuren klar werden, dass es auch im KVG kein Rosinenpicken gibt und dass der Gesetzgeber nicht tatenlos zuschaut, wenn das Gesetz missverstanden oder nicht umgesetzt wird. Zugunsten der Bevölkerung,





der Prämien- und Steuerzahler, ist jetzt unbedingt Masshalten gefragt. Diese Präzisierungen sind ein wichtiger Beitrag dazu.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Je vous propose de refuser cette proposition. Ce sont les joies du fédéralisme: deux Latins se parleront en allemand – je vous répondrai en allemand.

Wir bitten also, den Antrag abzulehnen – auf Französisch würde es schneller gehen, aber man hat alles auf Deutsch erklärt.

Im Sinne der Wirtschaftlichkeit verlangt das KVG bereits heute, dass der Tarif nur die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken darf. Artikel 43 Absatz 4bis KVG fordert zudem, dass die Tarife und Preise sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Um die systematische Weiterentwicklung der Tarife sicherzustellen, sieht Artikel 47a KVG vor, dass die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Versicherer eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist.

Der Bundesrat kann die Pflicht zur Einsetzung einer solchen Organisation auf Verbände ausdehnen, die für Tarifstrukturen für andere ambulante Behandlungen zuständig sind. Die Organisation für den ambulanten ärztlichen Bereich, die OAAT Aktiengesellschaft, wurde im November 2022 gegründet und ist bereits operativ tätig. Mit Artikel 47b KVG wurde die Pflicht der Leistungserbringer, der Versicherer sowie der Tariforganisation zur Bekanntgabe der notwendigen Daten im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an den Bundesrat bzw. an die zuständigen Kantonsregierungen eingeführt.

Ich könnte noch mit anderen Artikeln fortfahren. Es geht mir aber darum, zu zeigen, dass man schon hat, was man braucht, um dieses Anliegen zu erfüllen.

Deswegen bitte ich, den Antrag abzulehnen.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6620)

Für den Antrag Chiesa ... 36 Stimmen

Dagegen ... 7 Stimmen

(1 Enthaltung)

*Art. 56 Abs. 1bis; 56a – Art. 56 al. 1bis; 56a*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Im Bereich der Nutzung der Versichertendaten hat der Nationalrat eine Ergänzung eingefügt, wonach die Krankenkassen Daten der Versicherten verwenden können, um diese über kostengünstigere Leistungen oder geeignetere Versicherungsformen zu informieren.

#### AB 2024 S 619 / BO 2024 E 619

Die Kommission teilt die Stossrichtung des Nationalrates. Sie schlägt aber einstimmig eine klar definierte Regelung vor. Demnach sollen die Versicherer die Daten der Versicherten nur nutzen können, um die Versicherten gezielt zwecks Folgendem zu informieren: über kostengünstigere Leistungen wie zum Beispiel Generika, über geeignete besondere Versicherungsformen wie etwa Ärztenetzwerke in der Region oder über präventive Massnahmen wie etwa Kontrolluntersuchungen bei chronischen Erkrankungen. Die Versicherten sollen dabei jederzeit verlangen können, dass die Versicherer diese Informationen einstellen. Um die Zuständigkeiten klar abzugrenzen, sollen sich die Versicherer zudem nur an die Versicherten wenden dürfen. In der Nationalratsversion sind dagegen die Nutzungszwecke der Daten offener formuliert, und es sind auch Informationen an die Leistungserbringer vorgesehen.

Das ist ein Paradigmenwechsel im KVG. Eine krankheitsspezifische Empfehlung an ausgewählte Versicherte ist bisher gemäss KVG allein den Leistungserbringern vorbehalten. Wir haben uns aber über die Vorteile dieser eingeschränkten Möglichkeit informieren lassen und beantragen Ihnen mit 10 zu 0 Stimmen, dem Beschluss der Kommission zuzustimmen. Es gibt keine Minderheitsanträge.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 64**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 6 Bst. d*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates





*Abs. 6 Bst. e*

e. für Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.

*Abs. 7 Bst. a*

a. Leistungen nach Artikel 29 Absätze 2 und 3;

*Abs. 7 Bst. b*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

*Abs. 6 Bst. e*

Streichen

## **Art. 64**

*Proposition de la majorité*

*Al. 6 let. d*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 6 let. e*

e. réduire ou supprimer la participation aux coûts pour les prestations fournies par des réseaux de soins coordonnés.

*Al. 7 let. a*

a. prestations visées à l'article 29 alinéas 2 et 3;

*Al. 7 let. b*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

*Al. 6 let. e*

Biffer

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich möchte einige Erläuterungen dazu machen: Diese Bestimmung regelt, wie ich vorhin schon angetönt habe, die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft. Die Anpassungen sehen vor, die Geltungsdauer und den Geltungsbereich der Kostenübernahme ohne Kostenbeteiligung zu vergrössern. In Bezug auf die Dauer gilt die Befreiung von der Kostenbeteiligung statt ab der 13. Schwangerschaftswoche neu ab dem ersten Tag der Schwangerschaft und bis acht Wochen nach der Niederkunft. Die Beseitigung der Ungerechtigkeit gegenüber Frauen mit Komplikationen vor der 13. Woche im Vergleich zu Frauen mit Komplikationen nach der 13. Schwangerschaftswoche war auch das Anliegen mehrerer Vorstösse im Parlament. Es entstand eine Diskussion um die Feststellung des Beginns der Schwangerschaft und um die rückwirkende Festlegung der Befreiung von der Kostenbeteiligung, aber diese Fragen kann man lösen.

Die Kommission beantragt, dem Beschluss des Nationalrates zu folgen. Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b wurde mit 9 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

## **Art. 84 Abs. 1 Bst. j**

*Antrag der Kommission*

j. die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen zu informieren.

## **Art. 84 al. 1 let. j**

*Proposition de la commission*

j. informer de manière ciblée les assurés sur des prestations plus avantageuses ainsi que sur des formes



particulières d'assurance appropriées et des mesures de prévention.

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. II**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2–5*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 6*

Der Bundesrat wird beauftragt, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird. Diese Änderung setzt er nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2025 um.

*Antrag der Minderheit*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

*Abs. 5*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Germann, Dittli)

*Abs. 6*

Streichen

**Ch. III dispositions transitoires de la modification du ...**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2–5*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 6*

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la structure tarifaire ambulatoire nationale de manière à plafonner le volume de points facturable de la part médicale par journée de travail. Il met en oeuvre cette modification, après consultation des partenaires tarifaires, pour le 1er janvier 2025.

AB 2024 S 620 / BO 2024 E 620





*Proposition de la minorité*

(Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

Al. 5

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Germann, Dittli)

Al. 6

Biffer

*Abs. 1–5 – Al. 1–5*

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

*Abs. 6 – Al. 6*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Als weitere Ergänzung des Entwurfes zum Paket 2 will die Mehrheit der Kommission den Bundesrat mittels einer Übergangsbestimmung beauftragen, die pro Tag abrechenbaren Taxpunkte im ärztlichen Teil des veralteten Tarmed per 1. Januar 2025 zu beschränken. Sie hat diesen Antrag mit 9 zu 2 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen. Das Ziel der Übergangsbestimmung ist, die pro Tag verrechenbaren Taxpunkte, eben Tarmed, zu plafonieren. Es geht um den Einzelleistungstarif in der ambulanten Versorgung.

Die Verwaltung und eine Minderheit der Kommission standen dem kritisch gegenüber. Es sei ein Eingriff in die Arbeit der Tarifpartner. Zudem stelle sich die Frage, ob eine Verankerung von Vorgaben in den Übergangsbestimmungen, die mutmasslich frühestens 2026 in Kraft treten würden, zu spät kommen würde. Dieser Antrag solle abgelehnt werden, weil die Grenze zu starr sei. Sie sei entweder zu tief, dann werde sie den Leistungen, die ausserordentlich abgerechnet würden, nicht gerecht, oder zu hoch, dann laufe man Gefahr, dass jene, die die Grenze nicht erreichten, sich nach oben orientierten.

Dem hält die Mehrheit entgegen, dass es 2025 voraussichtlich noch keine neue Tarifstruktur und keine Pauschalen für die ambulante Versorgung geben werde und dass mit dieser unakzeptablen Situation, es wurde heute schon mehrfach erwähnt, aufgrund des nicht mehr aktuellen Tarmed, der über zwanzig Jahre alt sei, Ärzte weiterhin 27 oder 28 Stunden pro Tag verrechnen könnten – nicht, weil sie betrügen, sondern weil der Tarif halt falsch ist. Es wurde klar festgehalten, dass es nicht um den Verdacht von Betrug gehe, sondern schlicht um den veralteten Tarif, der dies zulasse, weil durch Innovation heute verschiedene Eingriffe ganz anders und effizienter als früher vorgenommen werden könnten, aber immer noch aufgrund der Technik von vor zwanzig Jahren abgerechnet würden.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Mehrheit der Kommission, diesem Absatz 6 zuzustimmen.

**Germann** Hannes (V, SH): Tatsächlich lassen natürlich Schlagzeilen wie die, dass ein Arzt 26 Stunden pro Tag abrechnet, aufhorchen und uns aufschrecken. Aber das ist eben leider nicht die ganze Wahrheit, die dahintersteckt. Wenn offensichtlich betrogen wird, dann ist das ein Fall für den Strafrichter; das wird geahndet, und das wird auch den Versicherern auffallen.

Natürlich ist es nie auszuschliessen, dass es schwarze Schafe gibt, die tatsächlich überborden. Aber in Tat und Wahrheit ist das einfach das Ergebnis dieses völlig veralteten Tarmed, der eben falsche Auswirkungen hat. Vielleicht muss ich rasch erklären, wie es heute aussieht. Derzeit legt Tarmed ja keine Norm für das verrechenbare Taxpunktvolumen pro Arbeitstag oder Jahr fest. Das Volumen hängt von den Merkmalen der erbrachten Leistungsposition ab, namentlich von der Dauer, der Leistung und dem errechneten Kostensatz pro Minute für die erbrachten Leistungen und Ressourcen, von ärztlichem wie auch von nichtärztlichem Material und von Infrastruktur. Je höher die Dauer bzw. der Kostensatz der Leistung, desto höher ist bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen die Anzahl Taxpunkte pro Leistung und damit das insgesamt verrechnete Taxpunktvolumen.



Bei Zeitpositionen wird die Dauer der Leistung, ausgehend vom effektiven Zeitaufwand, abgerechnet. Das ist eigentlich klar, das könnte man auch überprüfen. Wenn es hier in Richtung 24 Stunden oder darüber hinausgeht, dann stimmt wohl etwas nicht. Aber bei den Handlungspositionen ist sie eben als sogenannte Minutage festgelegt, d. h. als eine im Voraus definierte Dauer, für die man durchaus von der benötigten Zeit für die Erbringung der Leistung ausgeht. Aber sie kann natürlich abweichen, weil sie nicht die effektiven Leistungen wiedergibt. Ich nehme ein Beispiel: Vor zwanzig Jahren – so alt ist der völlig veraltete Tarmed – dauerte eine Augenoperation an der Hornhaut beispielsweise vier Stunden. Heute kann man das mit Lasertechnologie, mit modernen Apparaturen natürlich viel schneller machen. Wenn man das nun umrechnet, kommt der Arzt bei drei Operationen pro Tag heute auf zwölf Stunden. Früher wäre das normal gewesen. Heute aber kann der Arzt die Operation in einer Stunde machen und vielleicht sieben oder acht Operationen pro Tag durchführen. Dies wird ihm dann über dieses System hochgerechnet. Eigentlich ist nur das das Problem.

Wenn wir nun hingehen, dieses System aushebeln und den Passus der Mehrheit aufnehmen, dann lautet dieser: "Der Bundesrat wird beauftragt, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte [...] festgelegt wird." Diese Änderung setzt er nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2025 um. Nachher folgt ja noch meine Interpellation 24.3379 zum Wechsel auf Tardoc plus das System mit den Pauschalen. Ich weiss aber nicht mehr, ob sie drankommt – ich hoffe es. Eigentlich gehören ja die beiden Geschäfte wirklich zusammen.

Es ist nun mal eine Katastrophe, und wenn wir jetzt den Druck wegnehmen, dann können sich der Bundesrat und die Verwaltung noch länger Zeit lassen. Dabei wäre es jetzt höchste Zeit, diesen Tardoc einzuführen, und zwar sofort oder per Ende Monat, und dann allenfalls mit diesen Fallpauschalen zu ergänzen. Diese braucht es, um eben der Systematik im Ganzen gerecht zu werden, aber auch, um die heute vorhandenen medizinischen Möglichkeiten korrekt abzubilden. Der Tardoc ist fünf Jahre alt, so lange wurde verhandelt. Jetzt liegt er seit etwa zwei Jahren eigentlich vor und ist auch so akzeptiert worden. Jetzt wäre es doch nichts als logisch, diesen einfach auf Ende Monat oder aber dann spätestens Ende Jahr einzuführen und die Pauschalen, diese Tarifabrechnungen, gleich dazu. Man kann ja ein System immer besser werden lassen. Aber mit dem, was die Mehrheit hier beschlossen hat, verhindern Sie ja eben gerade den Druck auf den Bundesrat und die Verwaltung, endlich diesen Tarmed zu ersetzen und den Tardoc, ergänzt mit den einzelnen Pauschalen, einzuführen.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Ici, on parle vraiment d'une mesure qui peut avoir un très gros effet, parce que les pratiques qui consistent, comme l'a très bien expliqué notre collègue Germann, à appliquer le même tarif à des activités qui, aujourd'hui, prennent jusqu'à dix fois moins de temps qu'il y a vingt ans conduisent naturellement, dans beaucoup de spécialités, à des facturations qui ne correspondent plus à la durée qu'on avait évaluée au moment où on a créé la structure tarifaire. N'est-ce pas, les points, dans la part médicale, ce sont des minutes. Alors, si on avait gardé des minutes, des fois, on aurait des surprises en regardant la facture. Ce sont des minutes standardisées qu'on a transformées en points, ce qui rend les choses plus difficiles à comprendre pour le commun des mortels. Alors évidemment, avec des actes qui durent aujourd'hui dix fois moins de temps, ou quatre fois moins de temps qu'il y a vingt ans, de fait vous augmentez la rémunération dans ces spécialités, parfois, en la multipliant par quatre. C'est pour ça que vous avez eu, depuis la

AB 2024 S 621 / BO 2024 E 621

création du Tarmed, une explosion des écarts de rémunération entre catégories de médecins.

Si vous croyez au remède miracle Tardoc – je l'ai dit, je ne suis pas contre l'introduction de Tardoc et je pense que ce sera une amélioration –, j'aimerais que vous relisiez les propos qui ont été tenus quand on a introduit Tarmed. Quand on a introduit Tarmed, tout le monde a dit que ce sera très bien pour la médecine générale, que cela allait renforcer la médecine générale, réduire les écarts de rémunération. Vingt ans après, les écarts de rémunération entre spécialistes et généralistes ont explosé. Pourquoi cela? Parce que la structure tarifaire n'est pas adaptée régulièrement.

Au contraire de ce que vous dites, cher collègue Germann, une telle mesure mettra donc la pression sur les partenaires tarifaires pour que Tardoc soit, lui, adapté régulièrement. Parce que le risque, c'est qu'une fois que la structure est en place, les acteurs se disent que c'est bon et qu'ils n'ont plus rien à faire. Or, dans la structure tarifaire Tardoc, il y a une bande de neutralité tarifaire qui va de moins 1 pour cent à plus 2 pour cent; c'est l'écart par rapport à la situation actuelle qui est toléré. Mais qu'est-ce qui se passe si, au lieu d'être à plus 2 pour cent, on est à plus 4 ou à plus 5 pour cent? Qu'est-ce qui se passe si on est à plus de 20 pour cent, comme le craint Santéuisse? – Je rappelle qu'il y a un groupement d'assureurs qui craint qu'avec Tardoc, on ait une croissance des coûts de 20 pour cent dans le domaine ambulatoire. C'est ce qu'ils disent. Qu'est-ce



qui se passe si c'est ce qui arrive? Eh bien, les partenaires tarifaires doivent agir sur la valeur du point et ils le feront avec une année de retard. Qu'est-ce qui se passe s'ils ne se mettent pas d'accord? Eh bien, le risque est élevé qu'il ne se passe rien, comme il ne s'est rien passé pendant des années avec Tarmed.

Je ne crois pas qu'il faille croire à la valeur magique d'un changement de structure tarifaire. Et je n'aimerais pas qu'ici, dans cette salle, dans 4 ou 5 ans, si on a une forte augmentation des coûts après l'introduction de Tardoc, certains regrettent les propos qu'ils ont tenus en disant que cela réglerait tout. Parce que, trop souvent, dans le domaine de la santé, on a cru à des opérations magiques des partenaires tarifaires qui ne se sont pas réalisées. Avec cette mesure-là, on permet au Conseil fédéral d'accompagner la nouvelle structure tarifaire, ou au moins de limiter les effets négatifs de l'ancienne, puisque Tardoc continuera peut-être encore une année. Au moins, on évite les pires excès. On ne demande pas ici de mettre la journée de travail à 8 heures. On demande juste que les journées de travail de 28 heures ne soient plus possibles. Alors le Conseil fédéral fixera peut-être la limite à 20 heures, à 18 heures, peu importe. Mais au moins, on éliminera les pires excès grâce à cette mesure.

On vient de terminer une campagne de votation au cours de laquelle on a dit qu'on allait régler un certain nombre de problèmes au Parlement. On sait que ces facturations de 27 heures par jour existent. On sait qu'elles sont nombreuses. Et ici, on refuserait de prendre une mesure pour régler ça? Mais enfin, ce n'est pas possible!

On ne peut pas refuser d'au moins régler ce problème dans ce volet. Je vous invite donc à accepter la proposition de la majorité de la commission en vous rappelant une chose: les exemples que je vous ai donnés tout à l'heure sont choquants. Savez-vous ce qui arrive aux médecins et aux cliniques concernés? L'assureur demande le remboursement. Cela veut dire que ceux qui facturent 20 heures pour une opération de 1 heure et demie ou de 2 heures ont comme simple risque de devoir peut-être rembourser les excès, alors qu'en réalité, comme vous l'avez dit, il devrait y avoir une dénonciation pénale et des sanctions.

L'assureur qui m'a donné ces exemples m'a prié de ne pas rendre son nom public. Cela vous donne une idée de l'autorité qu'ont les assureurs qui vont contrôler les factures. Ils ont peur pour leur réputation si ce genre d'exemples devient public. C'est cela notre problème: nous avons des gens qui font la police, mais qui ont trop peur de ceux qu'ils doivent contrôler. Nous, nous ne devons pas avoir peur.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à voter en faveur de cette proposition.

**Dittli Josef (RL, UR):** Wenn man diesen Antrag der Kommissionsmehrheit liest, dann sieht man auf den ersten Blick, dass es nicht sein kann, dass man da Leistungen abrechnet, die mehr als 24 Stunden dauern. Das geht doch nicht. Ich glaube, das geht uns allen so; das ist wirklich nicht gut.

Aber die Frage ist doch: Wo liegt das Problem? Das Problem liegt bei Tarmed, bei diesem total und komplett veralteten System, das solche Abrechnungen zulässt. Es ist nicht der Fehler des Arztes, wenn er heute mit neuen technologischen Mitteln mehr Behandlungen zustande bringt, die in der Summe halt mehr als 24 Stunden ergeben, sondern es ist das Problem von Tarmed. Ich kann Ihnen sagen, dass das nur ein mögliches Beispiel ist. Man könnte Dutzende weiterer Fehlerbeispiele von Tarmed zusammentragen, an denen man sieht, dass man dort eigentlich eingreifen müsste.

Kollege Maillard und die Mehrheit der Kommission beantragen nun, hier, sequenziell auf dieses Problem bezogen, einen Tarifeingriff zu machen, und erst noch auf den 1. Januar 2025. Wir doktern damit einfach einmal mehr an diesem komplett veralteten Tarmed herum und versuchen, ihm ein noch längeres Leben einzuhauchen. Das sind aus meiner Sicht alles total verschwendete Kräfte.

Und damit zu den Äusserungen von Kollege Maillard zum Tardoc und zu den Pauschalen: Man muss jetzt anpassen, dass wir hier in diesem Saal den Tardoc nicht irgendwie schlechtreden oder nur die Gefahren betonen, die ein neuer Tarif mit sich bringt. Dieses Geschäft liegt jetzt beim Bundesrat. Der Tardoc hat schon mehrere Eingaben durchlebt, bei einem 100-Meter-Lauf wäre er jetzt irgendwo zwischen 95 und 100 Metern, jedenfalls kurz vor der Ziellinie. Der Bundesrat hat klar aufgezeigt, was noch zu erbringen ist, damit der Bundesrat den Tardoc genehmigen kann. Lassen wir jetzt den Bundesrat arbeiten und entscheiden. Ich habe Vertrauen in den Bundesrat, dass er den Tardoc prüft, und ich vertraue darauf, dass man ihn einführt, wenn er die Bedingungen erfüllt.

Das Gleiche trifft auf die Pauschalen zu. Wir haben hier in diesem Saal möglich gemacht, dass ambulante Pauschalen eingeführt werden können. Das finde ich sehr gut. Pauschalen sind eine gute Sache. Die Pauschalen wurden entwickelt und eingereicht; vor allem im spitalambulanten Bereich ist man qualitativ auf einem hohen Niveau, weil die Datengrundlage dort entsprechend gross ist. Auch dieses Geschäft ist jetzt parallel dazu beim Bundesrat in Prüfung.

Schauen wir doch, was der Bundesrat herausfindet. Werden die Anforderungen an diese Pauschalen erfüllt?



Wenn ja, dann sollen sie bitte sofort eingeführt werden, und zwar möglichst all jene, die die Anforderungen erfüllen, zusammen. Sollten sie aber die Anforderungen nicht erfüllen, dann soll das bitte nicht verknüpft werden. Man soll dann nicht sagen: Ja, der Tardoc muss jetzt auch auf die Einführung warten, weil die Pauschalen nicht bereit sind. Wenn der Tardoc warten müsste, bis die Pauschalen bereit sind, dann würden wir damit Jahr für Jahr Hunderte von Millionen Franken in den Sand setzen.

Ich habe Vertrauen in den Bundesrat, dass man all diesen Überlegungen Rechnung trägt. Aber hier eine Diskussion zu führen, welche Risiken der Tardoc birgt, welche Risiken die Pauschalen haben – das bringt nichts. Und wenn wir hier jetzt noch weitere Kräfte für die Weiterentwicklung von Tarmed verschwenden sollen, dann muss ich Ihnen sagen, dass ich das dem Bundesrat nicht gönnen mag. Der Bundesrat soll seine Kräfte auf die Zukunft konzentrieren können, nicht auf die Pflege eines komplett veralteten Systems.

In diesem Sinne bitte ich Sie, der Minderheit zu folgen.

**Hurni Baptiste (S, NE):** Il est vrai qu'une partie du problème, c'est Tarmed, car quand des points, qui étaient à la base des minutes, ne correspondent plus à aucune réalité, le prestataire, le médecin qui les facture le fait en toute légalité. Mais il n'y a pas que cela, Tarmed n'est pas le seul problème; c'est d'ailleurs pour cela que l'on vérifie les factures aujourd'hui. Le gros problème qui existe, c'est que quand on vérifie un peu les factures, la plupart – ce n'est pas la minorité d'entre elles –, s'avèrent inexactes.

AB 2024 S 622 / BO 2024 E 622

J'annonce mes liens d'intérêts: je suis président romand de la Fédération suisse des patients (FSP). Nous avons un service gratuit de contrôle des factures depuis deux ans et demi. Sur toutes les factures que nous avons vérifiées, il y avait des erreurs. Pas une n'était juste et pas une n'était juste en appliquant Tarmed. Aujourd'hui, l'on se rend compte qu'il y a un immense problème de qualité de la facturation, parce que le système est compliqué, mais aussi parce qu'il y a des abus. Le gros problème existant aujourd'hui lorsque l'on contrôle une facture, ce sont justement les prestations par cinq minutes. Le patient vous dit qu'il est resté 20 minutes, mais le médecin, l'hôpital ou le soin ambulatoire indique que le patient est resté 30 ou 35 minutes. Il est quasiment impossible de prouver qui a raison; et vous le savez comme moi, le fardeau de la preuve incombe à celui qui veut démontrer l'inverse.

La mesure que nous proposons ici, que permet-elle de faire? Elle permet une sécurité. Elle permet de dire que l'on ne va pas pouvoir contrôler chacune des factures, parce que c'est impossible – on va conserver le système actuel de contrôle des factures qui est, au fond, basé sur des algorithmes des assurances qui se préoccupent de l'écart à la moyenne –, mais que l'on va y ajouter une sécurité, à savoir que quand il y a trop d'heures, quand le décompte va au-delà d'un certain nombre d'heures et qu'il n'est tout simplement plus matériellement possible d'avoir fait cela, alors on sanctionnera. J'aimerais encore dire que le passage de Tarmed à Tardoc résoudra certainement toute une série de problèmes, ce qui est assez positif, mais il ne résoudra pas tous les problèmes, parce que la structure tarifaire Tardoc n'est pas uniquement faite de forfaits. Il y aura donc toujours les problèmes de minutage excessif. Cette mesure est parfaitement valable aussi bien avec Tarmed – de façon urgente maintenant – qu'avec Tardoc. Je vous invite donc vraiment à l'accepter pour donner les armes au Conseil fédéral pour mettre un peu plus de règles, instaurer un peu plus de contrôles et accompagner les évolutions des tarifs pour qu'on ne se retrouve pas, dans quelques années, dans la même situation qu'aujourd'hui. Si cela devait prendre un peu de temps, l'avantage de cette mesure est qu'elle entrerait en vigueur le 1er janvier 2025. L'on pourrait donc immédiatement déceler ces abus.

Il faut dire aussi que le système actuel rend difficile de mettre le doigt sur ces abus, parce qu'il n'y a aucune assurance pour toutes les minutes, puisque par définition, les différents patients qu'un prestataire de soins rencontrera durant la même journée n'auront fort probablement pas tous la même assurance-maladie. Ainsi personne, aujourd'hui, n'a finalement la possibilité de faire des contrôles de façon quelque peu systématique. C'est pour cela que les assureurs font ce qu'ils peuvent, c'est-à-dire mettent en place des algorithmes qui se préoccupent des écarts par rapport à la moyenne, mais pas du cumul du nombre de minutes.

**Germann Hannes (V, SH):** Erlauben Sie mir eine kurze Replik. Ich bin jetzt gespannt diesen Ausführungen der Kollegen Hurni und Maillard gefolgt. Aber was versprechen Sie sich davon, wenn der Bundesrat eine Stundenobergrenze pro Tag festlegt? Was hätte das für Auswirkungen auf das Gesundheitswesen? Ich meine immer zu hören, wir hätten einen Ärztemangel, insbesondere einen Hausärztemangel. Diese werden sich bei Ihnen bedanken, wenn sie den Rest der Patientinnen und Patienten um 17 Uhr nachhause schicken müssen oder die Option haben, diese gratis zu behandeln.

Herr Kollege Maillard, das passiert heute schon. Denken Sie mal an die Spitex oder an die Psychiatrie. Die



Psychiatrie erbringt ihre Leistungen nicht immer stationär, sondern auch dezentral. Und die einen Versicherungen sagen: Für den Weg entschädigen wir fünf Minuten pauschal. Wenn man aber durch ganz Zürich fahren oder sich bewegen muss, schafft man das nie in fünf Minuten. Bei der Spitex ist es dasselbe. Sie erbringt wertvollste Leistungen in der Stadt und auf dem Land. Und wem sollen die Angestellten den Weg verrechnen? Der Patient oder die Patientin sagt: Sie war eine Viertelstunde bei mir. Das trägt sie auch korrekt ein. Aber danach gibt es ja wieder eine Weiterfahrt. Und wem soll sie diese verrechnen?

Sie sehen es, mit diesem System begeben Sie sich in eine bürokratische Gefangenschaft. Es hört dann wirklich nie mehr auf. Und vielleicht hätte man halt in der Westschweiz bei diesen krassen Fällen, die Sie als Beispiele gebracht haben, auch einmal etwas genauer hinschauen müssen. Ich weiss nicht, ob es an der Politik oder an den Kassen liegt oder an wem auch immer. Aber das geht doch nicht an. Wenn Sie so eine lausige Qualität haben, wundert es mich nicht, dass Ihre Kosten und Ihre Prämien so hoch sind. Entschuldigung für diese Direktheit, aber Sie haben mich mit Ihren Voten schon etwas herausgefordert.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Je suis désolé de reprendre la parole, mais j'aimerais préciser deux choses. Premièrement, il s'agit de la part médicale du système tarifaire ambulatoire, il ne s'agit pas de Spitex. Deuxièmement, vous avez vous-mêmes très bien décrit dans quelles situations on arrive à des exagérations qui dépassent vingt-quatre heures par jour. Cela ne concerne que la médecine spécialisée. La médecine généraliste n'a pas profité de cette évolution, puisqu'une consultation de pédiatre, de gynécologue, de médecin généraliste est tarifée aujourd'hui à peu près comme il y a vingt ans. Et le pire, c'est que les généralistes, les pédiatres, les gynécologues ont vécu avec un blocage de la valeur du point. C'est-à-dire qu'aujourd'hui un pédiatre facture le même volume de points qu'il y a vingt ans, à une valeur de points identique. Ce qui veut dire qu'un généraliste est moins payé qu'il y a vingt ans. Pourquoi? Parce que les spécialistes, eux, quand ils ont pu profiter de l'augmentation du volume de points ont pris une part du gâteau plus grande, et comme le gâteau ne peut pas augmenter indéfiniment, c'est sur la valeur du point qu'on agit. Toutes les valeurs de point ont été soit stabilisées soit baissées. Cela veut dire que les professions médicales qui n'ont pas pu profiter de cet effet d'augmentation du volume de points sont aujourd'hui moins bien payées qu'il y a vingt ans.

Regardez, chers et chères collègues, le paysage de notre système de santé: les hôpitaux sont en déficit, les généralistes appellent au secours, on manque de pédiatres et on met aujourd'hui à peu près 5 milliards de francs de plus dans le système qu'en 2022. Mais où est allé cet argent? Les hausses de primes depuis 2022 représentent presque 5 milliards de francs, et des généralistes disent ne pas savoir comment s'en sortir. On ne sait pas où va cet argent, parce que la structure tarifaire par minute alloue les ressources de manière inéquitable.

Je voudrais dire une chose très claire. Messieurs Germann et Dittli, vous avez raison, ce n'est pas à nous de décider quand Tardoc entrera en vigueur. C'est au Conseil fédéral de le faire, nous avons toute confiance: le fera de manière juste. Et je n'ai aucune objection à l'introduction de Tardoc, que ce soit clair. Il ne s'agit pas ici de débattre pour ou contre Tardoc. Il s'agit juste de dire que, quel que soit le système tarifaire à l'acte, on ne peut pas facturer vingt-quatre heures par jour. Tout simplement. Des fois, les choses sont simples, chers collègues.

Je vous invite simplement à voter pour cette proposition sans entrer en matière sur les choix que va faire le Conseil fédéral.

**Baume-Schneider** Elisabeth, conseillère fédérale: Même si les choses sont simples, elles finissent quand même par devenir émotionnelles: on voit qu'il y a un certain engagement dans les différents plaidoyers.

Je me permettrai d'être brève et je n'entrerai pas en matière sur la question du Tardoc ou des forfaits; c'est dans l'interpellation que cela aurait pu être abordé.

Effectivement, les structures tarifaires à la prestation, telles que celle du Tarmed, sont essentielles pour la tarification des prestations, mais ce, dans le domaine ambulatoire. Mais elles contiennent des incitatifs indésirables ou négatifs: elles inciteraient à accroître la facturation. Sans compter que l'absence d'adaptation concernerait la situation actuelle du Tarmed, et que cela accentuerait encore les incitatifs. Je ne vais pas aller plus loin avec ces arguments.

Par contre, du point de vue formel, en fait, vous avez mentionné cette proposition dans les dispositions transitoires. On

AB 2024 S 623 / BO 2024 E 623

le sait, les dispositions transitoires entrent en vigueur au moment de l'entrée en vigueur de la loi, et elles sont prévues pour une durée limitée. Vous mentionnez une introduction au plus vite de la mesure, au 1er janvier 2025, mais il ne serait pas possible de la mettre en oeuvre à cette date-là étant donné qu'elle est dans les





dispositions transitoires. L'autre question, c'est la solution pérenne.

De plus – et c'est, je pense, encore l'élément le plus essentiel –, le Conseil fédéral dispose d'une compétence subsidiaire qui concerne, justement, l'adaptation des structures tarifaires. Avant d'intervenir dans le Tarmed, il doit se prononcer – et il va le faire, je l'ai indiqué – sur le Tardoc et les forfaits ambulatoires.

Personne n'a fait mention du postulat 24.3466, qui a été déposé également par votre commission. Il charge le Conseil fédéral d'examiner, dans un rapport, les autres mesures qui permettraient de limiter au mieux les incitations négatives ou indésirables des structures tarifaires à la prestation. Cela irait dans le sens, mais pas de manière aussi précise, de ce qui est mentionné dans les dispositions transitoires proposées, soit de mieux saisir les différents éléments indésirables. Le Conseil fédéral a mentionné qu'il soutenait l'adoption de ce postulat. Vous vous prononcerez par la suite. Mais par rapport à la proposition telle qu'elle figure aujourd'hui, je vous propose de suivre la minorité.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 22.062/6621)

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 14 Stimmen

(2 Enthaltungen)

**Ziff. IV**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. IV**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Änderung anderer Erlasse**

**Modification d'autres actes**

**Ziff. 1 Art. 14 Abs. 2; 14bis Titel, Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. 1 art. 14 al. 2; 14bis titre, al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14ter Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

*Bst. b*

b. ... erstellten Liste oder in den provisorischen Listen nach Artikel 52d Absatz 1 KVG oder Artikel 14sexies Absatz 1 aufgenommen sind; oder

*Bst. bbis*

bbis. aufgrund der in Artikel 14sexies Absatz 2bis oder Artikel 52d Absatz 2bis KVG genannten Gründen nicht mehr in den provisorischen Listen nach Artikel 14sexies oder Artikel 52d Absatz 1 KVG aufgeführt sind. Eine weitere Vergütung ist während maximal fünf Jahren zulässig. Der Preis der provisorischen Liste darf dabei nicht überschritten werden; oder



**Ch. 1 art. 14ter al. 3**

*Proposition de la commission*

*Let. b*

b. ... mais ne figurent ni dans la liste des spécialités, ni dans la liste établie en vertu de l'alinéa 5, ni dans la liste provisoire selon l'article 52d alinéa 1 LAMal ou article 14sexies alinéa 1; ou

*Let. bbis*

bbis. qui ne figurent plus sur les listes provisoires visées à l'article 14sexies ou à l'article 52d alinéa 1 LAMal pour les raisons mentionnées à l'article 14sexies alinéa 2bis ou à l'article 52d alinéa 2bis LAMal. La poursuite de la prise en charge est autorisée pendant cinq ans au maximum. Le prix fixé dans la liste provisoire ne doit alors pas être dépassé; ou

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14quater**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

... das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies ...

*Abs. 2*

... das Bundesamt für Gesundheit ausnahmsweise, soweit dies ...

*Abs. 3, 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. 1 art. 14quater**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

... l'office fédéral compétent peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ..

*Al. 2*

... l'Office fédéral de la santé publique peut prévoir, à titre exceptionnel, pour autant que ...

*Al. 3, 4*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14quinquies**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 2*

Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen nach Absatz 1 Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen.

*Abs. 3*

Dürfen die Informationen nach Absatz 1 nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren gemäss dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

*Abs. 2–4*

Streichen

**Ch. 1 art. 14quinquies**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national



*Al. 2*

Le Conseil fédéral peut prévoir que les informations visées à l'alinéa 1 ne sont pas accessibles aux tiers.

*Al. 3*

Lorsque les informations visées à l'alinéa 1 ne sont pas accessibles aux tiers, l'autorité compétente refuse les demandes d'accès qui se fondent sur la loi du 17 décembre 2004 sur la transparence ou les dispositions cantonales correspondantes.

*Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

*Al. 2–4*

Biffer

AB 2024 S 624 / BO 2024 E 624

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

## **Ziff. 1 Art. 14sexies**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

*Abs. 1*

Produkte nach Artikel 14ter Absatz 5 oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status für eine Behandlung im beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Antrag der designierten Zulassungsinhaberin und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom zuständigen Bundesamt festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden.

*Abs. 2*

Das zuständige Bundesamt entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer provisorischen Aufnahme gemäss Absatz 1 über eine allfällige definitive Aufnahme in die Liste gemäss Artikel 14ter Absatz 5. Das zuständige Bundesamt geht wie folgt vor:

- a. ist die Zulassungsinhaberin mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt einverstanden, heisst das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme gut;
- b. lehnt die Zulassungsinhaberin die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt ab, weist das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme ab.

*Abs. 2bis*

Zieht die Zulassungsinhaberin ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme ab, so können zurückgezogene oder zurückgewiesene Gesuche sowie der zuletzt vergütete Preis den Adressaten gemäss Artikel 14quiquies Absatz 1 bekannt gegeben werden.

*Abs. 3*

In beiden Fällen gemäss Absatz 2 legt das zuständige Bundesamt die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die Zulassungsinhaberin ist verpflichtet, den während der Zeit gemäss Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung an den Ausgleichsfonds nach Artikel 79 IVG zurückzuerstatten. Die Zulassungsinhaberin ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, wird dieser in einer befristeten Zeit nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

*Abs. 4*

Informationen zur Differenz nach Absatz 3, zum von der Zulassungsinhaberin zurückerstatteten Mehrumsatz sowie damit zusammenhängende Informationen sind vom Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 14quiquies Absatz 1 gilt sinngemäss.

**Abs. 5**

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

**Antrag der Minderheit**

(Müller Damian, Dittli, Germann)

**Abs. 1**

Produkte nach Artikel 14ter Absatz 5 oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist, namentlich Produkte oder Indikationen, welche vom Schweizerischen Heilmittelinstitut befristet, beschleunigt, in einem Verfahren mit Voranmeldung oder im Rahmen einer gemeinsamen Begutachtung unterschiedlicher Länder zugelassen werden, oder als wichtiges Arzneimittel für seltene Krankheiten ausgewiesen werden, werden auf Antrag der designierten ZulassungsinhaberIn per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom zuständigen Bundesamt festgelegten, dem Auslandpreisvergleich entsprechenden provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 14ter Absatz 5.

**Ch. 1 art. 14sexies****Proposition de la majorité****Titre**

Rémunération provisoire des médicaments

**Al. 1**

Les produits visés à l'article 14ter alinéa 5 ou les nouvelles indications pour lesquels un besoin médical important est avéré et auxquels l'Institut suisse des produits thérapeutiques a attribué un statut permettant un traitement en procédure rapide, peuvent, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné et après consultation de la commission compétente, être admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'office fédéral compétent, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution.

**Al. 2**

L'office fédéral compétent décide, dans un délai de 24 mois après une admission provisoire au sens de l'alinéa 1, d'une éventuelle admission définitive sur la liste visée à l'article 14ter alinéa 5. Il procède comme suit:

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

**Al. 2bis**

Si le titulaire de l'autorisation retire sa demande d'admission définitive pour un produit figurant sur la liste provisoire ou si l'office fédéral compétent refuse l'admission définitive, ce dernier peut communiquer aux destinataires mentionnés à l'article 14quinquies alinéa 1 les demandes retirées ou refusées et le dernier prix remboursé.

**Al. 3**

Dans les deux cas visés à l'alinéa 2, l'office compétent fixe la différence entre le prix de l'admission provisoire et le prix jugé économique. Le titulaire de l'autorisation est tenu de restituer au Fonds de compensation de l'AI visé à l'article 79, l'excédent de recettes réalisées durant la période visée à l'alinéa 2 et correspondant au financement pris en charge. Le titulaire de l'autorisation est tenu de communiquer les chiffres de vente. Si une diminution de recettes résulte d'un prix provisoire fixé trop bas, celle-ci sera compensée durant une période limitée après l'admission définitive.

**Al. 4**

Les informations relatives à la différence visée à l'alinéa 3, à l'excédent de recettes restitué par le titulaire de l'autorisation ainsi que les informations y afférentes ne sont pas soumises à la loi sur la transparence du 17 décembre 2004 ni aux réglementations cantonales correspondantes. L'article 14quinquies alinéa 1 est applicable par analogie.

**Al. 5**

Le Conseil fédéral édicte des dispositions d'exécution. Il prévoit notamment que l'office fédéral compétent et le titulaire de l'autorisation entament, déjà avant l'admission provisoire, un dialogue concernant l'évaluation des



conditions d'admission. Les résultats de telles clarifications préalables sont consignés dans un procès-verbal.

AB 2024 S 625 / BO 2024 E 625

*Proposition de la minorité*

(Müller Damian, Dittli, Germann)

*Al. 1*

Les produits visés à l'article 14ter alinéa 5 ou les nouvelles indications pour lesquels un besoin médical important est avéré, à savoir les produits ou les indications autorisés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques pour une durée limitée, en procédure rapide, dans le cadre d'une procédure avec annonce préalable ou d'une évaluation commune à différents pays, ou dont l'importance pour les maladies rares est avérée, sont, sur demande du titulaire de l'autorisation désigné, admis sur une liste provisoire des médicaments pris en charge et rémunérés à la date de l'autorisation par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, à un prix provisoire fixé par l'office fédéral compétent à partir de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, sous réserve d'une éventuelle obligation de restitution. Cette liste provisoire a le même effet que la liste visée à l'article 14ter alinéa 5.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. 1 Art. 14septies**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Ausgleich an die Invalidenversicherung bei grossen Marktvolumen

*Abs. 1*

Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14ter Absatz 5 ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen und Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

*Abs. 2*

Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen und Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

*Abs. 3*

Für die Vertraulichkeit der Ausgleichs gilt Artikel 14quinqües sinngemäss.

*Abs. 4*

Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

**Ch. 1 art. 14septies**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Compensation en faveur de l'assurance-invalidité en cas de gros volume de marché

*Al. 1*

Si un médicament au sens de l'article 14ter alinéa 5 atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé. L'office fédéral compétent prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

*Al. 2*

Si un médicament au sens de l'article 52 alinéa 1 lettre b LAMal atteint un volume important sur le marché suisse, le titulaire de l'autorisation peut être tenu, lors du prochain réexamen des conditions d'admission, d'accorder à l'assurance-invalidité une compensation d'une partie adéquate du chiffre d'affaires effectivement réalisé.



L'office fédéral compétent prend en compte, en ce qui concerne l'obligation de compensation, les obligations déjà existantes en matière de quantités ou de chiffre d'affaires ainsi que la sécurité de l'approvisionnement.

*Al. 3*

L'article 14quinquies s'applique par analogie à la confidentialité des compensations.

*Al. 4*

Le Conseil fédéral règle les modalités.

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 14octies**

*Antrag der Kommission*

Bisheriger Artikel 14quater

**Ch. 1 art. 14octies**

*Proposition de la commission*

Ex-article 14quater

*Angenommen – Adopté*

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

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

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1 Art. 67 Abs. 1bis**

*Antrag der Kommission*

... nach Artikel 14ter Absatz 5 oder Artikel 14sexies entstehen, durch ...

**Ch. 1 art. 67 al. 1bis**

*Proposition de la commission*

... visée à l'article 14ter alinéa 5 ou article 14sexies sont ...

*Angenommen – Adopté*

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

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

Streichen

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

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)

Biffer



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

**Ziff. 2**

*Antrag der Kommission  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates*

**Ch. 2**

*Proposition de la commission  
Adhérer à la décision du Conseil national*

*Angenommen – Adopté*

*AB 2024 S 626 / BO 2024 E 626*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble  
(namentlich – nominatif; 22.062/6622)  
Für Annahme des Entwurfes ... 39 Stimmen  
Dagegen ... 4 Stimmen  
(0 Enthaltungen)*

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates  
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse  
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte (BBl 2022 2427)  
Proposition du Conseil fédéral  
Classer les interventions parlementaires  
selon lettre aux Chambres fédérales (FF 2022 2427)*

*Angenommen – Adopté*

**Präsidentin** (Herzog Eva, Präsidentin): Das Geschäft geht zurück an den Nationalrat.