



19.046

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

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.06.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.20 (FORTSETZUNG - SUITE)

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

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.10.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.10.20 (FORTSETZUNG - SUITE)

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Après la discussion d'entrée en matière, nous procéderons à la discussion par article, qui a été divisée en deux blocs. La composition de ceux-ci vous a été distribuée avec les indications utiles pour le déroulement des débats. Je vous informe qu'une proposition individuelle a été déposée, qui a été développée par écrit.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Ihre SGK hat Anfang Jahr entschieden, das erste Kostendämpfungspaket aufzuteilen. An der Sommersession 2020 hat der Nationalrat über das Paket 1a befunden. Ich verzichte daher auf grundsätzliche Ausführungen zu den Voraussetzungen dieser Massnahmen, zur Entstehungsgeschichte sowie zur Notwendigkeit eines Kostendämpfungspakets. Das erste Paket enthielt folgende sechs Massnahmen:

1. Schaffung einer Tariforganisation im ambulanten Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten ärztlichen Einzel- und Pauschaltarifstrukturen zuständig ist;
2. eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur auch für ambulante Patientenpauschalen;
3. Einführung eines Experimentierartikels, um innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des normalen Rahmens des KVG zu ermöglichen;
4. Leistungserbringer und Versicherer sowie deren Verbände sollen den zuständigen Behörden diejenigen Daten kostenlos zur Verfügung stellen, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind;
5. zwingende Rechnungskopie des Leistungserbringers für die Versicherten einschliesslich Sanktionsmöglichkeiten;
6. Erhöhung des Bussenrahmens bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen.

Im heute vorliegenden Teilpaket 1b beraten wir die verbleibenden drei Massnahmen:

1. Massnahmen zur Steuerung der Kosten;
2. Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide;
3. Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel.

Wir werden derzeit oft mit der Frage konfrontiert, ob es in der derzeitigen Gesundheitskrise angemessen sei, über Kostendämpfungsmassnahmen zu diskutieren und solche zu beschliessen. Die Antwort ist klar: Die Versorgungssicherheit ist zentral und muss bei den einzelnen Massnahmen geprüft werden. Die im Paket 1a beschlossenen Massnahmen tangieren die Versorgungssicherheit nicht. Beim Eintreten auf das Kostendämpfungspaket 1a habe ich darauf hingewiesen, dass verschiedene Studien und Experteneinschätzungen für die



obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Effizienzsteigerungspotenzial von 20 Prozent der von der obligatorischen Krankenpflege finanzierten Kosten ausweisen, und dies ohne Qualitätseinbussen. Um nur einen Teil dieses Einsparpotenzials realisieren zu können, muss das Kostenbewusstsein aller Akteure eingefordert werden. In diese Richtung geht der neue Artikel 47c, "Massnahmen zur Steuerung der Kosten", der von einer knappen Kommissionsmehrheit unterstützt wird. Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände müssen in Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorsehen. Die Kommission präzisiert die Massnahmen, welche bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten getroffen werden müssen, und sieht degressive Tarife vor.

Dieser neue Artikel 47c ist die Umsetzung der Motion Brand 18.3305, "Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmungselement". Mit dieser im Nationalrat unbestrittenen Motion vom 15. März 2018 hat der Motionär den Bundesrat beauftragt, die Vorgaben des KVG an die Wirtschaftlichkeit zu präzisieren, indem genehmigungsreife Tarifverträge künftig zwingend ein Kosteneindämmungselement enthalten müssen. Ein zu hohes Kostenwachstum der in Tarifverträgen vorgesehenen Leistungen soll in den Folgejahren automatisch zur Senkung der entsprechenden Tarife führen.

Mit einem neuen Artikel 53a will die Kommissionsmehrheit das Beschwerderecht der Versicherer nicht bloss gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG, d. h. gegen Spitalisten, geben, sondern auch gegen Verfügungen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b, d. h. gegen Preisfestsetzungen für die in der Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittel.

AB 2020 N 1995 / BO 2020 N 1995

Ich habe ausgeführt, dass es die Versorgungssicherheit auch bei den Kostendämpfungsmassnahmen zu gewährleisten gilt. Die Kommission hat sich bei der Beratung des Referenzpreissystems für Medikamente intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt. Zur Frage des Referenzpreissystems gibt es eine Studie zur Regulierungsfolgenabschätzung von Polynomics, Interface und der Universität Basel, welche im Auftrag des BAG und des SECO erstellt worden ist. Der Schlussbericht vom 21. Dezember 2018 hat unter anderem die Auswirkungen auf die einzelnen Gesellschaftsgruppen geprüft und Empfehlungen gemacht. Bei den Auswirkungen auf die Patienten hält der Bericht fest, dass es bei wechselnden Referenzpreisen zu häufigeren, nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln vor allem bei chronisch Kranken kommen kann. Dabei dürfte es Indikationsgebiete geben, in denen Umstellungen in der Medikation schwieriger sind, die Therapietreue abnimmt und die Patientensicherheit negativ tangiert werden kann. Dies führt zu Zusatzkosten bei den ärztlichen Leistungen und kann Einsparungen bei den Medikamenten kompensieren. Der Schlussbericht gibt keine Empfehlung für oder gegen eine Regulierung ab und beurteilt es als eine politische Entscheidung, wie die Effekte gegeneinander abgewogen werden.

Die Kommission hat bereits Ende Januar Hearings zu den Kostendämpfungsmassnahmen durchgeführt. Bei der Frage des Referenzpreissystems wurde in der Anhörung vonseiten der Leistungserbringer auf aktuelle Versorgungsengpässe hingewiesen. Diese haben sich während der Corona-Krise noch deutlich verschärft. Es stellt sich daher die Frage, welche Auswirkung ein Referenzpreissystem auf die Versorgungssicherheit hat. Es ist anzunehmen, dass durch einen verstärkten Preisdruck noch mehr Firmen ihre Produkte aus der Schweiz zurückziehen, weil sie schlicht nicht mehr rentieren. Die Abhängigkeit von einem oder wenigen Lieferanten dürfte zu vermehrten Versorgungsengpässen führen. Zu würdigen ist auch, dass es in unserem Land noch immer KMU mit Nischenprodukten im Generikabereich gibt, welche mit Billigprodukten aus einem asiatischen Land preislich nicht mithalten können.

Man kann nun entgegnen, dass das KVG keine Wirtschaftsförderungseinrichtung sei. Das stimmt, aber die Erfahrung in der Covid-19-Epidemie hat gezeigt, wie fatal es sein kann, total von China oder anderen asiatischen Ländern abhängig zu sein. Die Forderung, Wirkstoffe im Interesse der Versorgungssicherheit wieder in der Schweiz oder zumindest in Europa zu produzieren, liegt auf dem Tisch. Dazu haben wir auch politische Vorstösse.

Die Kommission hat diese Abwägung zwischen Versorgungssicherheit und Kosteneinsparungen vorgenommen und ist zu einem anderen Schluss gekommen als der Bundesrat: Sie möchte von der Einführung eines Referenzpreissystems absehen. Es geht dabei nicht darum, im Bereich der patentabgelaufenen Medikamente und Generika nichts zu sparen, sondern es geht darum, die Möglichkeiten im bestehenden Preissystem zu optimieren und so auch einen namhaften Einsparungseffekt erzielen zu können.

Der Entscheid stützt sich im Wesentlichen auf den gemeinsamen Vorschlag des Krankenversichererverbands Curafutura, der Pharmasuisse, der Ärzte mit Patientenapotheke und von Intergenerika. Das Ziel ist eine Erhöhung der Generikapenetration. Allein schon damit könnten wesentliche Einsparungen erzielt werden. Die Kommissionsmehrheit ist der Ansicht, dass eine bessere Durchdringung mit Generika weniger durch ein Re-



ferenzpreissystem als vielmehr durch richtige Anreize für Ärzte und Ärztinnen sowie Apotheker und Apothekerinnen erreicht werden kann. Diese verdienen heute mehr, wenn sie teurere Medikamente abgeben. Das ist ein falscher Anreiz, und dieser falsche Anreiz muss mit der Schaffung eines preisunabhängigen Vertriebsanteils beseitigt werden. Entsprechende Vorschläge liegen auf dem Tisch. Diese Massnahme kann vollständig auf Verordnungsstufe erfolgen und damit schnell umgesetzt werden. Die Kommissionsmehrheit will zudem eine jährliche Überprüfung der Preise der Generika bzw. der patentabgelaufenen Medikamente sowie eine Vergrösserung des Preisabstands zwischen Generika und Originalpräparaten um 5 Prozent. Auch diese Massnahmen können in der Verordnung geregelt werden.

Zum Konzept der Kommissionsmehrheit gehört auch die Motion 20.3936, "Medikamentenpreise. Für eine Kostendämpfung dank Beseitigung negativer Anreize unter Aufrechterhaltung von Qualität und Versorgungssicherheit". Die Motion wurde von der SGK einstimmig beschlossen.

In der Gesamtabstimmung hat die Kommission den Entwurf mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen angenommen. Bereits am 20. Februar ist die Kommission einstimmig auf das ganze Kostendämpfungspaket 1 eingetreten.

Namens der Kommission bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten. Ich bitte Sie zudem, den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Si le train de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie a mis du temps à démarrer, puisque cela fait maintenant plus de deux ans que nous connaissons les résultats du travail du panel d'experts en matière de santé, il faut reconnaître aujourd'hui qu'il va à une bonne vitesse, puisque c'est la deuxième session durant laquelle nous nous penchons sur ces mesures et qu'il devrait y en avoir d'autres. Nous avons déjà, à la session d'été, discuté du volet 1a, soit la première partie des mesures, qui paraissaient non contestées. On a vu que ce n'était pas forcément le cas.

Nous traitons aujourd'hui de la deuxième partie de ce premier paquet scindé, la partie 1b, qui comprend trois mesures qui étaient plus contestées. Il s'agit ici, d'abord, des mesures de pilotage des coûts. En gros, le but est d'introduire dans les conventions tarifaires des mesures de correction en cas d'augmentation imprévue des coûts de la santé par rapport à un volume déterminé. Par ailleurs, un système de prix de référence des médicaments a été proposé par le Conseil fédéral pour réduire le coût des médicaments qui sont hors brevet – en gros les génériques. Enfin, le droit de recours des assureurs contre la planification hospitalière a été prévu dans le projet du Conseil fédéral.

La commission s'est penchée lors de deux séances sur l'ensemble de ces mesures et a proposé un certain nombre de modifications que nous allons traiter dans les blocs 1 et 2, mais je peux les résumer comme suit. En ce qui concerne les mesures de pilotage des coûts, celles-ci ont été précisées, notamment en prévoyant non pas des mesures de correction générales mais l'introduction d'un tarif dégressif au sein des conventions tarifaires. L'idée est d'intégrer dans ces conventions tarifaires ce que l'on connaît en général dans l'économie privée, à savoir que lorsque l'on commande dix mille fois une prestation, on ne paie pas le même prix par prestation que lorsque l'on en commande une seule.

S'agissant du système des prix de référence des médicaments génériques, le principe et le but, à savoir la réduction du coût des médicaments génériques, est accepté par l'ensemble de la commission. Les moyens pour y parvenir, par contre, font l'objet d'un débat assez large. La majorité de la commission a estimé que le système proposé par le Conseil fédéral était, dans l'ensemble, trop complexe et que s'il permettrait probablement d'atteindre une réduction du prix des génériques, il n'était pas le seul et que d'autres mesures permettraient d'atteindre un objectif similaire. La majorité de la commission a estimé, nous y reviendrons tout à l'heure, qu'il était probablement plus utile de viser d'abord l'augmentation de la part des génériques, sachant que cette part est trop faible aujourd'hui, ce qui s'explique notamment par le système des marges des pharmacies, qui encourage encore actuellement à recourir à des médicaments plus chers même lorsqu'un générique bon marché est disponible. Une motion et des postulats ont été déposés dans ce sens.

Par ailleurs, les importations parallèles doivent être favorisées, ce qui devrait permettre aussi une baisse du coût des médicaments génériques. Le système du prix de référence est soutenu par la minorité I (Hess Lorenz), avec des modifications apportées par rapport au projet du Conseil fédéral.

AB 2020 N 1996 / BO 2020 N 1996

Enfin, concernant le droit de recours des assureurs contre la planification hospitalière, celui-ci a été élargi par la commission à l'inscription de médicaments sur la liste des spécialités ainsi qu'à leurs tarifs, avec l'introduction de la levée de l'effet suspensif, ce qui fait que lorsqu'un recours a lieu, le système n'est pas entièrement bloqué.



Par contre, il y a une juridiction qui peut se pencher sur la validité des mesures décidées par l'Office fédéral de la santé publique. Ainsi, l'ensemble de ces mesures suivent le paquet proposé par le Conseil fédéral en vue de freiner la hausse des coûts.

Il n'y a formellement pas eu de débat d'entrée en matière au sein de la commission, puisque l'entrée en matière sur l'ensemble des paquets a été discutée au mois de juin et n'a pas été contestée. A ma connaissance, il n'y a pas de proposition de ne pas entrer en matière.

de Courten Thomas (V, BL): Ich darf Ihnen im Namen der SVP-Fraktion empfehlen, auf diese Vorlage einzutreten, wie wir das ja bereits beim ersten Teil gemacht haben. Ich glaube, es ist unbestritten, dass wir ein Kostenproblem im Gesundheitswesen haben, das durch die Krise jetzt noch entsprechend verstärkt worden ist. Dieses muss durch verschiedenste Massnahmen bekämpft werden. Ich gebe Ihnen meine Interessenbindung zu diesem Geschäft bekannt: Ich bin Präsident von Intergenerika und damit auch zentral in diesem Geschäft drin.

Wir haben in der Kommission versucht, hier eine Lösung zu finden. Das Paket 1 umfasst verschiedene Punkte, die wir in diesem Parlament aufgeteilt haben. Wir haben einerseits gedacht, ein Teil dieses Pakets sei dringender, und andererseits haben wir gedacht, ein Teil dieses Pakets sei einfacher durch das Parlament zu bringen. Den zweiten Teil – den schwereren Teil – haben wir uns für den Herbst aufgespart. Im ersten Teil waren die Rechnungskopie für die Versicherten, die Tariforganisation, die Pauschalen im ambulanten Bereich und der Experimentierartikel enthalten. Sie können der Debatte, die wir jetzt auch mit dem Ständerat führen, entnehmen, dass diese Punkte nicht so unbestritten waren, wie sie ursprünglich beurteilt wurden. Entsprechend ist der zweite Teil, den wir heute behandeln – die Kostensteuerung der Tarifpartner, das Beschwerderecht der Versicherer und das Referenzpreissystem –, noch einmal umstrittener und schwieriger. Entsprechend hat sich auch die Kommission intensiv mit diesen Punkten befasst.

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass sich bereits ein Massnahmenpaket 2 in der Vernehmlassung befindet, das noch viel grössere Brocken umfassen wird. Dort geht es dann um die Zielvorgabe oder um das Globalbudget, je nachdem, wie man das benennt. Es geht um die obligatorische Erstberatungsstelle bzw. den Managed-Care-Ansatz, den wir dort auch wieder drin haben. Wir behandeln darin ferner die Preismodelle für neue Medikamente und auch die Überprüfung der WZW-Kriterien, insbesondere bei Analysen, Mitteln und Gegenständen.

Die SVP-Fraktion unterstützt die Kostendämpfungsmassnahmen, die angestrebt werden, wenn sie entsprechend breit aufgestellt und die Lasten aus dieser Kostendämpfung auch einigermaßen austariert ausgestaltet werden. Uns ist wichtig, dass wir die staatlichen Regulierungen der Verwaltung auf das notwendige Mass beschränken, und zwar auf all das, was nicht subsidiär durch die Tariforganisation, also durch die Versicherer, die Leistungserbringer und die entsprechenden Akteure im Gesundheitswesen, selbst geregelt werden kann. Wir achten nach wie vor darauf, dass wir ein liberales und marktwirtschaftlich orientiertes System im Gesundheitswesen haben, das sich, auch wenn nicht alles marktwirtschaftlich geregelt werden kann, hier doch an diesen Punkten orientiert.

Die Tarifpartnerschaft ist uns sehr wichtig. Wir möchten auch dort erreichen, dass wir die Verhandlungsstärke, die Verhandlungsautonomie der Partner entsprechend hochhalten und vor allem auch ein Gleichgewicht bei der ganzen Verhandlungsmacht herstellen.

Schliesslich sind uns die WZW-Kriterien, ein zentraler Punkt der OKP, nach wie vor wichtig, wobei wir weiterhin der Meinung sind, dass diese Punkte nicht ausreichend umgesetzt werden. Das werden wir heute nochmals diskutieren. Wir müssen auch darauf achten – das ist jetzt eben auch eine Folge der Covid-19-Krise –, dass wir die Versorgungssicherheit in unserem Land entsprechend sicherstellen und den Markt, den wir befürworten, nicht durch zusätzliche Massnahmen kaputt machen.

In diesem Sinn hat die Kommission sich über dieses Massnahmenpaket 1b gebeugt. Sie hat die verschiedenen Punkte intensiv diskutiert, auch unter Berücksichtigung und Einbezug der zusätzlichen Argumentationen, Gründe und Erklärungen der Verwaltung. Sie hat ein Lösungspaket erarbeitet, das für die Mehrheit der Kommission ein nachweislich kostendämpfendes Wirkungspotenzial hat; wir reden hier alleine im Preisgestaltungsbereich der Generika von rund 270 Millionen Franken. Wir haben ein System gefunden, das den Markt weiterhin spielen lässt, ein System, das von einer breiten Allianz im Gesundheitsbereich mitgetragen wird. Es sind die Pharmaindustrie, die Spitalapotheker, die privaten Apotheker, die Pharmalogistik, die Ärzte dabei, und es sind auch die Versicherer dabei. Diese breite Allianz hat geholfen, diesen Kompromiss in der Kommission mitzutragen.

Ich bitte Sie, auf diese einzelnen Punkte auch in der Detailberatung einzugehen. In diesem Sinne bitte ich Sie nochmals, auf die Vorlage einzutreten.



Wasserfallen Flavia (S, BE): Herr Kollege de Courten, Sie lehnen das Referenzpreissystem ab, welches auf die hohen Generikapreise zielt. Sie präsentieren einen Vorschlag, der vor allem auf den Vertriebsanteil, also auf eine höhere Marktdurchdringung der Generika, zielt. Sie haben die Motion der Kommission angesprochen. Können Sie bestätigen, dass mit diesem Weg nichts gegen die hohen Generikapreise, die doppelt so hoch sind wie in den Nachbarländern, unternommen wird, sondern nur die Marktdurchdringung erhöht wird?

de Courten Thomas (V, BL): Besten Dank für diese Frage, Frau Wasserfallen. Nein, ich kann Ihnen das nicht bestätigen, weil genau das nicht der Fall sein wird. Das Referenzpreissystem beinhaltet im Kern, dass nur noch das günstigste Medikament, das am Markt ist, von der Krankenkasse vergütet wird. Man kann das noch ausgestalten und z. B. bestimmen, dass die drei günstigsten Medikamente vergütet werden – aber die günstigsten werden vergütet. Dadurch wird das Angebot, das wir auf dem Markt haben, geschmälert. Wenn Sie im Markt ein geschmälertes Angebot und weniger Konkurrenten haben, ist der Anreiz für Anbieter, dass sie die Preise wieder hochtreiben, grösser. Mit zusätzlichen Anbietern kommt es zu einer Preissenkung.

Das Generikapreissystem in der Schweiz beinhaltet, dass die Preise für Medikamente, die nach Patentablauf zusätzlich auf den Markt kommen, je nach Umsatzvolumen zwischen 30 und 70 Prozent tiefer liegen als für die Originalpräparate. Durch diesen Mechanismus haben wir bereits allein durch die Generikadurchdringung, die in der Schweiz leider ungenügend ist, einen Kostensenkungsbeitrag von 600 Millionen Franken geleistet. Diese Preisdifferenz zwischen dem Original und dem Generikum ist per se eine Kostendämpfungsmassnahme. Das sollten wir fördern und nicht verhindern. Mit dem Referenzpreissystem aber verhindern wir das.

Die Kommissionspräsidentin hat bereits auf die Regulierungsfolgenabschätzung des Bundesrates hingewiesen, die klar aufzeigt, dass die Wirkung eines Referenzpreissystems umstritten ist. Wir haben verschiedene Länder in Europa, die das bereits ausprobiert und es wieder geändert haben. Dies geschah, weil sie gemerkt haben, dass die Patientensicherheit und die Versorgungssicherheit leidet und dass sie weniger Anbieter auf dem Markt und entsprechend weniger Innovationen haben. Diese Fehler unserer Nachbarn sollten wir nicht wiederholen.

Wir haben jetzt ein Kommissionsmodell erarbeitet, das ermöglicht, dass erstens die Fehlanreize, aufgrund derer mehr Originale als Generika abgegeben werden, korrigiert werden. Das ist das, was Sie angesprochen haben. Wir haben aber zweitens auch festgelegt, dass der Preisabstand zwischen Original und Generikum um 5 Prozent vergrössert wird. Drittens beinhaltet das Kommissionsmodell, dass die Periodizität

AB 2020 N 1997 / BO 2020 N 1997

der Preisüberprüfungsmechanismen erhöht wird. Diese kennen wir heute schon, und wir wissen von ihnen nachweislich, dass sie eine Preissenkungswirkung erzielen. Entsprechend haben wir sehr wohl auch einen Beitrag: Die Industrie trägt einen Kostendämpfungseffekt mit.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Nous entrons dans la deuxième tranche du paquet de mesures visant à maîtriser les coûts de la santé. Il y a ici un certain nombre de points que je vais traiter de manière synthétique au nom du groupe socialiste.

Le premier point, c'est ce qui est proposé à l'article 44. Il permettrait de donner aux assureurs la possibilité de distribuer une partie des bénéfices qu'ils feraient au cas où ils obtiendraient des prestations à un tarif inférieur au tarif régulé. Le groupe socialiste vous invite à rejeter cette proposition; c'est une proposition polémique qui pourrait à elle seule fragiliser l'ensemble du paquet si d'aventure un référendum était lancé. Cette mesure n'a pas de sens du point de vue économique. Elle inciterait les assureurs à fixer collectivement des prix hauts pour ensuite obtenir individuellement des rabais pour enfin distribuer une part de ces rabais notamment à leurs actionnaires, s'ils en ont. Dans cette hypothèse, cela n'aboutirait pas à l'effet recherché, soit la modération de la hausse des coûts. Par ailleurs, ce mécanisme de ristourne sans aucune transparence – puisque la transparence n'est pas prévue dans cet article – est déjà connu dans d'autres domaines, par exemple dans l'immobilier, avec assez peu de succès.

Le deuxième point, c'est l'article 47c. Le groupe socialiste vous invite à suivre la majorité de la commission. Il nous paraît effectivement opportun que le système tarifaire ne soit plus uniquement lié à l'acte; à un moment donné, le volume doit pouvoir entrer en ligne de compte. Quand les volumes négociés dans les conventions tarifaires sont dépassés, un tarif dégressif devrait être mis en oeuvre. C'est ce que la majorité de la commission vous propose.

Pour le prix des médicaments, nous vous invitons à soutenir la minorité I (Hess Lorenz) qui envisage de revenir au système du prix de référence. Ce système existe dans de nombreux pays, il fonctionne. Si tout était si parfait dans le secteur des médicaments en Suisse, nous n'aurions pas des coûts si élevés par rapport aux autres



pays. J'ajoute qu'il ne faut pas confondre un prix de référence, qui est un prix plafond auquel on rembourse une prestation, avec un système de marché public où on attribue un marché à celui qui propose le prix le plus bas. Ce n'est pas un système de marché public: il sera loisible à tout fournisseur de prestations de baisser son prix, et, ainsi, il y aura toujours – nous en sommes convaincus – une pluralité de prestataires qui fourniront les médicaments génériques, simplement ils s'adapteront au prix de référence. Il n'y a aucune raison de penser que parce qu'un prix est fixé un seul acteur s'y conformera.

Enfin, j'ajoute encore deux points. Nous soutiendrons la motion visant un changement du système de remboursement des pharmaciens par un système moins incitatif à fournir des médicaments à prix élevés. Sur ce point, nous soutenons la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique.

Nous combattons le droit de recours des assureurs. Heureusement, il a été assorti d'un effet suspensif, mais cela n'a pas de sens de donner aux assureurs un droit de recours sur une planification qui repose sur la volonté des cantons. Cette planification doit plutôt être encouragée que freinée par une incessante guerre procédurale. Nous soutiendrons le postulat demandant d'assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments rares. Là, nous suivrons la majorité de la commission.

Voilà la position du groupe socialiste sur cet important dossier. Nous vous invitons à ne pas accepter des expérimentations douteuses s'agissant des marges pour les assureurs, de manière à permettre à ce projet d'avancer, un projet qui peut, nous en sommes convaincus, avec les solutions pragmatiques qui ont été trouvées dans certains domaines, apporter effectivement quelques économies dans notre système.

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00

AB 2020 N 1998 / BO 2020 N 1998