



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)***Fortsetzung – Suite*

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)

Gysi Barbara (S, SG): Ich beginne mein Votum mit einem kurzen Statement zum Dank an das Gesundheitspersonal. Diese Woche ist eine Aktionswoche, in der das Gesundheitspersonal auf seine Arbeit aufmerksam machen will. In der Corona-Krise, aber nicht nur in dieser Krise, leisten diese Menschen unheimlich viel für unser Gesundheitswesen. Sie verdienen mehr als unseren Dank. Sie verdienen auch bessere Arbeitsbedingungen. Darum unterstützt die SP-Fraktion ihre Forderungen vollumfänglich.

Ich komme jetzt zum Kostendämpfungspaket: Auch die SP-Fraktion ist für Eintreten auf das Paket 1b. Schon bei der Teilung der Vorlage war klar, dass es hier um die umstritteneren Themen geht, aber auch um diejenigen mit den grösseren finanziellen Auswirkungen. Namentlich beim Referenzpreismodell sprechen wir bei der Version des Bundesrates von einem Sparvolumen von rund 400 Millionen Franken. Im Wesentlichen geht es um drei Massnahmen: erstens die Verpflichtung der Tarifpartner, Kostensteuerungselemente bei Tarifverträgen aufzunehmen, zweitens die Ausdehnung des Beschwerderechts für Versicherer bei den Spital- und Pflegeheimplanungen und drittens das Referenzpreissystem. Kernelement und entsprechend umstritten ist eben dieses Referenzpreissystem. Doch auch die anderen Punkte gaben zu Diskussionen Anlass und führten beim Thema der Tarifverträge zu einem Novum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, denn erstmals sollen im Bereich der Grundversicherung Versicherer Gewinne machen können. Das ist ein Tabubruch, den wir heftig bekämpfen; ich komme in der Detailberatung darauf zurück.

Die Kommissionsdiskussionen und was rundherum gelaufen ist – auch Sie sind mit zahlreichen Schreiben bedient worden –, zeigten es klar: Einerseits die Pharma- und Generik lobby, aber andererseits auch die Apotheker, Versicherer und, wie Kollege de Courten ja auch ausgeführt hat, seine Gruppe, die er für sein Modell zusammenbringen konnte, um das Referenzpreissystem abzuschliessen, sind mit klaren Interessen in diese Diskussion gegangen. Er hat das sehr gut ausgeführt. Wir wissen es ja, und er hat es auch offengelegt: Er ist Präsident von Intergenerika.

Auch von anderer Seite wurden die Interessenlagen immer klar eingebracht. Es wurde dann auch sehr schnell gegen das Referenzpreissystem, das in anderen Ländern durchaus funktioniert und eben zu tieferen Kosten führt, Stimmung gemacht. Es wurde mit der Versorgungssituation, mit Versorgungsengpässen und der Versorgungssicherheit Angst gemacht und Stimmung dagegen. Aber es geht im Medikamentenmarkt natürlich um viel Geld; da wehrt sich die Branche für ihre Pfründe.

Doch wenn wir im Gesundheitswesen Einsparungen machen wollen – ich glaube, das ist der Konsens, wir alle wollen das –, dann müssen wir eben auch Kosten senken und Einsparungen realisieren können. Da sind unter anderem die Medikamentenpreise und auch die Generikapreise ein Thema. Einsparungen im Gesundheitsbereich erzielen zu wollen, und trotzdem sollen alle weiter überall gleich viel verdienen können – das geht nicht



auf. Es gibt irgendwo Abstriche, sonst kann man keine Einsparungen erzielen. Das müsste eigentlich allen klar sein.

Für die SP-Fraktion ist es absolut notwendig, dass wir Einsparungen machen. Wir sagen aber auch, dass das nur eine Seite der Medaille ist. Wir wollen auch die Gesundheitskosten fairer verteilen: Wir wollen, dass die Haushalte maximal 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien ausgeben müssen. Hier haben wir mit dem Referenzpreissystem einen Ansatzpunkt, den wir vonseiten der SP-Fraktion unterstützen. Die Generikapreise sollen sinken, und der Marktanteil der Generika soll steigen. Wir haben gerade einmal einen Marktanteil von 23 Prozent. In unseren nördlichen Nachbarländern ist der Anteil höher, in Deutschland sind es zum Beispiel 81 Prozent.

Zudem – auch das wurde schon gesagt – sind die Generikapreise in der Schweiz rund doppelt so hoch wie im Ausland. In einzelnen Fällen ist es sogar noch viel krasser, wie das Beispiel Pantoprazol zeigt. Das ist ein häufig genutztes Medikament, um die Magensäure zu reduzieren. Eine Packung kostet in der Schweiz Fr. 56.80. In den Niederlanden kostet sie Fr. 3.25 – das genau gleiche Produkt, die genau gleiche Packungsgrösse. Mit den Sprachen, die in der Schweiz noch zusätzlich auf die Verpackung und bei der Packungsbeilage aufgedruckt werden müssen, können derartige Unterschiede ja sicher nicht begründet werden.

Wir wollen, dass die Preise für Generika heruntergehen. Das Referenzpreissystem ist ein System, das wirklich umsetzbar ist. Die Gegner wollen das nicht, sie argumentieren sehr stark mit der Versorgungssicherheit. Für gewisse Substanzen hatten wir diesen Frühling Notstände, dies aber immer noch beim alten Preisniveau. Wir zahlen heute sehr viel für Medikamente – trotzdem kam es zu Engpässen. Es kann also nicht am Preis liegen, es sind andere Mechanismen.

Wir müssen Schritte für die Versorgungssicherheit tun. Wir machen das auch; die Kommission hat diesbezüglich einen Vorstoss eingereicht. Das Referenzpreissystem bringt die Preise herunter. Man kann aber auch noch anderes tun. Jetzt will man das System abschliessen, weil man die Margen vereinheitlichen und so Geld einsparen will. Da muss ich einfach sagen: Man kann beides tun, dann spart man noch mehr Kosten ein.

Ich bitte Sie sehr, wenigstens der Minderheit I (Hess Lorenz) zuzustimmen. In der Detailberatung werden wir diesen Punkt sicher noch vertiefen.

Hess Lorenz (M-CEB, BE): Da wir in dieser Sondersession nun beim Gesundheitswesen angelangt sind, sei mir eine Vorbemerkung nicht verwehrt: Es ist schon fraglich – es wurde auch schon diskutiert –, welches Signal wir hier aussenden. Einen Tag nach der Verschärfung der Massnahmen durch den Bundesrat debattieren wir hier – 200 Leute in einem schlecht gelüfteten Raum! Darüber kann man geteilter Meinung sein. Das Einzige, was zu hoffen ist, ist, dass wir in der folgenden Debatte bessere Entscheide treffen als den, hier heute zu tagen.

Zum Thema: Beide Räte haben in den letzten Monaten Massnahmen des Kostendämpfungspakets diskutiert und

AB 2020 N 1999 / BO 2020 N 1999

namentlich bei der Rechnungskontrolle, bei der Tarifgestaltung und auch beim Experimentierartikel Lösungen gefunden, wobei einige Differenzen erst noch behandelt werden. Nun sind wir bei Paket 1b angelangt und damit bei der eigentlichen Pièce de Résistance dieses Geschäftes. "Pièce de Résistance" darf aus zwei Gründen durchaus im wörtlichen Sinn verstanden werden: Der eine Grund ist, dass das Sparvolumen, das hier erzielt werden kann, mit vielen der anderen Massnahmen nicht vergleichbar ist. Hier sind wir in einem Bereich, wo es, salopp ausgedrückt, "einschenkt". Der zweite Grund, warum wir von einer Pièce de Résistance sprechen können, ist das – das haben Sie selber gemerkt – äusserst engagierte Lobbying, namentlich seitens der Generikafirmen. Ich möchte hier gleich betonen, dass ich dagegen absolut nichts einzuwenden habe; das ist Teil der politischen Meinungsbildung. Aber es war ein Gradmesser dafür, wie wir über diesen wichtigen Punkt diskutieren werden.

Man kann, kurz gesagt, eigentlich behaupten, dass es heute darum geht, ob wir von den Lippenbekenntnissen zu den Tatbeweisen schreiten wollen, ob wir wirklich sparen wollen.

Die Mitte-Fraktion ist klar der Meinung, dass wir auf die Vorlage eintreten sollten, so, wie wir das schon beim ersten Mal getan haben. Damit würden wir ein Zeichen setzen, um wirklich eine Kostendämpfung zu erzielen oder einer Kostendämpfung näher zu kommen. Zu diesem Zweck unterstützt die Mitte-Fraktion grossmehrheitlich ein modifiziertes Referenzpreissystem. Denn mit einem modifizierten Referenzpreissystem wird erstens ein hohes, das bestmögliche Sparziel erreicht. Zweitens ist es für die betroffenen Branchen umsetzbar und unter dem Strich zumutbar. Drittens ist mit der Formulierung von Artikel 52 die Versorgungssicherheit ausdrücklich gewährleistet bzw. muss sichergestellt werden. Dieses modifizierte Referenzpreissystem entspricht



der Minderheit I (Hess Lorenz) in Block 2.

Das Eintreten macht dann Sinn, wenn wir hier die Absicht und tatsächlich auch den Willen haben, auf pragmatische Art und Weise ein Sparziel zu erreichen. Ansonsten müssen wir nicht eintreten. Die Mitte-Fraktion ist der Meinung, dass es darum geht, konsequent und vor allem konkret zu sein. Konkret zu sein, heisst in diesem Fall hier, das Referenzpreissystem nicht abzuschliessen, sondern anzupassen.

Weiter sind wir bei dieser Vorlage gegen Vorschläge, die eine unnötige Überregulierung vorsehen, wie z. B. die jährliche Preisüberprüfung: Da geht bei Aufwand und Ertrag sowie bei Administration und möglichem Sparziel die Rechnung schlicht nicht auf. Wir sind betreffend diese Vorlage zudem gegen eine unnötige Kompetenzerweiterung für den Bundesrat. Artikel 32 Absatz 3 gilt es z. B. zu streichen. Zudem ist es nicht sinnvoll, eine Vorlage zu verabschieden, die gemäss dem Beschluss der Kommission – man höre wirklich gut zu – das Wesentliche in der Verordnung regeln will; das ist etwas, was wir als gesetzgebende Räte hier drin tunlichst vermeiden wollen, das ist hier so vorgesehen.

Wir sind der Meinung, dass das, was jetzt geregelt werden kann, jetzt geregelt werden soll. Unter anderem deshalb – wie schon vorhin gesagt – ist Artikel 32 abzulehnen, der wieder Tür und Tor für jetzt noch unbekannte Regelungen öffnet. Interessanterweise ist ja jetzt dieser Antrag auch noch als Einzelantrag eingereicht worden. Der Inhalt von diesem Einzelantrag Schneeberger ist natürlich richtig: Artikel 32 geht zu weit. Eine solche Kompetenzdelegation ist nicht zielführend. Einzig interessant ist, dass es hierzu jetzt noch einen Einzelantrag Schneeberger gebraucht hat.

Die geneigte Leserin, der geneigte Leser hat gemerkt, dass im Minderheitskonzept bereits die Streichung von Artikel 32 vorgesehen ist. Es braucht diesen Einzelantrag eigentlich nicht mehr. Sie können in Block 2 einfach der Minderheit I (Hess Lorenz) zustimmen.

Die Mitte-Fraktion CVP-EVP-BDP ist für Eintreten und damit dafür, ein echtes Bekenntnis zum Sparen abzugeben. Wir sind gegen Überregulierungen, gegen Regulierungen dort, wo es nicht nötig ist. Mit dem Minderheitskonzept erreichen wir das bestmögliche Sparpotenzial und gefährden die Versorgungssicherheit nicht.

Ich erlaube mir noch, zu zwei Punkten zwei Zusatzbemerkungen zu machen, obwohl wir dann noch auf diese zurückkommen.

1. In Bezug auf die Frage der Trennung oder Sonderbehandlung der Biosimilars möchte ich Sie erstens einfach schon jetzt darauf hinweisen, dass diese bereits jetzt im Heilmittelgesetz separat behandelt werden. Es ist zweitens nicht einzusehen, warum das jetzt im KVG anders sein müsste; bereits jetzt war die Substitution im herkömmlichen Sinn so nicht möglich. Zum Dritten geht es hier um eine Frage der Patientensicherheit, wenn man Biosimilars als Substitution gleich verwenden möchte, wie das bei anderen Präparaten der Fall ist.

2. Hier geht es um die Versorgungssicherheit. Oft wurde jetzt angeführt und wird dann sicher noch zu hören sein, dass mit dem modifizierten Referenzpreissystem, dem Minderheitskonzept, die Versorgungssicherheit gefährdet sei. Auch hier in der Vorlage, in Artikel 52, sind die Ausnahmen vorgesehen, und zwar gerade wegen der Versorgungssicherheit.

Wir sind deshalb für Eintreten und im vorhin geschilderten Sinn für die Unterstützung des Minderheitskonzepts, das von der Verwaltung auch schon als "Referenzpreissystem light" bezeichnet wurde.

Zum Schluss möchte ich die verbleibenden zwei, drei Minuten noch benützen, um eine rhetorische Frage an die Kommissionspräsidentin zu stellen. Ich gehe davon aus, dass wir dann in Block 2 – deshalb bringe ich es schon jetzt – eine Konzeptabstimmung, mit Ausnahme von vielleicht zwei Artikeln, durchführen werden. Hier sind nämlich am Ende der Debatte tatsächlich drei Konzepte auf dem Tisch: Eines ist das des Bundesrates, das zweite ist jenes meiner Minderheit I, das heisst das "Referenzpreissystem light". Das dritte ist kein Referenzpreissystem, sondern, ein bisschen salopp ausgedrückt, die "Lex Intergenerika" – das sage ich nicht böse, sondern bei allem Respekt. Das sind die drei Varianten, die wir diskutieren, und ich gehe davon aus, dass das auch eine Konzeptabstimmung sein wird. Ansonsten, wenn das verneint würde, müsste ich mir dann vorbehalten, einen entsprechenden Ordnungsantrag zu stellen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Für die Grünen steht im Zentrum, dass wir eine gute Versorgung für alle haben, und zwar via ein gutes öffentliches Gesundheitswesen, das auch für alle erschwinglich ist. Dazu braucht es eine gut ausfinanzierte Versorgung bei den Spitälern, aber auch im ambulanten Bereich oder bei der Pflege von Betagten oder chronisch Kranken; dies selbstverständlich mit guten Arbeitsbedingungen und Löhnen sowie genügend Personal. Deshalb unterstützen auch wir die Aktionswoche des Gesundheitspersonals, das gerade jetzt darauf aufmerksam macht.

Das Problem für die Bevölkerung sind aber vor allem die zu hohen Krankenkassenprämien, auch im Vergleich zur EU, mit den unsozialen Kopfprämien. Ziel muss sein, dass die maximale Belastung des Haushaltsbudgets durch Prämien 10 Prozent beträgt. Am fairsten wären natürlich progressive Steuern, aber davon sind



wir weit entfernt. Wir haben heute tatsächlich auch verschiedenste Fehlanreize, die zu einer Verteuerung des Gesundheitswesens führen, die gar nicht nötig wäre. Politisch ist aber vieles davon gewollt, weil man mit dem Gesundheitswesen schliesslich auch verdienen kann. Insofern ist einer der Anträge hier, das zu ändern. Eines der grossen Probleme ist das System der DRG, das Operationen begünstigt und die Pflege benachteiligt und damit unnötige Operationen produziert, was selbstverständlich sehr teuer ist. Wir haben Privatspitäler, die ein Minimum an Grundversorgung durchführen und damit zu Staatsgeldern kommen und via Privatpatienten und -patientinnen ein Maximum abschöpfen können – das aber ohne bessere Arbeitsbedingungen. Wir haben Chefärzte mit hohen Salären, die daneben noch Privatpatienten und -patientinnen haben, und wir haben Fachärztinnen und -ärzte mit zu hohen Salären. Wir haben private Krankenkassen mit hohen Salären in den Chefetagen und hohen Verwaltungskosten, unter anderem für Werbung. Und wir haben viel zu teure Medikamente, vor allem bei den patentierten. Von den 8 Milliarden Franken für

AB 2020 N 2000 / BO 2020 N 2000

Medikamente werden über 6 Milliarden rein für patentierte Medikamente ausgegeben.

Die Vorlage enthält aber nichts von dem. Wir sprechen einzig über Generika. Die Patente werden nicht angerührt. Die Generika sind ja bereits billiger, auch wenn da noch deutlich Luft nach oben ist. Vom Referenzpreissystem sind wir aber nicht wirklich überzeugt beziehungsweise sehen die Gefahren, die nicht einfach nur dahergeschwätzt sind. Wir haben Angst um die Versorgungssicherheit und um die Situation für chronisch Kranke, weil das billigste Medikament unter Umständen immer wieder einen Therapiewechsel und damit eine schlechtere Versorgung zur Folge hat und weil leider die gleiche Zusammensetzung nicht immer das Gleiche bedeutet und unter Umständen nicht die gleiche Wirkung hat.

Wir wollen keine Zunahme der Zweiklassenmedizin. Wir wollen auch keine Abnahme der Nahversorgung, womit Apotheken, beispielsweise auf dem Land, keine Existenz mehr hätten. Wir haben deshalb einen neuen Vorschlag, den wir dann später ausführen werden. Dazu gehören drei Vorstösse, die auch alle wichtig sind. Wir haben seitens der grünen Fraktion sehr viel Engagement hineingesteckt, um dies alles zusammenzubringen – für mehr Versorgungssicherheit und für die Sicherheit, dass chronisch Kranke nicht das billigste, sondern das fairste Medikament erhalten. Aber: Weg mit dem Fehlanreiz, dass ein teureres Medikament eine höhere Franchise garantiert! Selbstverständlich wollen wir kein Beschwerderecht. Die Hoheit über die Steuerung des Gesundheitswesens gehört dem Kanton.

In diesem Sinne werden wir eintreten. Zu den einzelnen Anträgen werden wir bei den Debatten zu den beiden Blöcken Stellung nehmen.

Porchet Léonore (G, VD): Nous ouvrons ce débat avec la question des coûts de la santé, en pleine semaine de mobilisation du personnel de la santé. Ces personnes réclament de meilleures conditions de travail, plus d'effectifs et de meilleurs salaires. Elles ont milité et défilé à Neuchâtel, Lausanne, Fribourg et Berne samedi prochain. Des centaines de personnes étaient avec elles pour faire plus qu'applaudir. Parce que, en effet, les applaudissements ne suffisent plus, alors que nous sommes face à une deuxième vague. Cette deuxième vague va de nouveau mettre notre système de santé à rude épreuve – elle le fait déjà –, parce que, déjà avant, en temps normal, les systèmes hospitaliers fonctionnaient à flux tendu, en sous-effectif, et parce qu'ils étaient déjà incapables de répondre à tous les besoins et de traiter les patients avec efficacité, dignité et bienveillance. C'est donc dans ce contexte qu'on débute ce débat sur le volet 1b des mesures visant à freiner la hausse des coûts.

En juin dernier, nous avons traité des objets qui étaient moins contestés. Le paquet 1a a été soutenu par les Verts, mais sans enthousiasme. Et c'est sans enthousiasme que nous allons soutenir ce paquet 1b également, car, comme le paquet 1a, il manque d'ambition pour vraiment faire face à tous les problèmes des coûts de la santé qui ont été listés avec précision par ma collègue Prelicz-Huber.

Les objets traités ne soulèvent donc pas plus d'enthousiasme. Dans ce contexte d'épuisement du personnel de la santé et de surcharge du système hospitalier, ce sont toujours des solutions incontestablement néolibérales qui sont proposées. Ce sont ces recettes qui ont déjà poussé notre système sanitaire à faire des économies sur le personnel et à pousser les hôpitaux à viser la rentabilité, avec les conséquences que nous voyons aujourd'hui en pleine crise du coronavirus.

Je vous donne quelques exemples de ces propositions d'économies complètement contraires à la qualité des soins. Les rabais négociés: derrière ce doux nom, on a en fait l'ouverture d'une brèche pour que les assurances puissent faire des bénéfices. Rappelons pourtant que les assureurs doivent déjà négocier les meilleurs prix et qu'ils doivent, déjà maintenant, redistribuer les économies aux assurés. On sait que ce n'est pas le cas, puisque cela ne fonctionne visiblement pas. Que se passe-t-il? Les réserves explosent sans que les assurés



ne touchent un centime, pour la plupart d'entre eux. Nous ne pouvons pas faire confiance aux assureurs. Ce qui nous pend au nez, c'est que les négociations ne se feront pas trop ardemment en amont, pour que les assurances puissent faire des bénéfices ensuite. On se moque des assurés! Nous soutiendrons donc la proposition de la minorité Gysi Barbara.

Une autre proposition est le droit de recours des assureurs. Là aussi, tout est dans le titre. Je pense que je n'ai pas besoin de développer. Je rappelle néanmoins que pour satisfaire l'exigence d'économies, on sacrifie la planification hospitalière des cantons, les régions périphériques, les communautés défavorisées au sein des territoires d'un canton. Là, nous suivrons la minorité Prelicz-Huber.

Deux mesures sont par contre intéressantes à mentionner. Les mesures de gestion des coûts: nous avons affaire là à une disposition vraiment efficace, qui prévoit des mesures dans l'évolution des volumes et des coûts au sein de chaque domaine pertinent. Dans le cas d'augmentations injustifiées des quantités et des coûts, eh bien des règles correctrices sont prévues. Malheureusement, la majorité de la commission a refusé d'introduire une notion de qualité. Il faudra donc suivre la minorité. Une importante minorité de la commission est contre ces mesures, qui sont pourtant certainement les plus efficaces de tout ce paquet, et que je vous encourage fortement à soutenir.

L'autre mesure phare, c'est évidemment le prix des médicaments. On en a déjà longuement parlé ici. En effet, les médicaments sont trop chers en Suisse, en comparaison internationale. Même s'ils restent beaucoup moins chers que les médicaments sous brevet, les génériques n'échappent pas à la règle. Il était donc intéressant de se pencher sur ce prix de référence. Mais ce système a des travers difficiles à concilier avec l'idée que les Verts se font de la santé publique. Nous allons donc lui préférer une autre voie, une baisse des prix d'usine plus rapide et pérenne, mais aussi la neutralisation des marges de distribution et la suppression des incitatifs négatifs, afin de pousser les ventes des génériques plutôt que des médicaments les plus chers.

Mais nous voulons surtout agir là où c'est efficace. Les génériques représentent à peine 700 millions de francs de l'ensemble des coûts annuels à la charge de l'assurance-maladie, qui s'élèvent à plus de 30 milliards. Sur les 8 milliards de francs que coûtent les médicaments, 6 milliards sont dus aux médicaments brevetés. Et nous, nous nous attaquons aux 700 millions des génériques ...

Là est donc l'urgence. Ces brevets, ce sont une mine d'or pour la "big pharma", qui les défend jalousement parce qu'ils lui permettent de pratiquer des prix indécents et mortifères. Le lobby pharmaceutique l'a bien compris, puisqu'il soutient le système du prix de référence en espérant ainsi casser le marché des génériques, qui lui fait concurrence.

Nous demandons que le Conseil fédéral affronte l'industrie pharmaceutique là où cela fait mal, par exemple en imposant une licence obligatoire.

Mais nous souhaitons rappeler que toutes ces mesures sont du bricolage sur un système cassé. Il faut prendre de vraies mesures, des mesures bien ancrées dans un système solidaire qui prend soin des patients et des soignants.

Sauter Regine (RL, ZH): Normalerweise können Sie um diese Jahreszeit allen Medien die gleiche Botschaft entnehmen: Die Prämien sind zu hoch, sie steigen zu stark, wir müssen etwas machen. In diesem Jahr sind diese Stimmen etwas verstummt. Wir haben ein moderateres Kostenwachstum im Gesundheitswesen, und der Prämienanstieg ist ebenfalls moderat; zum Teil stellen wir sogar sinkende Prämien fest. Nichtsdestotrotz, und das ist mir wichtig zu betonen, können wir die Augen vor dem Grundsatzproblem nicht verschliessen. Das Grundsatzproblem ist, dass die Gesundheitskosten seit Jahren ansteigen. Es muss uns gelingen, diesen Trend zu brechen, wenn wir nicht gewärtigen wollen, dass sowohl die öffentliche Hand als auch private Haushalte immer mehr ihrer Mittel in das Gesundheitswesen stecken müssen. Einsparpotenzial und Effizienzmöglichkeiten sind nämlich gegeben. Es braucht eine Kombination von Massnahmen und einen Beitrag aller Akteure.

Es ist klar: Alle glücklich machen kann man nie – das haben Sie auch in den Zuschriften zur heutigen Sitzung gesehen.

AB 2020 N 2001 / BO 2020 N 2001

Wahrscheinlich sind es dann die besten Lösungen, wenn alle in etwa gleich unglücklich sind. Letztlich bedeuten tiefere Kosten natürlich tiefere Einnahmen oder Gewinne für die einzelnen Beteiligten. Es ist klar, dass man darüber nicht nur erbaut ist. Teil des Massnahmenpaketes, das wir in diesem Frühjahr diskutiert haben, waren eher die harmloseren Massnahmen, aber bereits dort hatten wir heftige Diskussionen. Heute ist vor allem die Preisgestaltung der Medikamente respektive der Generika im Fokus. Fehl am Platz ist es, und das sage ich vor allem an die Adresse meiner Vorrednerinnen, nun mit einer möglichen Unterversorgung der Bevölkerung im Gesundheitswesen, mit mangelnder Qualität usw. zu argumentieren, wenn wir von Effizienzmassnahmen



sprechen. Wir diskutieren heute auch nicht über eine komplette Umkrempelung unseres Gesundheitswesens – dieses funktioniert sehr gut. Wir haben in unserem Land eines der besten Gesundheitswesen weltweit. Es wird solidarisch finanziert. Das sind Eckpfeiler, die auch gut sind so.

Ich komme jetzt zu den Punkten, die in Block 1 zur Diskussion stehen. Zu den anderen Punkten werde ich bei Block 2 sprechen.

Zuerst zum Thema Rabatte in Artikel 44a: Ja, wir finden, es sollte Anreize geben, bessere Preise oder Tarife zu verhandeln. Die Versicherer haben hier eine gewisse Marktmacht. Wenn es ihnen gelingt, mit den Anbietern bessere Tarife zu verhandeln, dann sollen sie dafür aber auch einen Anreiz haben, das heisst, sie sollen einen grösseren Teil auch an ihre Versicherten zurückgeben können. Das entspricht schliesslich auch der Intention dieses Paketes. Letztlich machen wir das auch, um den Prämienanstieg zu dämpfen.

In Artikel 47c geht es um die Frage der Kostensteuerung. Das ist etwas, was die FDP-Liberale Fraktion absolut ablehnt. Wir unterstützen hier die Minderheit II (Hess Lorenz). Wir lehnen die Massnahme, die die Mehrheit der Kommission fordert, ab. Letztlich kommt diese einer Fixierung eines Kostendaches gleich. Es wäre gewissermassen ein durch die Hintertüre eingeführtes Globalbudget, mit entsprechenden negativen Folgen. Die Bestimmung ist von einem planwirtschaftlichen Geist geprägt. Alles soll hoheitlich festgelegt werden, und dies auch noch in gesamtschweizerischen Tarifen. Das wäre mit anderen Worten eine Steuerung über die ganze Schweiz. Wenn dies überhaupt vorstellbar wäre, dann müsste es ganz kleinräumig erfolgen. Am Schluss muss es auch der Bundesrat genehmigen. Sie können sich vorstellen, was für eine Riesenbürokratie so etwas nach sich zieht. Schauen Sie mal, was in dieser Bestimmung alles gefordert wird. Das ist für die Leistungserbringer schlicht nicht zu erbringen. Wenn man – das wäre die ehrliche Variante – eine Leistung nicht mehr will, wenn also das Gesundheitswesen gewisse Leistungen nicht mehr erbringen soll, weil man findet, es sei zu teuer, dann muss man das auch ehrlich so sagen. Man muss es politisch so festlegen und darf nicht die Verantwortung auf die Akteure bzw. die Leistungserbringer abschieben.

In Artikel 53 bzw. neu 53a sehen wir ein Beschwerderecht für die Versicherer vor. Das ist richtig. Die Versicherer haben hier die Funktion, die Interessen der Prämienzahlenden – also von Ihnen allen – zu vertreten. Bezüglich der Leistungsentscheide, beispielsweise jene der Kantone, aber auch der Preisfestsetzung für Medikamente sollen sie ein Einspruchsrecht haben, wenn sie der Meinung sind, dass diese Entscheide beispielsweise zu entsprechenden Kostenausweitungen führen. Man hat allerdings richtigerweise eine Schwelle eingebaut. Diese Einsprachen sollen keine aufschiebende Wirkung haben, sie sollen somit beispielsweise die Zulassung eines neuen Medikaments nicht einfach verhindern. Die Frage, welchen Preis das Medikament haben soll, wird dann aber später geklärt.

So weit zum ersten Block; ich komme dann im zweiten Block auf die Frage der Preisgestaltung für Generika zu sprechen.

Mäder Jörg (GL, ZH): Wenn man im Chemielabor steht, dann kommt man ab und zu in die Situation, dass man zwei sehr reaktive Substanzen extrem vorsichtig miteinander mischen muss, damit eine Lösung entsteht. Wenn man zu unvorsichtig ist, dann fliegt einem das ganze Labor um die Ohren. Ich finde das eine durchaus passende Metapher für die ganze Diskussion zum Gesundheitswesen.

Wir haben sehr viele Akteure, die sehr reaktiv sind und auch sehr gerne mal in die Luft gehen – in der einen oder anderen Art und Weise. Wir haben natürlich den wichtigsten Akteur, das sind die betroffenen Personen, das sind Leute, die chronisch oder auch einmal akut krank sind. Wir haben natürlich die Leistungserbringer in den verschiedensten Formen: Ärzte, Spitäler, Therapeuten, unterstützende Assistenten, Pflegefachleute usw. Wir haben die Hersteller von Geräten und Medikamenten, die mit Innovation das ganze Feld vorwärtsbringen, auf diese Innovation natürlich auch entsprechend stolz sind und sie natürlich auch vermarkten wollen. Wir haben die Krankenkassen, die versuchen, das Ganze administrativ zu organisieren und zu überblicken. Und wir haben uns, die öffentliche Hand, den Gesetzgeber, der dem Ganzen einen Rahmen geben muss.

Wie ich vorhin gesagt habe: Solch reaktive Substanzen zu mischen, erfordert Fingerspitzengefühl, und das zu haben, ist unsere Aufgabe. Wir können dieses Fingerspitzengefühl nicht im gleichen Mass von den anderen Beteiligten einfordern, es ist wirklich unsere Aufgabe, hier den richtigen Mix zu finden. Das Entscheidende ist wirklich der richtige Mix. Es heisst bekanntlich: Gesundheit ist unbezahlbar. Ja, sie ist eines der wertvollsten immateriellen Güter, die wir haben. Sie ist tatsächlich unbezahlbar. Aber sagen Sie einmal all den Beteiligten, sie seien unbezahlbar und wir bezahlten sie nicht. Nein, wir müssen tatsächlich allem, sei das ein Medikament, eine Apparatur, ein Röntgengerät oder eine Behandlung, ein Preisschild geben. Irgendwie müssen wir das handhaben können.

Uns muss die Quadratur des Kreises gelingen, etwas Unbezahlbares in Franken auszudrücken. Das heisst, wir müssen auch mit wirtschaftlichen Gedanken und Grundsätzen in diesem Thema arbeiten. Personen, In-



stitutionen, Mediziner, Erfinder, die dieses System verbessern können – sagen wir, die Qualität verbessern oder mehr Krankheiten behandeln oder Bestehendes günstig machen –, sollen davon, und ich sage es direkt, profitieren. Es ist nicht verboten, dass diese Leute Profit daraus machen. Das ist nicht in sich böse. Ich möchte jedoch sofort ganz klar ein Aber anhängen, denn sonst springen wir von einer Reaktion zur nächsten: Eines meiner Lieblingszitate kommt von einem Schweizer Alchimisten aus dem 15. Jahrhundert, Paracelsus. Er sagte schlicht und einfach: "Die Dosis macht das Gift." Das kann man extrem gut in fast allen Gebieten einsetzen, aber speziell in der Medizin. Wenn ich Ihnen sage, es sei korrekt und sinnvoll, dass die Leute in diesem Gebiet Profit machen dürfen, ist auch hier die Dosis entscheidend. Sie dürfen es nicht übertreiben, weil sonst die andere Substanz an die Decke geht. In diesem Sinne setzen wir Grünliberalen uns wirklich dafür ein, dass die Geldmittel sinnvoll und gezielt eingesetzt werden, dass jene, die helfen, dieses System zu verbessern, egal an welchem Ende, davon auch einen Nutzen haben.

Wir sind ganz klar der Meinung, dass der Zugang zum Gesundheitssystem uns allen offenstehen soll. Wir sind eine Gemeinschaft, wir sind eine Gesellschaft. Es darf hier nicht irgendwie eine unüberwindbare Barriere oder, noch schlimmer, sogar Zweiklassengesellschaften geben. Ebenso wenig sind wir aber der Meinung, dass unser Gesundheitssystem ein Füllhorn ist, an dem man sich ohne Ende und ohne sich Gedanken zu machen, laben kann. So funktioniert das eben auch nicht, weil dann die andere Substanz in diesem Gemisch durch die Decke gehen wird.

Mit diesen Grundsätzen haben wir uns an die einzelnen Punkte gemacht, natürlich schon bei Paket 1a und jetzt bei Paket 1b. Mit diesen Grundsätzen gehen wir auch an das Kostendämpfungspaket 2 heran. Diesen Gedanken entsprechend haben wir unsere Position zu den heute anstehenden Anträgen bezogen und werden das bei den jeweiligen Blöcken auch begründen.

Ich danke Ihnen, dass Sie für Eintreten stimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: En février de cette année, votre commission est entrée en matière sur le projet du Conseil fédéral. Mais, estimant que certaines mesures

AB 2020 N 2002 / BO 2020 N 2002

pouvait aller plus vite que d'autres en étant moins contestées, elle a divisé ce projet en deux parties. Une partie, vous vous en souvenez, a été traitée à la session d'été, à Bernexpo, par votre conseil. Elle a été traitée dans l'intervalle par le Conseil des Etats. Le projet revient dans votre commission pour l'élimination des divergences. Cette deuxième partie reprend les trois mesures restantes qui sont dans le volet 1b: le système de prix de référence pour les médicaments – dont il a déjà été question dans le débat d'entrée en matière; les mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts; le droit de recours pour les assureurs concernant les planifications hospitalières cantonales.

C'est de cela qu'il est question aujourd'hui. Je dois redire que le Conseil fédéral s'attend à ce que ces mesures permettent de mieux contrôler l'évolution des coûts. Il est bien conscient que c'est un objectif à long terme. Pour ne pas remonter trop loin dans l'histoire, la définition de cet objectif date de la création de la LAMa. Il nous occupe toujours et il nous occupera encore à l'avenir.

Il est incontesté qu'il est nécessaire d'agir. Dans ce débat d'entrée en matière, je ne vais pas décrire en détail les mesures proposées. Je profiterai par contre des débats sur les blocs pour exposer en détail la position du Conseil fédéral sur ces mesures.

Je vous invite, comme je l'ai fait pour le paquet 1a, à entrer en matière sur le paquet de mesures 1b.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

L'entrée en matière est décidée sans opposition

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet)

Detailberatung – Discussion par article

Titel

Antrag der Kommission

... (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1b)





Titre

Proposition de la commission

... (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1b)

Angenommen – Adopté

Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Avant de passer au premier bloc de la discussion par article, nous devons traiter rapidement la conséquence de la scission du projet et biffer de ce projet 1 les dispositions que nous avons traitées dans le cadre du projet 2 lors de la session d'été de cette année.

Ersatz von Ausdrücken; Art. 42 Abs. 3; 43 Abs. 5, 5ter; 47a; 47b; 53 Abs. 1; 59 Titel, Abs. 1 Einleitung, Bst. c, Abs. 3 Bst. g; Gliederungstitel vor Art. 59b; Art. 59b; Ziff. III Abs. 1

Antrag der Kommission

Streichen

Remplacement d'expressions; art. 42 al. 3; 43 al. 5, 5ter; 47a; 47b; 53 al. 1; 59 titre, al. 1 introduction, let. c, al. 3 let. g; titre précédant l'art. 59b; art. 59b; ch. III al. 1

Proposition de la commission

Biffer

Änderung anderer Erlasse

Modification d'autres actes

Ziff. 1 Ersatz eines Ausdrucks; Art. 18a Abs. 1; 26 Abs. 3bis, 3ter; Ziff. 2 Art. 56 Abs. 3bis, 3ter; 68 Abs. 1 Bst. c; Ziff. 3 Art. 27

Antrag der Kommission

Streichen

Ch. 1 remplacement d'une expression; art. 18a al. 1; 26 al. 3bis, 3ter; ch. 2 art. 56 al. 3bis, 3ter; 68 al. 1 let. c; ch. 3 art. 27

Proposition de la commission

Biffer

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Ces dispositions ont été transférées dans le projet 2.

Angenommen – Adopté

Block 1 – Bloc 1

Steuerung der Kosten, Beschwerderecht der Versicherten

Gestion des coûts, droit de recours des assureurs

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zu meinen beiden Minderheitsanträgen: Im ersten wollen wir, dass der neue Artikel 44a, "Verhandelte Rabatte", gestrichen wird. Im zweiten geht es darum, in Artikel 47c und den Übergangsbestimmungen zu den Massnahmen zur Steuerung der Kosten einen neuen Passus einzufügen.



Zu den verhandelten Rabatten, also zum neuen Artikel 44a: Das ist ein absolutes Novum und ein Tabubruch in der obligatorischen Grundversicherung. Erstmals sollen Gewinne in die Taschen der Versicherer fließen. Tarifpartner und Leistungserbringende können tiefere Preise und Tarife, als in den Tarifverträgen vereinbart ist, aushandeln. Das ist grundsätzlich gut, dagegen ist auch nichts einzuwenden, und das ist zu unterstützen, was auch schon früher gemacht wurde. Es soll ja dazu führen, generell die Kosten in der obligatorischen Krankenpflege zu senken. Bislang war es aber immer so, dass, wenn bessere Preise, tiefere Preise, günstigere Kosten realisiert werden konnten, dies vollumfänglich den Versicherten zugutekam, was auch so bleiben soll. Dieser neue Artikel 44a will jetzt das Grundprinzip im KVG, in der obligatorischen Krankenpflege, durchbrechen, sodass eben Gewinne gemacht werden können bzw. hier Verbesserungen bei den Tarifen zugunsten der Versicherer abgeschöpft werden können. Das wollen wir nicht. Wenn tiefere Tarife ausgehandelt werden oder noch bessere Preise resultieren, wollen wir, dass das weiterhin vollumfänglich den Versicherten zugutekommt und nicht den Versicherern. Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive, wie es bei der Antragstellung in der Kommission gesagt wurde, damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln? Braucht es dafür wirklich den Anreiz, dass sie noch irgendwie einen Bonus abholen können, der dann bei ihnen bleibt? Das wollen wir nicht, das widerspricht dem Grundprinzip der Krankenversicherung. Das soll so bleiben. Darum wollen wir eben diesen Passus streichen, das ist wirklich ein absolutes No-Go. Dann zur zweiten Minderheit, die ich heute vertrete: Bei meiner Minderheit I zu Artikel 47c Absatz 4 geht es unter anderem um einen neuen Buchstaben c, der besagt, dass der Zugang zu hochstehenden Leistungen für alle Personen gewährleistet ist. Wir wollen das eben grundsätzlich als Punkt aufnehmen, explizit niedergeschrieben haben, weil wir einfach befürchten, dass, wenn wir Steuerungsmaßnahmen aufnehmen, dies allenfalls zulasten dieses Zugangs gehen könnte. Wir stehen zu einer Kostensteuerung – das ist okay

AB 2020 N 2003 / BO 2020 N 2003

für uns –, aber wir wollen, dass diese Steuerung nicht dazu führt, dass allenfalls für gewisse Personen der Zugang eingeschränkt werden könnte. Wir wollen diese Chancengleichheit und diesen Zugang für alle gewährleisten haben und dass das eben auch so gesichert wird, indem es in Buchstabe c niedergeschrieben wird. Es wurde zwar schon argumentiert, das sei nicht unbedingt notwendig, aber wir wollen es lieber schriftlich fixiert haben, um damit voll auf der sicheren Seite zu sein.
Ich bitte Sie sehr, meinen beiden Minderheitsanträgen zuzustimmen.

Hess Lorenz (M-CEB, BE): Ich begründe hier meine Minderheit II, das heisst den Antrag auf Streichung von Artikel 47c: Der Ausgangspunkt zu diesem Antrag war eigentlich mehr ein systemischer Fehler, der hier passiert, weil im Moment die Vernehmlassung zum Massnahmenpaket 2 im Gang und Artikel 47c sozusagen ein Bestandteil des Zielkostensystems ist, das der Bundesrat in ebendieser Vernehmlassung mit Artikel 54 präsentiert. Es geht hier also um zwei voneinander zumindest abhängige Bestimmungen, womit es eigentlich der Gesetzessystematik widerspricht, dass man quasi eine Massnahme diskutiert, währenddem die dazugehörige oder übergeordnete Norm in der Vernehmlassung ist und man vor allem noch nicht weiss, wie das Ergebnis ausfallen wird. Deshalb war der Ursprung dieses Streichungsantrages relativ einfach, nämlich eine systemkonforme Verschiebung dieser Frage in das zweite Paket.

Einige Kolleginnen und Kollegen in der Mehrheit sind aber auch noch der Meinung, dass es hier zusätzlich um etwas anderes gehe: Es ist eigentlich der Eindruck entstanden, bzw. es könnte der Eindruck entstehen, dass im Gesundheitswesen seit Langem der totale gesetzgeberische Stillstand geherrscht hätte. Denn anstatt nun noch einmal neue Gesetzesbestimmungen zu beschliessen – was wir hier ja würden –, sollten wir, und das ist die Meinung der Minderheit, eigentlich die geltenden Gesetze konsequent anwenden, ebenso wie inskünftig jene, die wir beraten und dann in Kraft setzen. Ich spreche hier vom neuen Qualitätssicherungsgesetz, dem neuen Zulassungsgesetz für Leistungserbringer, der neuen Tariforganisation für den ambulanten Bereich und von der Efas-Vorlage.

Es ist richtig, die Entwicklung der Kosten und die Entwicklung der Leistungsmenge zu monitoren, da ist niemand dagegen, das schafft Transparenz und die Basis dafür, um zwischen den Tarifpartnern faktenbasiert die nötigen und möglichen Interventionen zu planen und zu beschliessen. Es ist eigentlich die Gesetzesänderung "KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit" vom Juni 2019, welche die Aufgabe der Qualitätsentwicklung den Tarifpartnern zuweist. Interventionen orientieren sich an den qualitativen Grundsätzen; so zumindest ist es vorgesehen, dafür bestehen die Instrumente der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, mit welchen die Versicherer allenfalls Leistungserbringer identifizieren und bei Bedarf sanktionieren können.

Kurz gesagt braucht es hier also keine zusätzlichen Regeln. Wir haben das Steuerungsargumentarium, wir müssen es dann einfach anwenden und gegen Über- und Fehlversorgung konsequent antreten. Ich empfehle



Ihnen deshalb, Artikel 47c zum einen aus formalen, gesetzestechnischen Gründen, aber auch aus den jetzt gerade aufgeführten Gründen zu streichen. Er kann im zweiten Paket wenn nötig noch behandelt werden. Ich glaube, Gesetzgebung auf Vorrat ist nicht die normale schweizerische Weisheit, die wir hier pflegen, und entspricht nicht unseren Gepflogenheiten. Bevor nicht das Potenzial der jüngst beschlossenen und sich in Beratung befindenden Gesetzesrevisionen ausgeschöpft ist, ist von weiteren Massnahmen abzusehen, welche wiederum der Verwaltung mehr Kompetenzen geben und auch den regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen eher schwächen statt stärken.

Deshalb bitte ich hier um Unterstützung meiner Minderheit und das Streichen von Artikel 47c.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Ich könnte gerade das Votum von vorhin aufgreifen und sagen, hier brauche es keine zusätzliche Regelung. Wir sprechen vom Beschwerderecht für die Versicherer, das neu eingeführt werden soll. Die Minderheit Prelicz-Huber sieht nicht ein, weshalb private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben sollten. Nach einer Beschwerde soll sogar die aufschiebende Wirkung erteilt werden. Für uns ist aber klar: Die Steuerung des Gesundheitswesens, die Spitalliste, liegt in der Kompetenz und der Entscheidbarkeit der Kantone und damit der Politik. Das soll auch so bleiben. Die Steuerung soll nicht an die Versicherer übertragen werden. Nur die Politik, die Kantone und damit verbunden auch das Volk können die Gesamtsicht für das Wohl der ganzen Bevölkerung behalten. Bei den Versicherern handelt es sich um ein Partikularinteresse, das vielleicht für sie interessant sein mag, damit sie am Schluss weniger zahlen müssen, aber so fehlt eine Gesamtsicht. Damit haben wir dann ein grosses Problem und eine Gefährdung der Versorgungssicherheit.

Wenn wir mit der Politik der Kantone nicht einverstanden sind, haben wir politisch vorzugehen. Wenn sie beispielsweise mit teuren Privatkliniken sogenannte interessante Finanzpäckli machen, dann müssen wir politisch intervenieren und die Steuerung nicht den Versicherern überlassen – nicht zuletzt, weil auch sie solche Spiele machen könnten.

Wir sollen politisch motiviert Vorgaben machen und nicht aufgrund von Privatinteressen. Sonst könnte es dazu führen, dass die Planung der Kantone total blockiert würde, wenn beispielsweise eine Versicherung oder ein Versicherungsverband mit einer Vorgabe nicht einverstanden wäre. Einerseits hätten wir da die Blockade, andererseits die Rechtsunsicherheit. Und wenn man schon ein Beschwerderecht einführt: warum dann nur für die Versicherer, warum dann nicht auch wenigstens für die Patienten- und Patientinnenorganisationen, die Sozialpartner oder den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)? Die Minderheit will keinen Machtausbau bei den Versicherern, im Gegenteil: Unser Ziel ist es, eine öffentliche Krankenkasse zu haben, die ein Teil der Sozialversicherungen wäre.

Jetzt stellt sich aber konkret die Frage, was wir höher gewichten, die Planungs- und Versorgungssicherheit für die Kantone, die Politik und damit für das Volk oder die Partikularinteressen der Versicherungen, die ihre Finanzen im Auge haben. Für die Minderheit ist klar: Die Gesamtversorgung steht im Zentrum. Wir wollen kein Beschwerderecht der Versicherer, sondern dass die Planung bei den Kantonen ist, ganz im Sinne der Schreiben, die Sie seitens der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der lateinischen Kantone erhalten haben. Wir bitten Sie, meine Minderheit zu unterstützen und das Beschwerderecht nicht einzuführen.

de Courten Thomas (V, BL): In Block 1 geht es einerseits um Artikel 44a, das heisst die verhandelten Rabatte. Konkret geht es dabei um die Frage, ob wir in den Tarifstrukturen einfach Fixpreise oder eine Obergrenze für die Preise festlegen. Das wäre ja das eigentliche Ziel. Ich erinnere Sie daran, dass wir heute über kostendämpfende Massnahmen im Gesundheitswesen debattieren. Wenn wir kostendämpfende Massnahmen initiieren und entsprechende Anreize schaffen können, dann sollten wir das doch tun. Genau das macht Artikel 44a. Er sagt eigentlich nur, dass das, was wir hier in Tarifverträgen verhandeln, Obergrenzen sind. Es sind nicht Fixpreise, die man automatisch verrechnet, sondern Obergrenzen. Wenn die Akteure – also die Versicherer und die Leistungserbringer – untereinander Wege finden, um diese Tarife günstiger zu gestalten, dann sollen sie das doch bitte tun. Warum denn nicht?

Ihr Gegenargument ist, dass von diesem Anreiz ein Viertel an die Versicherer geht. Selbstverständlich sollen sie einen entsprechenden Anreiz haben, auch davon zu profitieren, aber von diesen ganzen Einsparungen gehen drei Viertel verbindlich, zwingend an die Patientinnen und Patienten, an die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler, an die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Das soll doch genau so sein. Es ist der Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen sollen. Deshalb bitte ich Sie, hier die Mehrheit zu unterstützen und Artikel 44a gemäss Mehrheit gutzuheissen.



In Artikel 47c geht es um eine ähnliche Thematik. Auch dort sollen die Kostensteuerungsmassnahmen unter den Tarifpartnern ausgehandelt werden. Herr Hess hat hier die Position vertreten, dass diese Frage in ihrer Komplexität noch nicht ausreichend ausgeleuchtet ist und dass man das doch bei Paket 2 tun soll. Von mir aus – man soll es einfach tun! In den Verträgen, die ausgehandelt werden, bestimmen die Tarifpartner ihre Kostensteuerungsmassnahmen und legen sie entsprechend fest; das soll Aufgabe der Vertragspartner sein. Wieweit der Bund sich da noch einmischen soll, steht wahrscheinlich in Absatz 7, der hier genau die Problematik darstellt. Aber dem Antrag der Mehrheit können wir hier grundsätzlich zustimmen, weil es nicht eine Verneinung des Sachverhalts ist, sondern eine Einladung, diese Thematik noch vertieft zu betrachten. Dann geht es noch um das berühmte Beschwerderecht für die Versicherer. Ich bitte Sie, auch diesem Antrag der Mehrheit zuzustimmen, weil es hier darum geht, ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht herzustellen. Alle anderen haben ein Beschwerderecht. Die Zulassungsinhaber, die beim BAG entsprechende Anträge stellen, können das mit allen Rechtsmitteln bis vor das Bundesgericht ziehen. Der Bund hat die Tendenz, sämtliche Kompetenzen an sich zu ziehen und die Entscheidungshoheit für sich zu beanspruchen. Dabei denkt niemand an die Patientinnen- und Patientenorganisationen, Frau Prelicz-Huber! Dort geht es genau darum, dass die Versicherer im Gesundheitswesen die Rolle haben, Anwälte der Patientinnen und Patienten zu sein, weil sie die entsprechende Sachkompetenz, die entsprechende Übersicht und die entsprechenden Daten haben. Genau darum sollen sie auch hier eine Möglichkeit haben, im Rahmen der Checks and Balances zu wirken. Denn sonst haben wir nur die Kantone, die dort bestimmen, und die Kantone sind genau die, die mit ihrer Mehrfachrolle dazu beitragen, dass wir diesen "Knüppel", diesen gordischen Knoten im Gesundheitswesen nicht lösen können. Sie sind Betreiber, sie sind Besteller, sie sind Regulatoren, sie sind Schiedsrichter usw. Dort braucht es jemanden, der diese Rolle aufknüpfen kann, und das können in diesem Bereich nur die Versicherungen oder die Versicherungsverbände sein, die hier ein entsprechendes Beschwerderecht brauchen. Deshalb bitte ich Sie, diesen Mehrheitsantrag zu unterstützen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich beginne mit der Einschätzung des neuen Artikels 44a. Dieser Antrag ist ohne Grundlagen und seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt. Er ist nicht minder brisant. Er will nämlich für die Krankenkassen Gewinn in der Grundversicherung zulassen und würde eine Abkehr vom heute geltenden wichtigen Grundsatz, nämlich dem Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, bedeuten. Wir von der SP-Fraktion sind explizit dagegen, dass auch nur ein Franken von ausgehandelten Rabatten in Dividenden fliessen kann. Rabatte sollen in Form von Prämienreduktionen dahin fliessen, wo sie hingehören, nämlich zu den Versicherten und nicht zu den Aktionärinnen und Aktionären. Vergünstigungen müssen also weitergegeben werden, denn Einsparungen sollen letztlich den Prämienzahlenden zugutekommen. Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, diesen Antrag der Mehrheit abzulehnen. Es ist unbestritten, dass Tarife oder Pauschalen zum Teil zu hoch sind. Diese müssen neu verhandelt werden, wenn sie zu hoch sind. Es darf nicht am Ende in einer Rabattschlacht enden. Da kann man auch offen sagen, dass in dieser Rabattschlacht dann wahrscheinlich eher die grossen Kassen bevorteilt würden. Wenn die Tarife und Pauschalen zu hoch sind, dann sollen sie angepasst werden. Es ist ja bereits heute möglich, tiefere Tarife als verhandelt anzuwenden. Nur gehen diese Rabatte dann an die Prämienzahlenden und eben nicht, wie neu vorgeschlagen wird, zu einem Teil in die Taschen der Krankenkassen.

Dann komme ich zu den "Massnahmen zur Steuerung der Kosten" in Artikel 47c. Diese stehen natürlich im Zusammenhang mit der Kostenzielvorgabe aus dem Kostendämpfungspaket 2; wir haben diese Behandlung ja auch aus diesem Grund verschoben, bis wir hier mehr Klarheit zum Inhalt des zweiten Teils haben. Das Ziel ist die Verhinderung ungerechtfertigter Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, und dieses Ziel teilen wir ja sicher alle. Hier möchte man einfach ein Instrument einführen, damit die Tarifpartner diese ungerechtfertigten Kostensteigerungen auch angehen können, damit sie die Kosten, ob mit oder ohne Zielvorgabe – das muss auch gesagt sein –, mit grosser Autonomie im Griff halten können.

Was sind das für Instrumente? Da gibt es verschiedene Möglichkeiten, zum Beispiel degressive Tarife oder eine Anpassung der Tarifstruktur, Rückvergütungen, Tarifikürzungen oder eben auch eine Mischung aus all diesen Massnahmen; aber das entscheiden die Tarifpartner autonom.

Wir unterstützen deshalb hier die Mehrheit der Kommission, und bei Absatz 7 unterstützen wir die Minderheit I (Gysi Barbara). Wie schon ausgeführt, möchten wir hier empfehlen, zusätzlich den aus Versichertensicht wichtigen Grundsatz hineinzuschreiben, dass der Zugang zu allen Leistungen für alle gewährleistet werden muss. Den Minderheitsantrag II (Hess Lorenz), welcher dieses Kostensteuerungsinstrument streichen möchte, lehnen wir ab.

Zuletzt noch zum Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen: Wir lehnen dieses Beschwerderecht für die Versicherer ab, weil wir befürchten, dass es kostentreibend wirkt. Wir beraten nun mal ein



"Kostendämpfungspaket" und kein "Kostenantreibungspaket". Wir befürchten, dass es kostentreibend wirken und vor allem viel Rechtsunsicherheit bringen könnte.

Die Grundsatzfrage ist ja: Wer ist für die Spitalplanung zuständig? Das sind jetzt nun mal die Kantone, und sie haben neben der Zuständigkeit eben auch die Versorgungsverantwortung; diese liegt nicht bei den Versicherern. Die Kantone sind für die Spitalversorgung zuständig und steuern sie nach Bedarf und nach den Vorgaben, welche wir ihnen im KVG geben. Dabei berücksichtigen sie verschiedene Faktoren wie die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Zugänglichkeit im Sinne einer Gesamtbetrachtung. Sie haben natürlich einen Ermessensspielraum, den sie nutzen können, wie zum Beispiel in meinem Kanton, wo es die Besonderheit gibt, dass auch ein Leistungsangebot für die französischsprachige Minderheit sichergestellt wird. Da fällt vielleicht die Beurteilung der einzelnen Faktoren etwas anders aus.

Dann ist auch zu erwähnen, dass das Bundesverwaltungsgericht ungefähr zwei Jahre für einen Entscheid benötigen würde. Die Spitäler würden sich in dieser Zeit in einer grossen Rechtsunsicherheit befinden. Die Planungssicherheit ist ein wichtiges Anliegen der Spitäler, das wir hier nicht gefährden möchten.

Wir bitten Sie deshalb, dieses Beschwerderecht abzulehnen.

Roduit Benjamin (M-CEB, VS): Dans ce premier bloc, le groupe du centre refusera toutes les minorités, à l'exception de la minorité II (Hess Lorenz), qui demande de biffer l'article 47c. Ainsi, nous soutiendrons, à l'article 44a, la possibilité pour les assureurs et les fournisseurs de prestations de négocier des rabais par rapport aux tarifs fixés dans les conventions tarifaires ou par les autorités. De cette manière, les assureurs seront incités à chercher et à offrir des conditions plus avantageuses pour les assurés.

Prenons l'exemple d'une caisse-maladie qui, grâce à ses réseaux et ses structures, négocierait à moitié prix une chaise roulante – là, nous serions dans le domaine spécifique de la liste des moyens et appareils – directement avec un fournisseur étranger. Le premier bénéficiaire serait bien évidemment l'assuré. De manière générale, cette pratique aurait un effet positif de baisse des coûts et par conséquent un effet positif sur les primes.

La gauche s'indigne du fait que les 25 pour cent des économies ainsi réalisées pourrait bénéficier aux assureurs, mais ne soyons pas naïfs: sans incitation, qui s'efforceraient dans une logique de marché de fournir des prestations sans aucune contrepartie? Quant à l'interdiction de bénéfice des assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, c'est aux juristes de l'administration fédérale qu'il incombe de proposer, dans l'ordonnance, une formulation appropriée pour éviter de faux incitatifs.

AB 2020 N 2005 / BO 2020 N 2005

Passons maintenant à l'article 47c. Pourquoi le biffer comme le propose la minorité II (Hess Lorenz)? En fait, sur le fond, nous y sommes favorables, et plusieurs parlementaires de notre groupe étaient signataires de la motion 18.3305 de notre ancien collègue UDC Heinz Brand, intitulée "LAMal. Plus de convention tarifaire sans réduction des coûts", qui allait dans le sens de cet article. Cette motion avait été acceptée par notre chambre, mais rejetée par le Conseil des Etats, qui estimait qu'elle devait être reprise dans le cadre des volets de mesures visant à freiner la hausse des coûts. D'où cet article, où figure la proposition selon laquelle les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives, doivent prévoir des mesures visant à permettre le pilotage des coûts, les conventions valables au niveau national devant décrire en détail ces mesures avant d'être approuvées par le Conseil fédéral.

Cependant, lors de la consultation et des débats en commission, ont surgi beaucoup de questions qui, de toute manière, devront être reprises lors des débats sur le deuxième volet, actuellement en consultation, relatif à l'objectif de maîtrise des coûts: comment respecter l'autonomie tarifaire et éviter un blocage des partenaires qui serait préjudiciable à la sécurité et à la qualité des soins? comment assurer une éventuelle primauté du pilotage cantonal sur le pilotage contractuel tout en faisant preuve de transparence et en corrigeant les augmentations injustifiées des volumes et des coûts?

C'est pour ces raisons que nous soutiendrons la forte minorité de la commission emmenée par notre collègue Hess Lorenz qui renvoie au deuxième volet la recherche de mesures qui soient praticables dans le système de santé que nous connaissons aujourd'hui et qui puissent déployer des effets concrets. Au cas où l'article serait maintenu, nous soutiendrons les positions de la majorité.

Enfin, concernant le droit de recours des assureurs tel qu'il est présenté aux articles 53a et 53b, nous soutiendrons la position de la majorité. Nous comprenons la réticence des cantons concernant une éventuelle insécurité juridique quant à la validité des mandats de prestations et leur sainte horreur qu'on vienne fouiller dans leur planification hospitalière. Mais dès lors que les assureurs sont des contributeurs – que nous espérons encore plus importants à l'avenir avec le projet de financement uniforme des soins –, il est normal qu'ils



aient leur mot à dire lorsque le prix des prestations ou des médicaments est trop élevé. Et il est juste d'avoir ramené la proposition du Conseil fédéral à une échelle locale, avec la possibilité non seulement pour des organisations d'assureurs, mais aussi pour des caisses-maladie, de déposer un recours. Enfin, et cela est très important, l'absence d'effet suspensif introduite à l'article 53b évitera des situations de blocage.

Weichelt-Picard Manuela (G, ZG): Die grüne Fraktion unterstützt den Minderheitsantrag Gysi Barbara und damit die Streichung von Artikel 44a. Wir wissen, dass der Markt im Gesundheitswesen nicht funktioniert, unter anderem wegen der Informationsasymmetrie. In der Vergangenheit hat der vermeintliche "Wettbewerb" im Gesundheitswesen zu mehr Angeboten und zu höheren Kosten geführt und eben gerade nicht unbedingt zu tieferen Kosten. Zudem wurde uns versichert, dass es materiell diesen Artikel nicht braucht, dass Versicherer und Leistungserbringende bereits heute günstigere Preise oder Tarife vereinbaren können. Wollen wir also nicht schlanke Gesetze? Wer ein schlankes Gesetz will, muss hier die Minderheit Gysi Barbara unterstützen und den Antrag der Mehrheit der SGK ablehnen.

Der Streitpunkt ist die Frage, wohin die Einsparungen fliessen. Für die grüne Fraktion ist klar, dass allfällige Einsparungen den Versicherten zugutekommen müssen. Der Antrag der Mehrheit der SGK ist jedoch, dass ein Viertel der Einsparungen zur freien Verfügung der Versicherer sein soll. Das geht doch nicht. Die grüne Fraktion wehrt sich dagegen, dass auch nur ein Franken der ausgehandelten Rabatte in Dividenden fliessen kann: Rabatte sollen in Form von Prämienreduktionen den Versicherten zugutekommen, nicht den Aktionärinnen und Aktionären.

Schlussendlich hat uns die Verwaltung auch gewarnt, dass ein falscher Anreiz geschaffen wird. Die grosse Gefahr bei einer solchen Regelung ist, dass die Preise in den Tarifverträgen nach oben gedrückt werden, damit es zu einer möglichst grossen Differenz zwischen diesen und den tieferen Preisen kommt. Es würde also ein Fehlanreiz entstehen. Weder der Leistungserbringer noch der Versicherer hätten ein Interesse daran, von Anfang an tiefe Preise zu verhandeln. Der Versicherer hätte im Gegenteil ein Interesse an möglichst hohen Preisen, sodass er dann einen zweiten Vertrag aushandeln kann und die Gelder durch angebliche Einsparungen zu ihm kommen.

Nun zu Artikel 47c: Die grüne Fraktion unterstützt die Minderheitsanträge Gysi Barbara zu den Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Sie sind im Sinne des Service public und garantieren den Zugang zu allen hochstehenden Leistungen für alle Versicherten. Überdies geben sie dem Bundesrat auch die nötigen Kompetenzen für die Steuerung der Kosten.

Zu den Übergangsbestimmungen in Absatz 2: Die grüne Fraktion lehnt den Minderheitsantrag II (Hess Lorenz) ab und unterstützt damit die Bestimmung, dass dem Bundesrat innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung die Verträge zur Genehmigung vorzulegen sind.

Bei den Artikeln 53 Absatz 1bis, 53a und 53b unterstützt die grüne Fraktion den Minderheitsantrag Prelicz-Huber und damit die Ablehnung eines Beschwerderechts für Versicherer. Die Kantone sind bereits an uns gelangt. Es ist den Kantonen zuzustimmen, dass das Beschwerderecht der Versicherer nicht gerechtfertigt ist, weil es eine Rechtsunsicherheit bezüglich der Leistungsmandate und der Spitallisten mit sich bringen würde. Weiter würde ein allfälliges Beschwerderecht die Versicherer zu Mitplanern des Gesundheitswesens machen, ohne dass diese die Verantwortung für die medizinische Versorgung übernehmen müssten, die exklusiv den Kantonen übertragen wird. Allerdings möchte ich hier betonen, dass die Kantone ihre Aufgaben auch wirklich wahrnehmen müssen. Zudem müsste man, wenn das Beschwerderecht den Versicherern gegeben würde, natürlich auch den Patientenorganisationen ein Beschwerderecht einräumen.

Aufgrund all dieser Argumente bitte ich Sie um die Ablehnung des Beschwerderechts für Versicherer.

Mäder Jörg (GL, ZH): Ich spreche zuerst zu Artikel 44a. Ja, bereits jetzt können Krankenversicherer bessere Preise aushandeln. Aber lassen Sie mich nochmals meine Metapher aus dem Eintretensvotum mit den chemischen Reaktionen aufgreifen: Dort habe ich von einer Reaktion gesprochen, die spontan starten kann. Es gibt aber auch Reaktionen, die nicht einfach so passieren, sondern die eine sogenannte Aktivierungsenergie brauchen, damit überhaupt etwas in Gang kommt. Hier wäre ein solcher Fall: Wieso sollten die Krankenversicherer sich zusätzliche Arbeit machen, sich in Verhandlungen Ärger einhandeln, wenn am Schluss für sie rein gar nichts übrig bleibt? Diese Reaktion wird nicht stattfinden. Es werden einfach beide Substanzen passiv daliegen, und es wird nichts passieren. Es braucht einen Anreiz, so leid es mir tut. So sind wir Menschen gestrickt. Firmen sind eine Zusammensetzung von Menschen, also haben sie durchaus eine ähnliche Psychologie. Bedenken Sie bitte: Der letzte Absatz in diesem Artikel sagt ganz klar, der Bundesrat könne den Gesamtbetrag plafonieren. Wenn Sie also Angst haben, dass dieses System anfängt zu galoppieren: Der Bundesrat kann eingreifen!



Und gerne sage ich noch dies: Wir müssen hier mit all diesen verschiedenen Playern ein funktionierendes Gesamtsystem hinbringen. Wenn wir uns gegenseitig und allen anderen Partnern einfach Unfähigkeit oder Böswilligkeit unterstellen, wird das nie klappen. Klar: Sie finden sofort eine Krankenkasse, die das ausgenutzt hat, genauso wie Sie auch Patienten finden, die das System ausnützen. Aber aus diesen Einzelfällen abzuleiten, dass jeweils die ganze Branche nur Böses im Sinn hat oder nur unfähig ist – sorry, mit diesem Ansatz werden wir nie zu einer brauchbaren Einigung kommen. Wohlgemerkt: Mein Votum geht in alle Richtungen! Aus diesem Grund bitte ich Sie, bei der Mehrheit zu bleiben und Artikel 44a zuzustimmen.

AB 2020 N 2006 / BO 2020 N 2006

Zu Artikel 47c: Hier unterstützen wir die Minderheit I (Gysi Barbara). Es ist hier wirklich wichtig, dass ganz klar festgehalten wird, dass der Zugang zu allen hochstehenden Leistungen garantiert ist. Wie gesagt, Gesundheit ist eines der wichtigsten Güter, und es kann nicht sein, dass der Zugang plötzlich für einzelne Personen geschmälert wird. Wie ich aber auch in meinem Eintretensvotum gesagt habe: Das Gegenstück ist natürlich auch nicht sinnvoll; das Gesundheitssystem ist kein Füllhorn, das unendlich viel Gesundheit aussprudeln kann, koste es, was es wolle.

Und ja, wir sind dafür, dass es hier Massnahmen zur Steuerung geben kann. Wie gesagt, wir haben sehr viele Player mit extrem unterschiedlichen Hebeln. Ich sage jetzt mal: Eine Pharmafirma, die ein neues Medikament erfindet, hat einen gigantischen Hebel gegenüber den Patienten, die dieses Medikament gerne hätten. Wir haben extrem viele unterschiedliche Player. Es sind nicht zwei Fussballmannschaften mit je exakt elf Spielern und den gleichen Regeln. Es sind ganz unterschiedliche Player mit ganz unterschiedlichen Regeln. Ich finde es richtig, dass der Staat als Vertreter der Bevölkerung hier die Steuerung durchaus in den Händen hält. Das heisst ja nicht, dass er die Zügel so fest in der Hand hat, dass jeder gewürgt wird. Er kann sie entsprechend auch einmal etwas lockerer lassen.

Ich bitte Sie also, bei Artikel 47c die Minderheit I (Gysi Barbara) und sicherlich nicht die Minderheit II (Hess Lorenz) zu unterstützen.

Jetzt kommen wir noch zum Beschwerderecht. Wenn Sie ein System vor Gericht austarieren wollen, haben Sie mit grösster Wahrscheinlichkeit schon mindestens zwei, drei Gelegenheiten verpasst, eine sinnvolle Lösung zu erzielen. Vor Gericht können Sie die wenigsten Sachen retten. Dort gibt es, wenn überhaupt, nur noch Möglichkeiten zur Schadensminderung. Ich habe es schon beim Kostendämpfungspaket 1a gesagt: Ich bin grundsätzlich skeptisch, wenn Beschwerderechte ausgebaut werden. Es gibt Vernehmlassungen, es gibt Vorstösse, es gibt Lobbyarbeit, es gibt persönliche Beziehungen – es gibt so viele bessere Wege, seinen Einfluss geltend zu machen, als über ein Beschwerderecht.

Deshalb unterstützen wir hier die Minderheit Prelicz-Huber. Klar, es wurde noch der Zusatz gemacht, dass die aufschiebende Wirkung entzogen ist, aber leider nur für Artikel 53a Buchstabe b, bei Buchstabe a wäre dieser Zusatz wesentlich wichtiger gewesen. Deshalb: Ja, es klingt verlockend, aber in der Endabrechnung überzeugt es uns nicht. Wir werden hier gegen die Ausweitung der Beschwerderechte stimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je vais m'exprimer sur les trois points en discussion dans ce bloc. Je commence par les rabais négociés. Je rappelle que la proposition vise à autoriser les assureurs et les fournisseurs de prestations à convenir de rémunérer des prestations à un prix ou à un tarif inférieur à celui fixé dans les conventions tarifaires ou par les autorités. Elle prévoit ensuite que le bénéfice – si on peut le dire ainsi – réalisé irait pour les trois quarts à l'assuré sous forme de réduction des primes, ou dans les réserves – même si on sait que cette problématique suscite beaucoup de débats.

Le point qui pose problème, c'est surtout le fait que les 25 pour cent restants seraient à la libre disposition de l'assureur. Il nous semble que c'est un problème dans la mesure où, dans l'assurance obligatoire des soins, le principe cardinal est que les primes qui sont prélevées couvrent les coûts. Lorsque les primes prélevées ont été supérieures aux coûts ou lorsqu'il y a des rabais, la différence ou les rabais sont destinés intégralement aux assurés d'une manière ou d'une autre et non seulement à hauteur des trois quarts avec un quart restant à la libre disposition des assureurs. De cette façon, on contreviendrait de manière assez directe à la volonté du législateur au moment où il a élaboré la LAMal et à tout ce qui a été dit, répété et reconfirmé dans l'intervalle. Il me semble donc qu'on ne devrait pas autoriser cette possibilité.

Cela reste très important aussi pour l'acceptabilité – qui n'est pas toujours évidente – que la population témoigne au système qui veut que les primes couvrent les coûts. En allant dans le sens de la proposition, on en reviendrait à une situation dans laquelle, lorsque le total des primes encaissées a été supérieur aux coûts ou lorsqu'un rabais a pu être réalisé, l'argent supplémentaire ne se retrouverait plus automatiquement intégralement dans la poche des assurés. Cela nous paraît délicat.



C'est la raison pour laquelle je vous invite à rejeter cette proposition.

J'en viens au deuxième élément, soit aux mesures concernant la gestion des coûts. Il s'agit d'un article qui est actuellement assez complexe et, dans le processus d'élimination des divergences, il devrait encore être possible d'en discuter. Je ne vais pas entrer maintenant dans les détails, pour me concentrer sur la nécessité de cet article.

J'ai été relativement surpris de voir qu'il existe une forte minorité qui veut biffer l'article 47c, qui vise à ce que les partenaires tarifaires se mettent d'accord sur des mesures qui permettent de gérer les coûts. L'argument de la minorité en faveur de cette proposition de biffer l'article est que l'objectif de maîtrise des coûts viendra dans le paquet suivant et que nous n'avons donc pas besoin de ces outils pour maîtriser les coûts.

Je dois vous dire qu'une chose est claire: ce sont les deux faces de la même médaille. Si l'on définit un objectif en termes de coûts, il est évident que cela ne peut pas être juste des mots en l'air, de la théorie. Il faut aussi se doter de mesures de gestion des coûts pour arriver à cet objectif. S'il y a bien un élément qui doit vivre même si l'autre n'existe pas, c'est bien celui qui concerne les mesures de gestion des coûts.

Il est difficile aujourd'hui d'être contre le fait que les partenaires s'entendent sur des mesures de gestion des coûts, indépendamment de ce que le deuxième volet va nous réserver. Autrement dit, cette disposition est extrêmement importante et j'aimerais vraiment vous inviter à ne pas donner un faux signal: on ne peut pas parler de maîtrise des coûts et vouloir ensuite empêcher d'avoir des mesures de gestion de ces coûts.

J'aimerais vous inviter ici, avec toute la clarté nécessaire, à soutenir la majorité de votre commission qui souhaite le maintien de l'article 47c. A vous ensuite de décider de son contenu, je ne vais pas parler trop longtemps de cela. Mais il faut vraiment maintenir cet article.

Le dernier point concerne le droit de recours des organisations d'assureurs. J'aimerais vous inviter à soutenir le projet du Conseil fédéral, qui n'est pas très éloigné, je crois, de la proposition de la majorité de votre commission. Il y a une différence quand même qui nous semble importante: je vous demande de suivre le Conseil fédéral plutôt que d'accorder un droit de recours aux assureurs et à leurs fédérations. On préfère que ce droit soit accordé aux organisations, pour vous dire franchement les choses. Ce que propose le Conseil fédéral est plus simple et nous paraît largement suffisant. Mais enfin, s'il faut que chaque assureur puisse recourir, c'est à vous d'en décider.

Par contre, cela ne peut pas avoir d'effets suspensifs sur les décisions qui concernent la liste des spécialités. Parce que cela signifierait sinon qu'à chaque fois se poserait la question de savoir si l'on veut pouvoir toucher au prix des médicaments ou si tout doit être bloqué par des effets suspensifs.

J'aimerais vous dire que je me bats depuis quelques années maintenant, avec vous d'ailleurs, pour trouver un chemin dans cette judiciarisation de la santé qui est en marche, qui augmente, qui nous prend beaucoup d'énergie et crée beaucoup de difficultés. Dans certains domaines, je crois qu'il faudrait faire attention de trouver un chemin qui reste praticable.

C'est la raison pour laquelle j'aimerais vous inviter à soutenir le projet du Conseil fédéral.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Mit dem neuen Artikel 44a betreffend verhandelte Rabatte möchte die Kommissionsmehrheit den Handlungsspielraum der Tarifpartner erweitern sowie die Tarifautonomie und den Preiswettbewerb fördern. Versicherer und Leistungserbringer sollen jederzeit günstigere Preise oder Tarife vereinbaren können, als sie in den Tarifverträgen festgelegt oder von den

AB 2020 N 2007 / BO 2020 N 2007

Behörden festgesetzt wurden. Mindestens 75 Prozent der erzielten Einsparungen – das heisst die Differenz zwischen dem festgelegten Tarif oder Preis und dem tatsächlich in Rechnung gestellten Preis – müssen der versicherten Person als Prämienreduktion oder durch Reservebildung zugutekommen. Die restlichen 25 Prozent stehen zur freien Verfügung der Versicherer.

Um den frei verfügbaren Anteil zu erhalten, muss der Versicherer die erzielte Einsparung beweisen. Der Bundesrat kann den in Absatz 2 vorgesehenen Gesamtbetrag zur freien Verfügung des Versicherers plafonieren. Wenn dieser Artikel 44a auch im Rat eine Mehrheit findet, muss der Ständerat als Zweitrat ihn vor allem unter zwei Aspekten näher prüfen, nämlich mit der Frage, wie sich dieser Artikel zum grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. für die Krankenversicherer verhält und was es heisst, wenn 25 Prozent dem Versicherer zur freien Verfügung stehen, wie es der Artikel vorsieht. Zudem ist das Verhältnis zu Artikel 56 Absatz 3bis KVG genau zu klären. Gemäss diesem Artikel müssen Vergünstigungen, die nicht in Qualitätsmassnahmen fliessen, an die Versicherten weitergegeben werden. Die SGK hat dem neuen Artikel 44a mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung zugestimmt.

Zu Artikel 47c, "Massnahmen zur Steuerung der Kosten": Leistungserbringer und Versicherer oder deren Ver-



bände 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 in Absatz 6 degressive Tarife vor.

Herr Hess als Sprecher der Minderheit II hat von einem systemischen Fehler gesprochen. Er sagte, es sei der falsche Moment, diesen Artikel ins Gesetz aufzunehmen. Ich möchte dem ganz klar widersprechen: Dieser Artikel 47c ist die Umsetzung der Motion 18.3305 unseres ehemaligen Kollegen Heinz Brand. Mit dieser damals unbestrittenen Motion vom 15. März 2018 wurde der Bundesrat beauftragt, die Vorgaben des KVG an die Wirtschaftlichkeit wie folgt zu präzisieren: "Genehmigungsreife Tarifverträge müssen künftig zwingend ein Kosteneindämmelement enthalten. Ein zu hohes Kostenwachstum bei den in Tarifverträgen vorgesehenen Leistungen soll in den Folgejahren automatisch zur Senkung der entsprechenden Tarife führen" – also dies ein Zitat aus dem Text der angenommenen Motion Brand.

Ich gehe nicht davon aus, dass unser ehemaliger Kollege Heinz Brand vor zwei Jahren schon vom indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP wusste. Artikel 47c kann also völlig unabhängig vom zweiten Kostendämpfungspaket umgesetzt werden. Im Gegenteil, es ist vernünftig, in einem ersten Schritt die Tarifpartner zu beauftragen und dann in einem zweiten Schritt übergeordnete Ziele festzusetzen.

Ich möchte nur kurz auf die Unterschiede hinweisen: Die Grundidee von Artikel 47c ist, dass die Tarifpartner gesetzlich beauftragt werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren, während sich die Zielvorgabe auf das Gesamtkostenwachstum bezieht. Die Tarifpartner kontrollieren in ihren Bereichen das Mengen- und Kostenwachstum nach Artikel 47c, und sie vereinbaren Mechanismen, während bei der Zielvorgabe gemäss Kostendämpfungspaket 2 der Bundesrat ein nationales Gesamtkostenziel festlegt. Es gibt also ganz klare Unterschiede zwischen diesen beiden Artikeln. Es ist wichtig, schrittweise vorzugehen: zuerst die Tarifpartner zu beauftragen und erst anschliessend Gesamtkostenziele durch den Bundesrat und die Kantone beschliessen zu lassen. Die Kommission hat Artikel 47c knapp, mit 12 zu 11 Stimmen bei 1 Enthaltung, zugestimmt.

Buchstabe c von Artikel 47c Absatz 4 ist nach Meinung der Kommission nicht nötig. Sie hat den Antrag von Frau Gysi, der hier als Minderheitsantrag vorliegt, deshalb mit 15 zu 10 Stimmen abgelehnt. Es ist ein Grundsatz des Krankenversicherungsgesetzes, dass alle Versicherten Zugang zu den hochstehenden Leistungen haben müssen.

Bei Absatz 7 ist die Kommissionsmehrheit der Ansicht, dass der Bundesrat keine zusätzlichen Kompetenzen braucht, um Bereiche zu definieren, in welchen die Tarifpartner Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorsehen müssen, zumal die Kommission Absatz 6 dahingehend präzisiert hat, dass in Verträgen zur Korrektur degressive Tarife vorzusehen sind. Die Tarifpartner sollten diesen Handlungsspielraum haben und nutzen können. Können sie diesen nicht nutzen, muss der Bundesrat gemäss Absatz 8 subsidiär eingreifen. Die Kommission hat den Antrag, der hier als Antrag der Minderheit I (Gysi Barbara) vorliegt, mit 15 zu 10 Stimmen abgelehnt.

Ich komme noch zum Beschwerderecht. Da hat der Bundesrat in seiner Vorlage mit Artikel 53 Absatz 1bis ein Verbandsbeschwerderecht für Versicherer gegen Spital- und Pflegeheimlisten einführen wollen, damit ein Gleichgewicht zwischen den Anliegen der Leistungserbringer und jenen der Versicherer – also auch der versicherten Personen – geschaffen wird. Die Kommission hat einen neuen Artikel 53a geschaffen und ersetzt damit Artikel 53 Absatz 1bis des Bundesrates. Der Antrag der Kommissionsmehrheit gibt den Krankenversicherern und deren Verbänden die Möglichkeit, sowohl gegen Spital- und Pflegeheimlisten von Kantonsregierungen als auch gegen die vom BAG verfügte Spezialitätenliste, die aufgenommenen Medikamente und deren Preise Beschwerde zu führen.

Gemäss Artikel 53b haben Beschwerden nach Artikel 53a Buchstabe b, das heisst gegen die Spitallisten, keine aufschiebende Wirkung, während Beschwerden gegen die Spezialitätenliste eine aufschiebende Wirkung haben. Die Kommission hat diesen neuen Artikel 53b mit 17 zu 8 Stimmen beschlossen.

Ich bitte Sie, in diesem Block 1 den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans ce bloc 1, il est question de gestion des coûts et de droit de recours des assureurs.

Le premier article dont nous parlons, l'article 44a, est un article que la commission a ajouté au projet du Conseil fédéral; il n'y figurait donc pas. Il s'agit de la question des rabais négociés. Le principe est le suivant: les assureurs, sur le marché des prestations médicales, sont soumis soit à des tarifs qui sont négociés avec les prestataires tarifaires, soit à des tarifs qui sont fixés par la Confédération, par exemple dans le cadre de la liste des moyens et appareils (LiMA) ou dans le domaine du prix des médicaments. Ces tarifs-là doivent être appliqués et l'assurance ne peut pas rembourser des tarifs supérieurs. Par contre, la loi n'interdit pas – c'est ce



qui a été dit à plusieurs reprises en commission – de payer des tarifs inférieurs. Aussi les assurances auraient déjà aujourd'hui la possibilité de négocier avec des fournisseurs de prestations des prix inférieurs, notamment pour des biens standardisés. On pense par exemple, comme l'a relevé notre collègue Roduit tout à l'heure, à une chaise roulante ou à tout ce qui figure dans la LiMA, on pense aussi à l'imagerie médicale, cela pourrait être des tarifs d'analyse, cela pourrait évidemment être aussi des médicaments.

Dans la pratique, cela ne se fait pas, ou peu, on n'a pas d'exemple, en réalité. Ou, quand bien même on sait que les prix qui figurent dans les listes de prix sont parfois un peu supérieurs à ce qu'on trouve sur le marché, eh bien les tarifs ne sont pas mis en concurrence.

La proposition qui est faite ici vise à pousser les assureurs à négocier davantage sur le marché. Pour ce faire, il est prévu de quitter le régime ordinaire que le Conseil fédéral a présenté tout à l'heure et qui consiste à attribuer cent pour cent du rabais obtenu soit par une affectation aux réserves soit par un retour aux assurés par le biais d'une baisse de prime. L'idée est que les trois quarts seulement du rabais seraient affectés selon le système ordinaire et que le quart restant serait à la libre disposition de l'assureur.

Pour la minorité I (Gysi Barbara), cette proposition est inacceptable parce qu'elle créerait une brèche dans l'interdiction de faire des bénéfices et encouragerait les assureurs à maintenir des prix élevés dans le cadre des prix négociés.

La position de la majorité de la commission consiste à dire qu'un tiens vaut mieux que deux tu l'auras. En effet,

AB 2020 N 2008 / BO 2020 N 2008

aujourd'hui, les rabais négociés n'existent pas parce qu'il n'y a pas d'incitation concrète à de telles négociations. Avec la proposition qui est sur la table, les assurés pourraient obtenir 75 pour cent d'un rabais que les assureurs vont être encouragés à négocier, plutôt que 100 pour cent d'un rabais qu'ils n'obtiennent jamais parce qu'il n'y a pas d'incitation à le négocier.

Par ailleurs, la disposition contient quand même un certain nombre de garde-fous. D'abord, pour pouvoir bénéficier de ces 25 pour cent, l'assureur devrait prouver l'économie qu'il a réalisée, ce qui implique une certaine transparence puisqu'il faudrait, chiffres à l'appui, montrer la différence entre le prix tarifaire ordinaire et le prix réellement négocié.

Ensuite, l'Office fédéral de la santé publique aura la possibilité de limiter la part revenant à l'assureur, pour que celui-ci ne puisse pas réaliser de bénéfices trop importants.

Enfin, et c'est une question quand même importante, parle-t-on expressément de bénéfices? Non. La disposition prévoit que les 25 pour cent sont à la libre disposition de l'assureur. D'abord, une grande partie des assurances-maladie n'ont pas la possibilité de réaliser de bénéfices aujourd'hui, donc cet argent devra quand même retourner dans les réserves dans ces cas-là. Mais l'assurance aura surtout d'autres possibilités, par exemple partager ces 25 pour cent avec l'assuré, pour l'encourager à choisir le modèle d'assurance qui ouvrira l'accès à ces rabais, les partager avec un fournisseur de prestations qui aura accepté de participer à ces modèles de rabais, ou à d'autres modèles de partage de ces 25 pour cent qui permettront de réaliser les économies visées.

Pour toutes ces raisons, et dans le but de réduire les coûts de la santé, la commission, par 16 voix contre 8 et 1 abstention, vous invite à soutenir cette proposition.

A l'article 47c, la mesure de gestion des coûts du Conseil fédéral vise à introduire dans les conventions tarifaires conclues entre les assureurs et les fournisseurs de prestations des mesures correctrices lorsque le volume des prestations, la quantité des prestations, dépasse des montants prévus à l'avance. L'idée n'est pas, contrairement à ce qui peut être craint, d'introduire une espèce de budget global, mais d'abord de fixer un objectif qui doit ensuite être respecté par les fournisseurs de prestations. Si cet objectif est dépassé, les fournisseurs de prestations ont l'obligation de prendre des mesures.

La majorité de la commission a toutefois voulu préciser quel type de mesures devaient figurer dans ces conventions de prestations, et c'est le principe du tarif dégressif qui a été introduit, un tarif dégressif qui correspond à ce que l'on connaît en général dans l'économie privée. Une minorité I (Gysi Barbara) veut introduire, à l'alinéa 4 lettre c, une garantie de l'accès à toutes les prestations de haute qualité pour tous les assurés. La minorité estime que, même dans les cas de tarifs dégressifs, ce principe doit être garanti expressément dans la loi. La commission, par 15 voix contre 10, a rejeté la proposition défendue par cette minorité.

Une minorité II (Hess Lorenz) estime de son côté que cet aspect-là doit être traité dans le deuxième volet de mesures LAMal dès lors qu'il s'assimile en réalité à un budget global, à un pilotage des coûts; il est prévu dans ce deuxième paquet de mesures qui, en effet, inclut l'introduction d'objectifs de maîtrise des coûts, la différence principale étant qu'il s'agit ici d'une maîtrise des coûts qui figure dans les conventions tarifaires entre les prestataires de soins et les assureurs, alors que la maîtrise des coûts figure dans les objectifs de la



Confédération et des cantons dans le deuxième paquet de mesures.

Par 12 voix contre 11 et 1 abstention, la commission vous invite à soutenir l'article 47c tel qu'adopté par sa majorité.

Enfin aux articles 53 alinéa 1bis, 53a et 53b, la commission vous propose d'introduire un droit de recours pour les assureurs contre les décisions en matière de planification hospitalière par les cantons, et contre les listes des spécialités et des prix des médicaments.

S'agissant du recours contre la liste des spécialités, la majorité de la commission a introduit la levée automatique de l'effet suspensif. Il s'agit là du contraire de ce qu'a dit M. le conseiller fédéral tout à l'heure. Le Conseil fédéral n'avait pas prévu cette levée de l'effet suspensif, mais la majorité de la commission a estimé qu'il fallait l'introduire, parce qu'un recours, qui finalement ne coûte pas très cher – un recours contre une décision d'une autorité fédérale auprès du Tribunal administratif fédéral coûte quelques centaines voire quelques milliers de francs – pourrait entraîner, avec l'effet suspensif, le blocage complet d'une procédure d'homologation d'un médicament ou d'autorisation d'un médicament pour un traitement donné. Le but de la commission n'est pas de créer des blocages inutiles, mais bien de donner aux organismes qui paient les prestations le pouvoir de faire vérifier la bonne application de la loi, notamment en matière d'économicité lorsque l'on autorise des médicaments ou lorsque l'on effectue la planification hospitalière.

Pour la minorité Prelicz-Huber, les décisions d'autorités légitimes et démocratiques ne doivent pas pouvoir être remises en question par des recours d'organisations privées qui défendent leurs intérêts propres. La majorité de la commission estime par contre qu'il est manifestement d'intérêt public que des décisions des cantons et des autorités en général puissent être contrôlées par des tribunaux au regard du respect de la loi.

Je souligne ici que ce n'est pas une situation exceptionnelle. Il est courant, dans le droit suisse, d'octroyer à des organisations privées le soin de contester des décisions publiques devant les tribunaux. C'est notamment le cas dans le domaine environnemental où des organisations de protection de l'environnement ont la possibilité de recourir, en invoquant des intérêts qui leur sont propres et qui figurent dans leurs statuts, contre des décisions d'autorités démocratiquement élues. La comparaison est tout à fait logique dès lors que les caisses-maladie et leurs fédérations portent elles-mêmes l'obligation de remplir des tâches publiques.

En application des règles générales de procédure, il est rappelé que si la décision est manifestement infondée ou si elle pourrait entraîner d'importantes conséquences irréparables, l'effet suspensif pourrait être restitué. Ainsi, par 17 voix contre 8, la commission vous propose de maintenir ce droit de recours.

Art. 44a

Antrag der Mehrheit

Titel

Verhandelte Rabatte

Abs. 1

Versicherer und Leistungserbringer können jederzeit günstigere Preise oder Tarife vereinbaren als in den Tarifverträgen festgelegt oder von den Behörden festgesetzt.

Abs. 2

Mindestens 75 Prozent der erzielten Einsparung, sprich der Differenz zwischen dem festgelegten Tarif oder Preis und dem tatsächlich in Rechnung gestellten Preis, müssen der versicherten Person als Prämienreduktion oder durch Reservenbildung zugutekommen. Die restlichen 25 Prozent sind zur freien Verfügung des Versicherers.

Abs. 3

Um den frei verfügbaren Anteil zu erhalten, muss der Versicherer die erzielte Einsparung beweisen.

Abs. 4

Der Bundesrat kann den in Absatz 2 vorgesehenen Gesamtbetrag zur freien Verfügung des Versicherers plafonieren.

Antrag der Minderheit

(Gysi Barbara, Crottaz, Feri Yvonne, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt-Picard)
Streichen

Art. 44a

Proposition de la majorité

Titre

Rabais négociés



Al. 1

Assureurs et fournisseurs de prestation peuvent en tout temps convenir de rémunérer des prestations à un prix ou un tarif inférieur à celui fixé par les conventions tarifaires ou par les autorités.

AB 2020 N 2009 / BO 2020 N 2009

Al. 2

Au moins 75 pour cent de l'économie réalisée, soit la différence entre le prix qui aurait été facturé selon les tarifs et prix fixés et celui réellement facturé, doit bénéficier à l'assuré, sous la forme de réduction de prime ou par la constitution de réserves. Le solde est à libre disposition de l'assureur.

Al. 3

Pour pouvoir bénéficier de la part à libre disposition, l'assureur doit prouver l'économie réalisée.

Al. 4

Le Conseil fédéral peut prévoir un plafond du montant total à libre disposition de l'assureur prévu à l'alinéa 2.

Proposition de la minorité

(Gysi Barbara, Crottaz, Feri Yvonne, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt-Picard)
Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21564)

Für den Antrag der Mehrheit ... 117 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 67 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 47c

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Die Methodik zur Beurteilung der Mengenentwicklung sowie die Art der Massnahmen ...

Abs. 3–5

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 6

Die Verträge nach Absatz 2 müssen degressive Tarife zur Korrektur bei ungerechtfertigten ...

Abs. 7

Streichen

Abs. 8–10

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 11

Die Versicherer und die Leistungserbringer müssen in den kantonalen Tarifverträgen ebenfalls Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorsehen. Die Bestimmungen von Artikel 47c sind analog auf diese Massnahmen anwendbar, wobei die Kantonsregierungen in diesem Bereich die Aufgaben des Bundesrates übernehmen.

Antrag der Minderheit I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Abs. 4 Bst. c

c. die Gewährleistung des Zugangs zu allen hochstehenden Leistungen für alle Versicherten.

Abs. 7

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Hess Erich, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)
Streichen



Art. 47c

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

La méthode d'évaluation de l'évolution des quantités et la nature des mesures ...

Al. 3–5

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 6

Les conventions visées à l'alinéa 2 doivent prévoir des tarifs dégressifs correcteurs en cas de ...

Al. 7

Biffer

Al. 8–10

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 11

Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent également prévoir des mesures de gestion des coûts dans les conventions tarifaires passées au niveau cantonal. Les dispositions du présent article sont applicables par analogie à ces mesures, les gouvernements cantonaux assument en la matière les tâches du Conseil fédéral.

Proposition de la minorité I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Al. 4 let. c

c. une garantie de l'accès à toutes les prestations de haute qualité pour tous les assurés.

Al. 7

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Hess Erich, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Biffer

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Les votes valent également pour le chiffre III alinéa 2.

Abs. 4 Bst. c – Al. 4 let. c

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21565)

Für den Antrag der Minderheit I ... 79 Stimmen

Dagegen ... 103 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7 – Al. 7

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21566)

Für den Antrag der Mehrheit ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 79 Stimmen

(1 Enthaltung)



Art. 47c

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21567)

Für den Antrag der Minderheit II ... 91 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 90 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Art. 53 Abs. 1bis

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Streichen

Art. 53 al. 1bis

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Biffer

AB 2020 N 2010 / BO 2020 N 2010

Art. 53a

Antrag der Mehrheit

Titel

Beschwerderecht der Versicherer

Text

Krankenversicherer und deren Verbände, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht zu:

a. gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39;

b. gegen Verfügungen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b.

Antrag der Minderheit

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Streichen

Art. 53a

Proposition de la majorité

Titre

Droit de recours des assureurs

Texte

Les assureurs-maladie et les fédérations d'assureurs qui, conformément à leurs statuts, ont pour but de défendre les intérêts de leurs membres dans le cadre de l'application de la présente loi ont qualité pour recourir:

a. contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en vertu de l'article 39;

b. contre les décisions prises en vertu de l'article 52 alinéa 1 lettre b.

Proposition de la minorité

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Biffer



Art. 53b

Antrag der Mehrheit

Titel

Aufschiebende Wirkung

Text

Beschwerden nach Artikel 53a Buchstabe b haben keine aufschiebende Wirkung.

Antrag der Minderheit

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Streichen

Art. 53b

Proposition de la majorité

Titre

Effet suspensif

Texte

Les recours prévus à l'article 53a lettre b, n'ont pas d'effet suspensif.

Proposition de la minorité

(Prelicz-Huber, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Wasserfallen Flavia)

Biffer

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Les propositions de la majorité et de la minorité Prelicz-Huber sont des concepts qui concernent l'article 53 alinéa 1bis et les articles 53a et 53b. Un membre du conseil a demandé que des votes séparés aient lieu. J'attire votre attention sur le fait que si la proposition du Conseil fédéral à l'article 53 alinéa 1bis et la proposition de la majorité aux articles 53a et 53b devaient être acceptées, nous aurions approuvé deux dispositions qui se contredisent.

Art. 53 Abs. 1bis – Art. 53 al. 1bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21568)

Für den Antrag der Mehrheit/Minderheit ... 181 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates ... 3 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 53a Bst. a – Art. 53a let. a

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21569)

Für den Antrag der Minderheit ... 104 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 75 Stimmen

(6 Enthaltungen)

Art. 53a Titel, Einleitung, Bst. b; 53b

Art. 53a titre, introduction, let. b; 53b

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21570)

Für den Antrag der Minderheit ... 94 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 87 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Ziff. III Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



Antrag der Minderheit II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Hess Erich, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)
Streichen

Ch. III al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité II

(Hess Lorenz, Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Hess Erich, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)
Biffer

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Nous nous sommes déjà prononcés sur la proposition de la minorité II (Hess Lorenz) à l'article 47c.

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit II

Adopté selon la proposition de la minorité II

Änderung anderer Erlasse

Modification d'autres actes

Ziff. 1 Art. 26 Abs. 1; Ziff. 2 Art. 56 Abs. 1; Ziff. 3 Art. 26 Abs. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. 1 art. 26 al. 1; ch. 2 art. 56 al. 1; ch. 3 art. 26 al. 4

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 27bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

(wird neu zu Art. 27sexies)

AB 2020 N 2011 / BO 2020 N 2011

Ch. 3 art. 27bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

(devient l'art. 27sexies)

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 27ter, 69 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 3 art. 27ter, 69 al. 3***Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Block 2 – Bloc 2***Referenzpreissystem für Arzneimittel, Zulassung und Inverkehrbringen von Arzneimitteln**Système de prix de référence pour les médicaments, autorisation et mise sur le marché de médicaments*

Hess Lorenz (M-CEB, BE): Der Antrag meiner Minderheit I bei Block 2 entspricht einem Konzept. Ich bitte Sie, diesem Konzept zuzustimmen. Sie haben hier grundsätzlich drei Möglichkeiten: Sie haben den Entwurf des Bundesrates zum Referenzpreissystem; dann haben Sie den Antrag meiner Minderheit I, das ist ein modifiziertes Referenzpreissystem; und Sie haben den Antrag der Mehrheit, der kein Referenzpreissystem will und der von der Generikabranche eingebracht wurde. Wenn wir einen Schritt in Richtung Kostendämpfung machen wollen, kommen wir nicht – ob wir daran Freude haben oder nicht – um ein Referenzpreissystem herum; deshalb soll es eben ein modifiziertes sein. Ansonsten sind wir immer noch im Bereich der Lippenbekenntnisse und noch nicht bei den Tatbeweisen.

Es geht beim Konzept meiner Minderheit I darum, das grösstmögliche Sparvolumen auszuschöpfen. Wenn wir das ernsthaft wollen, dann kommen wir eben, wie gesagt, nicht darum herum, hier ein Referenzpreissystem einzuführen. Aber es soll nicht dasjenige in der Version des Bundesrates sein, das in einigen Punkten zu weit geht.

Ich komme noch auf zwei Punkte zu sprechen, die auch im Vorfeld immer Gegenstand der Diskussion waren. Ich kann es eigentlich kurz machen. Zum ersten Punkt, zur Versorgungssicherheit: Von all den Texten, Artikeln und Varianten, die Sie vor sich haben, gibt es eine Stelle, eine Passage, einen Artikel, wo die Versorgungssicherheit ausdrücklich erwähnt wird – im neuen Artikel 52d im Konzept meiner Minderheit I. Sie finden weder in der Vorlage des Bundesrates eine Äusserung zur Versorgungssicherheit noch in der Variante der Mehrheit – bei dieser geht man nach dem Prinzip Hoffnung, aber es gibt keine explizite Erwähnung.

Ich komme zum zweiten Punkt, der Unterscheidung der Biosimilars von den Generika, und kann es hier auch relativ simpel machen: Das Heilmittelgesetz, das immer noch gültig und relativ frisch revidiert ist, unterscheidet klar zwischen Biosimilars und Generika. Das ist auch richtig, weil diese nicht gleich angewendet werden können und sich eben unterscheiden, auch was die Substitution anbelangt. Diese war auch bisher nicht möglich. Eine gleiche Substitution, wie man sie mit Generika hat, gibt es eben nach geltendem Gesetz mit Biosimilars nicht.

Die Patientensicherheit wurde hier auch noch nicht erwähnt. Sprechen Sie mit einigen Spezialisten, beispielsweise mit Ärztinnen oder Ärzten, die MS behandeln, und fragen Sie sie, was es damit auf sich hat, wenn man mit Biosimilars eine Substitution machen will. Man kann das, aber man kann es nicht einfach generell. Falls die Frage der Biosimilars dann tatsächlich noch detailliert diskutiert werden muss, passiert das, denke ich, im Zweirat.

Artikel 32 Absatz 3, zu dem der Einzelantrag Schneeberger vorliegt, ist in meinem Konzept bereits gestrichen. Sie brauchen dazu nicht noch den Einzelantrag. Es geht darum, in diesem Artikel keine unberechenbaren Auswirkungen zu provozieren. Sie würden übrigens nicht nur Generika und patentabgelaufene Medikamente betreffen, sondern auch andere OKP-Leistungen wie Reha, Analysen, Migel-Produkte usw. Ich glaube nicht, dass das zielführend wäre und zu Kostendämpfungseffekten führen würde.

Das modifizierte Referenzpreissystem bietet grössere Einsparungsmöglichkeiten als die Variante der Mehrheit. Wenn wir es ernst meinen und uns am Sparvolumen messen lassen wollen, dann setzen wir damit den Hebel an den richtigen Orten an. Das modifizierte, das "Referenzpreissystem light", wie es vom Bund auch schon bezeichnet wurde, setzt den Hebel an beiden Orten an: bei Originalen und Generika. Darum kommen wir nicht herum.

Ich sage zum Schluss noch etwas zur diffusen Angst, die Generika oder deren Markt könnten verlieren: Schauen Sie sich die Vergleichsländer in Europa an, die ein Referenzpreissystem und eine höhere Durchdringung mit Generika haben als wir. Im Übrigen habe ich in Artikel 52c vorgesehen, dass für die Generika für den Preisvergleich ein spezieller Länderkorb gewählt werden kann, mit Ländern, die eine gleiche Generikasituation haben. Auch wenn wir hier in der Gesamtsumme meines Modells nur 20 oder 30 Prozent einsparen können, sind das immer noch 420 Millionen Franken gegenüber 270 Millionen Franken, die gemäss der Mehrheit eingespart



werden können.

Ich bitte Sie, hier der Minderheit bzw. dem Minderheitskonzept zuzustimmen, damit wir Fakten schaffen, nicht nach dem Prinzip Hoffnung handeln und nicht alles in die Verordnung abschieben.

Porchet Léonore (G, VD): Le système de prix de référence proposé par le Conseil fédéral présente trois risques majeurs. Le premier risque serait de diminuer la qualité des soins, en particulier pour les patients chroniques et les personnes âgées qui risqueraient de devoir changer de médication pour des produits qui leur conviendraient moins bien, suivant les aléas du prix de référence.

Le deuxième risque serait que ce système mette en péril l'approvisionnement en médicaments de la Suisse. En effet, il augmenterait le risque de ne pas vendre, ou seulement à un prix insuffisamment intéressant, un médicament qu'il faut produire, emballer et stocker. L'industrie, les grossistes et les pharmaciens ne voudraient pas, ou ne pourraient pas, prendre ce risque. C'est ce qu'on récolte en laissant la santé à la merci de la course à la rentabilité privée.

Le troisième risque est sur le plan éthique: le prix de référence est difficilement défendable, puisqu'il ne s'agirait pas de contrôler les prix des médicaments, mais bien de fixer un prix à partir duquel les génériques ne seraient pas pris en charge par l'assurance-maladie. Si quelqu'un a de la peine à joindre les deux bouts, eh bien il devrait se contenter de ce qu'il reste.

Face à ces risques, le groupe des Verts, avec la majorité de la commission, a plutôt choisi d'agir sur plusieurs fronts, qui sont à l'origine du problème actuel. Ce paquet de mesures vise tout d'abord à découpler les marges touchées par les pharmaciens et les médecins dispensants de la vente des médicaments, pour les inciter à délivrer les médicaments les moins chers. Il suffirait pour cela de réviser l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) qui fixe cette marge.

A cette proposition de la commission, issue d'une proposition déposée par les Verts, s'ajoutent des mesures introduites directement dans l'ordonnance. Les prix du marché seraient réexaminés annuellement et non plus tous les trois ans, et le prix de chaque générique serait diminué de cinq pour cent par rapport à son original. Ce paquet aurait pour effet de permettre une économie de 270 millions de francs sur les génériques, en baissant ces prix de cinq pour cent et en supprimant cet incitatif négatif qui pousse médecins et pharmaciens à vendre les médicaments les plus chers pour gagner plus. Cela générerait des économies durables et systématiques, contrairement au système du prix de référence, plus volatil. De plus, la révision de l'OPAS serait plus rapide à mettre en oeuvre que le prix de référence.

AB 2020 N 2012 / BO 2020 N 2012

En somme, nous voulons des économies dans le système de santé mais pas à n'importe quel prix. Les Verts ne sont pas pour le prix le plus bas, mais pour le prix le plus juste, c'est-à-dire le meilleur prix pour la meilleure qualité. Nous nous opposons à une médecine à deux vitesses. Au contraire, nous voulons des mesures justes et efficaces comme la mesure que ma minorité préconise: renforcer le droit de substitution qu'ont les pharmaciennes et les pharmaciens. Voilà un levier efficace! Il permet aux pharmaciennes et aux pharmaciens de remplacer les préparations originales par des génériques meilleur marché.

En juin dernier, la grande majorité des membres de la commission avait choisi d'imposer la substitution, instaurant ainsi le monopole du moins cher, qui présente des risques pour la qualité et l'approvisionnement. Depuis, cette proposition a été retirée au profit de celle que je défends: introduire une obligation de substitution par l'un des trois médicaments les moins chers, pour autant que cela soit tout aussi adéquat du point de vue médical et pharmaceutique.

Cette mesure vise à garantir l'adhésion thérapeutique des patients chez lesquels une maladie chronique a déjà été diagnostiquée en les libérant de la contrainte économique qui résulterait de l'introduction d'un prix de référence. Pour les patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de maladie chronique, cette mesure permettrait de tester leur tolérance au médicament le meilleur marché. Si cela ne se révélait pas concluant pour des motifs médicaux, cela leur laisserait la possibilité de recourir à un traitement plus onéreux sans être lésés économiquement. Ce serait plus efficace et plus juste que le prix de référence.

De manière un peu incompréhensible, la majorité de la commission a préféré revenir complètement sur sa décision de juin et de ne pas du tout encourager le remplacement de médicaments sous brevet par des génériques. Je vous encourage donc à garder à l'esprit la décision de juin, mais en éliminant ces risques négatifs en soutenant cette minorité. En effet, couplée à la suppression de l'incitation négative sur les marges, cette mesure est certainement la plus efficace de tout le paquet pour faciliter la pénétration des génériques, et elle limite clairement l'emprise de la "big pharma" et son impact sur nos primes.



Hurni Baptiste (S, NE): J'annonce mes liens d'intérêt: je suis président de la Fédération suisse des patients. Chère collègue, j'aimerais savoir pourquoi vous dites qu'il y a trois risques au prix de référence, soit une perte de qualité des soins, un risque d'approvisionnement et un risque de report financier sur les patients, alors que dans tous les pays qui nous entourent et dont la majorité ont introduit un prix de référence des médicaments, aucun des risques que vous citez n'est jamais survenu?

Porchet Léonore (G, VD): Je vous remercie pour votre question et j'annonce aussi mes liens d'intérêts: je suis membre du comité d'une association de patients chroniques, Diabète Vaud.

Ces inquiétudes existent et elles existent parce que le système suisse est unique; c'est un petit marché avec des difficultés spécifiques liées à l'industrie. Aux Pays-Bas, par exemple, le changement régulier du prix de référence a eu un impact sur les patients.

Des études montrent que le risque existe, alors que le système du prix de référence va permettre d'économiser moins d'un franc par personne sur la prime annuelle. Prendre ce risque, pour la sécurité et l'accès aux soins, pour une si minuscule économie, eh bien nous ne souhaitons pas le faire.

de Courten Thomas (V, BL): Ich beginne bei meinen Minderheitsanträgen.

Der erste betrifft die sogenannten Parallelimporte; das ist der Minderheitsantrag zu Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g HMG bzw. Artikel 16a Absatz 2 Buchstabe a THG. Die Absicht erkenne ich wohl, das Ziel wird indes verfehlt bzw. das Kind mit dem Bad ausgeschüttet. Meine Damen und Herren, Parallelimporte sind heute bei Generika bereits möglich! Ich wiederhole: Parallelimporte sind dort heute bereits möglich – wenn wir uns an die Schweizer Regeln halten. Das, was uns die Kommissionsmehrheit hier beantragt, ist, dass Swissmedic, die Zulassungsbehörde der Schweiz, die dafür sorgen soll, dass unser Markt sicher und gesetzeskonform ist, im Bereich der Generika schlichtweg ausgeschaltet wird. Das kann es nicht sein.

Parallelimporte sind heute möglich – aber bitte zu den Bedingungen, die für alle anderen Medikamente auch gelten: Bedingungen der Patientensicherheit, Bedingungen der Herstellungsqualität, Bedingungen der Versorgungssicherheit, die wir alle entsprechend zu beachten haben. Wenn wir hier die Hürde von Swissmedic ausschalten, dann lassen wir zu, dass ein Zulassungsentscheid von irgendwo auf der Welt automatisch auch für die Schweiz gilt und dass all diese Medikamente auch in der Schweiz auf den Markt kommen können, wie etwa Medikamente, die in Europa zugelassen sind und in Griechenland vertrieben werden sollen, mit einer griechischen Packung, einem Beipackzettel, beides in kyrillischer Schrift, ohne entsprechende Qualitätshinweise, wie wir sie in der Schweiz entsprechend gefordert haben – all das wäre möglich.

Ich kann Ihnen auch sagen, dass wir in Bezug auf die Herstellungspraxis, die Good Manufacturing Practice, extreme Vorschriften haben, die wir in der Schweiz durchsetzen wollen und durchsetzen können, solange wir Swissmedic entsprechend im Spiel haben und die Zulassung auch über sie regeln. Wenn wir das nicht tun, haben wir die Versorgungs- und die Herstellungsqualität nicht gewährleistet, und wir öffnen sämtlichen vielleicht in Europa zugelassenen, aber nicht der Good Manufacturing Practice der Schweiz entsprechenden Herstellungsprozessen, die wir nicht so haben wollen, Tür und Tor. Deshalb bitte ich Sie, auf diese Tür und Tor öffnende Bestimmung, die die Kommission hier eingeführt hat, zu verzichten.

Meine zweite Minderheit betrifft das Postulat 20.3939, "Arzneimittel und Impfstoffe. Gewährleistung einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung", das Ihnen die Kommission unterbreitet. Auch hier: Der Wille ist gut, der Weg ist schlecht. Lesen Sie mal durch, was da entsprechend steht. Die Kommission verlangt vom Bundesrat einen Bericht über die Versorgung der Schweizer Bevölkerung mit Arzneimitteln und Impfstoffen – so weit, so gut. Da bin ich gar nicht dagegen. Wenn aber im zweiten Satz steht: "Dieser Bericht bietet u. a. Gelegenheit, den Katalog der Kriterien zu erweitern, die der Antragsteller erfüllen muss, um von Swissmedic eine Zulassung für den Vertrieb eines Arzneimittels am Schweizer Markt zu erhalten", dann müssten bei Ihnen bereits die Alarmglocken läuten. Denn das, was nachher folgt, ist in dieser Art und Weise weder sachgerecht noch zweckdienlich. Es steht da zum Beispiel, dass jeder, der eine Zulassung beantragt, garantieren muss, dass er den gesamten Schweizer Markt versorgt, wenn kein anderer Anbieter mehr da ist. Wenn Sie das von einem Zulassungsgesuchsteller verlangen, dann verzichtet er darauf, weil er das gar nie garantieren kann. Gerade das Beispiel der Covid-19-Versorgungskrise zeigt ja, dass das nicht möglich ist.

Weiter steht im Postulat, dass der Zulassungsinhaber für alle importierten Komponenten die Garantie übernehmen muss, dass die Zulieferanten sozial verträgliche Arbeitsbedingungen und international entsprechende Umweltschutzbestimmungen einhalten. Da sind wir im Abstimmungskampf zur Konzernverantwortungs-Initiative, aber nicht bei einer sachgerechten Regulierung in Bezug auf die Heilmittelversorgung in der Schweiz!

Ich bitte Sie, dieses Postulat entsprechend abzulehnen.

Dann komme ich auch noch zum Thema des Referenzpreissystems, um das es hier im Kern geht. Frau Porchet



hat vorhin bereits aufgezeigt, dass wir Probleme damit haben. Sie wurde auch gefragt, ob die hier angesprochenen Probleme tatsächlich existieren oder nicht; die ganzen Nachbarn rundum würden das ja auch machen, und dort hätte es keine Probleme gegeben. Der Bundesrat hat genau zu diesem Punkt des Referenzpreissystems – leider nur zu diesem Punkt – eine Regulierungsfolgenabschätzung in Auftrag gegeben, die von Polynomics Basel realisiert wurde. Lesen Sie diese Regulierungsfolgenabschätzung mal durch. Dort

AB 2020 N 2013 / BO 2020 N 2013

werden genau diese Punkte – Versorgungssicherheit, Patiententherapietreue, Marktbedingungen – aufgelistet, und die Probleme werden dargestellt, erwähnt und konkretisiert. In den Schlussfolgerungen dieser Regulierungsfolgenabschätzung – Herr Bundesrat Berset hat sie bestimmt gelesen – steht, dass die Gutachter aus wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Sicht keine Empfehlung für das bundesrätliche System abgeben können. Es bleibt ein politischer Entscheid, ob wir dieses Referenzpreissystem wollen oder nicht – mit allen Risiken, die damit verbunden sind. So steht es in den Schlussfolgerungen der bundesrätlich in Auftrag gegebenen Regulierungsfolgenabschätzung. Da kann mir keiner kommen und sagen, diese Probleme existierten nicht! Nehmen Sie bitte zur Kenntnis, dass in der Praxis der Nachbarländer genau diese Probleme entstanden sind. Jetzt hat die Kommission dazu einen Vorschlag erarbeitet, der das Ziel der Kostendämpfung erreicht. Das hat das BAG bestätigt, und zwar ausdrücklich – wir haben in der Kommission nämlich einen Bericht dazu verlangt. Das BAG bestätigt, dass mit der Kommissionsvariante die Einsparungen von 270 Millionen Franken realisiert werden können. Das kann man bei der Einsparung, die der Bundesrat beabsichtigt, aufgrund der Risiken gemäss der Regulierungsfolgenabschätzung gar nicht mit Bestimmtheit sagen.

Also: Wollen wir jetzt etwas erreichen, indem wir mit einer breiten Allianz aus Versicherern, Apothekern, Ärzteschaft, Spitälern usw. einen Weg gehen, den wir konkret realisieren, den wir direkt umsetzen und mit dem wir rasch eine Kostendämpfung erreichen können, oder wollen wir auf einem Referenzpreissystem beharren, das in seinen Auswirkungen Risiken beinhaltet und dessen Einsparpotenzial mindestens umstritten ist? Ich bin für den ersten Weg, den der Kommission.

Denn die Kommission hat auch bezüglich der Last dieser Kostendämpfung einen Ausgleich gefunden. Wir reden von einem konkreten Einsparpotenzial von 270 Millionen Franken, das auch die Pharmaindustrie und die Generikaindustrie mittragen müssen – sie sind bereit, das auch zu tun. Die Kommission hat etwas erreicht, was wir bisher nicht hatten. Sie hat nämlich erreicht, dass wir vom Prinzip "Wir sparen selbstverständlich, wo immer es geht, aber nur nicht bei mir" einmal wegkommen, und hat stattdessen einen Kompromiss gefunden, den alle entsprechend mittragen.

1. Wir korrigieren bei den Betriebsmargen den Fehlanreiz, dass derjenige, der ein Original statt ein Generikum verschreibt und verkauft, dabei mehr verdient. Diesen Fehlanreiz eliminieren wir, indem wir dort die Vertriebsmarge neutralisieren und sagen: Ob der Arzt oder Apotheker, der ein Medikament verkauft, ein Original oder ein Referenzprodukt bzw. Generikum verkauft, ist eigentlich egal.

2. Wir vergrössern den Preisabstand vom Original zum Generikum um 5 Prozent; damit sinken die Preise der Generika. Und wir machen die Überprüfung intensiver und schneller als bisher, weil die bisherige dreijährige Überprüfung bewiesen hat, dass das ein konkretes Mittel ist, um effektiv eine Einsparung zu erzielen. Ich sage nochmals, was ich im Eintretensvotum bereits gesagt habe: Die Pharmaindustrie hat über diesen Preisüberprüfungsmechanismus bereits über 600 Millionen Franken zur Kostendämpfung beigetragen.

Ich bitte Sie, diesem vernünftigen Weg zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Monsieur de Courten, vous avez dit tout à l'heure, pour combattre la proposition relative aux importations parallèles, que nous risquons de recevoir en Suisse des médicaments grecs libellés en grec. Or, la loi proposée par la commission prévoit que les médicaments doivent être libellés au moins dans une langue nationale. Pouvez-vous me dire dans quelle partie de la Suisse on parle le grec?

de Courten Thomas (V, BL): Das ist genau das Problem, Herr Nantermod. Sie haben in der Kommission vorgeschlagen, dass man den Beipackzettel via QR-Code auf der Packung über Internet in jeder eigenen Landessprache abrufen könnte. Das ist der Punkt. Wenn Sie Parallelimporte zulassen, dann können Sie das Medikament, das in Griechenland zugelassen ist, mit dem Lastwagen nach Bern führen und hier verkaufen. Genau das ist der Punkt, den wir nicht wollen, weil der die Patientensicherheit gefährdet und die Versorgungsqualität insgesamt nicht den schweizerischen Ansprüchen der Herstellungspraxis, der Herstellungssicherheit gerecht wird.

Meyer Mattea (S, ZH): Knapp 7 Milliarden Franken jährlich werden für kassenpflichtige Medikamente ausge-



geben; das entspricht rund 20 Prozent der Ausgaben in der Grundversicherung. Wir haben hier ein doppeltes Problem, was die Generika betrifft: Erstens ist der Anteil der Generika am gesamten Medikamentenmarkt viel zu tief. Wenn wir vergleichen, wie hoch er in der Schweiz ist, Grössenordnung 23 Prozent, und wie hoch er im Ausland ist, z. B. in Deutschland, wo er über 80 Prozent ist, dann sehen wir, dass hier einfach noch sehr viel Luft nach oben ist. Zweitens sind die Generikapreise viel zu hoch. Sie sind im Schnitt doppelt so hoch wie im Ausland.

Diese zwei Probleme gehen zulasten aller Prämienzahlerinnen und Prämienzahler in diesem Land. Genau auf diese beiden Probleme gibt das Referenzpreissystem eine Antwort, wenn man nämlich ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel hat. Das ist hier die Diskussion. Von der Grundversicherung sollte also in dem Sinne nur noch der Preis übernommen werden, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt wird. Das Einsparpotenzial wird bei der bundesrätlichen Variante auf mehrere Millionen Franken veranschlagt. Wir von der SP haben uns immer für dieses Referenzpreissystem starkgemacht. Wir hätten auch die Variante des Bundesrates begrüsst, die im Vergleich mit dem Ausland schon sehr mild ist. Wir haben aber im Sinne eines Kompromisses dem vorliegenden Vorschlag von Kollege Hess, der Minderheit I (Hess Lorenz), zugestimmt; es ist quasi ein Referenzpreissystem light, das viele Punkte des bundesrätlichen Vorschlags aufnimmt, aber in vier wesentlichen Punkten eine Änderung vorsieht:

Erstens soll es keine Regelung geben, wenn nur zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind.

Zweitens die Einführung der Sicherstellung der Versorgung: Der Bundesrat soll unverzichtbare Arzneimittel festlegen können, bei denen der Referenzpreis nicht festgelegt werden muss. Hier ein Wort zur Versorgungssicherheit: Die Versorgungssicherheit steht und fällt nicht mit dem Referenzpreissystem. Wir haben so oder so ein Problem auf dem Medikamentenmarkt, wenn wir die Situation haben, dass es bei Wirkstoffen häufig weltweit nur einen Hersteller irgendwo in China oder in Indien gibt. Da stellt sich die Frage, ob nicht die öffentliche Hand wieder sehr viel stärker auch pharmazeutische Service-public-Leistungen erbringen sollte. Aber das ist eine andere Frage, die wir heute hier nicht diskutieren und die auch nicht Teil des Referenzpreissystems ist.

Drittens will die Minderheit I, dass es bei vier oder mehr Medikamenten, die auf dem Markt sind, quasi nicht einen tiefen Referenzpreissatz gibt.

Viertens gibt es bei Biosimilars eine Ausnahme. Da sind wir eigentlich grundsätzlich sehr skeptisch, aber wie Kollege Hess bereits gesagt hat, hat hier der Zweirat noch die Möglichkeit, Verbesserungen anzubringen.

In dem Sinne bitte ich Sie sehr, dem Minderheitsantrag I (Hess Lorenz), diesem Kompromiss und diesem Konzept, zuzustimmen.

Wir lehnen also den Antrag der Mehrheit ab. Weshalb? Was die Intergenerika-Lobby hier erreicht hat, ist eigentlich der Fünfer und das Weggli. Was hat sie erreicht? Sie hat nämlich erreicht, dass die Durchdringung des Medikamentenmarktes mit Generika zunimmt. Das ist eigentlich grundsätzlich richtig, das können wir aber auch via eine Motion lösen, die hier schon auf dem Tisch liegt. Aber diese Lobby hat mit diesem Vorschlag eben auch erreicht, dass die Medikamentenpreise für die Generika nicht gesenkt werden – und das ist das Problem. Hier werden Hunderte von Millionen Franken, die wir mit einem Referenzpreissystem einsparen könnten, nicht eingespart.

AB 2020 N 2014 / BO 2020 N 2014

Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, auch noch dem Minderheitsantrag II (Porchet), der eine Substitutionspflicht vorsieht, zuzustimmen und dem Antrag der Mehrheit, Parallelimporte zuzulassen, ebenfalls zuzustimmen, weil auch das preissenkend wirken kann.

Roduit Benjamin (M-CEB, VS): Le plat de résistance de ce deuxième bloc et même de tout ce volet de mesures est bien sûr le système de prix de référence pour les médicaments. Soyons clairs: de toutes les mesures visant à freiner la hausse des coûts, c'est la première qui pourrait avoir réellement de l'effet. Or, nous n'avons jamais vu autant de propositions divergentes d'un trop grand nombre d'organisations intéressées, dans un domaine que l'on dit curieusement complexe!

Fidèle à sa ligne, qui consiste à freiner concrètement les coûts de la santé, notre groupe soutiendra, aux articles concernés, la minorité I (Hess Lorenz) qui propose un modèle de prix de référence amélioré par rapport à celui du Conseil fédéral.

Nous sommes tous d'accord: la part des génériques doit augmenter dans notre pays. Le système du prix de référence, en exerçant une pression sur les prix, est le seul moyen qui permet d'atteindre cet objectif. Et que l'on ne vienne pas nous dire que des problèmes d'approvisionnement pourraient survenir si le prix de référence était appliqué. Ce printemps, lors de la première vague de la pandémie, des pays ont connu des problèmes d'approvisionnement, mais la différence de prix n'était pas en cause. Les principes actifs de



nombreux médicaments sont produits en Inde ou en Chine et cela n'a donc rien à voir avec les prix des médicaments.

En quoi ce système est-il meilleur que celui préconisé comme alternative par la majorité et qui se fonde sur un train de mesures par voie d'ordonnance? Tout d'abord, il permet des économies bien plus importantes, jusqu'à 480 millions, soit le triple de ce que permet le concept initié par notre collègue de Courten. Ensuite, le principe est simple, facile à appliquer et à comprendre. On ne se perd pas dans un montage fragile de mesures, certes toutes intéressantes, mais qui dépendent de l'efficacité de l'administration fédérale ainsi que du bon vouloir des partenaires à coopérer pour encourager réellement la pénétration du marché par les génériques. Or, les intérêts du corps médical, des pharmaciens, de l'industrie et des assureurs sont bien trop divergents pour que cela fonctionne.

Enfin, cela permet d'assurer l'approvisionnement et la qualité des soins sans passer par un article 32 alinéa 3 qui transfère les compétences en matière d'efficacité, d'adéquation et d'économicité à la Confédération, et que nous souhaitons biffer, à l'instar de la proposition Schneeberger.

Deux points méritent d'être retenus. Premièrement, nous avons amélioré le projet du Conseil fédéral par la constitution du groupe de référence ayant la même composition de substances actives. Par exemple, les biosimilaires, qui sont difficilement interchangeables avec d'autres préparations, en sont exceptés. Deuxièmement, la détermination du prix de référence prévoit aussi des dérogations en cas de nécessité, par exemple en cas de difficultés de comparaison avec l'étranger ou de pénurie.

Concernant les autres dispositions – je serai plus bref –, nous soutiendrons tout d'abord le droit de substitution tel qu'il est prévu par le Conseil fédéral et retenu par la majorité, exception faite, bien sûr, des biosimilaires dont je viens de parler et pour lesquels nous soutiendrons la minorité I (Hess Lorenz). C'est le modèle le plus simple, il est avantageux dans son rôle incitatif pour les génériques et respectueux de la pratique professionnelle des pharmaciens. Dans ce sens, nous refuserons la minorité II (Porchet).

En ce qui concerne l'autorisation et la mise sur le marché de médicaments, nous soutenons la mesure proposée par la majorité qui consiste à favoriser les importations parallèles de génériques. En effet, il y a trop d'entraves techniques découlant de la législation et qui freinent ces importations, notamment l'obligation d'initier une nouvelle procédure d'autorisation en Suisse du médicament importé ou l'obligation de reconditionner les produits dans les trois langues nationales. Nous peinons donc à comprendre les motivations de la minorité de Courten, si ce n'est dans le sens d'un repli idéologique.

Je vais dire encore quelques mots sur les deux motions et le postulat de commission qui, indépendamment du modèle qui sera retenu – de Courten ou Hess Lorenz –, visent, particulièrement pour les pharmaciens, à rendre les médicaments bon marché plus attrayants à la vente. Donc si la motion 20.3936 a pour objectif d'agir sur la part relative à la distribution, la motion 20.3937 charge le Conseil fédéral de proposer dans le traitement du second paquet de mesures un modèle de rémunération basée sur les prestations en rapport avec les médicaments prescrits, et pas seulement lors de la remise des médicaments.

Alors que la motion 20.3937 n'est pas combattue, le Conseil fédéral, dans sa proposition de rejet, ne semble pas avoir saisi l'importance de reconnaître certaines prestations dispensées aux patients: conseil, vérification du traitement, gestion pharmaceutique des homes. Or les pharmaciens pourraient réaliser des économies considérables qui, par leur transfert, entraîneraient une baisse de la marge de distribution et du prix moyen des médicaments. Dans ce sens, une partie du groupe du centre soutiendra la motion.

Enfin, quant au postulat 20.3939, qui favorise un approvisionnement durable et de qualité, nous estimons que le principe est bon, mais que les critères d'autorisation sont beaucoup trop stricts et que l'effet serait l'inverse de celui qui serait attendu si l'on favorisait les importations parallèles de médicaments génériques.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): In Block 2 hat es einzelne Anträge, die wir sehr unterstützungswürdig finden. Wir unterstützen die Mehrheit bei Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g HMG und Artikel 16a Absatz 2 Buchstabe a THG. Bei anderen Anträgen haben wir eine grosse Skepsis. Wir sind sehr einverstanden, dass es ein grosses Sparpotenzial bei den Medikamenten gibt, vor allem bei den patentierten, aber auch bei den Generika. Wir sind aber nicht glücklich mit dem vorliegenden Referenzpreissystem. Zu gross sind die Sorgen, die wir heute schon verschiedentlich ausgeführt haben, nicht zuletzt bezüglich der Versorgungssicherheit und vor allem auch bezüglich der Versorgung von chronisch kranken Menschen.

Wir werden deshalb mehrheitlich nicht die Mehrheit unterstützen, aber auch nicht die Minderheit I (Hess Lorenz), wir unterstützen jedoch den Einzelantrag Schneeberger zu Artikel 32. Überdies folgen wir dem Konzept Porchet. Sie haben vorhin unsere Ausführungen gehört. Einen wichtigen Punkt gilt es noch einmal hervorheben: Es geht hier um die Pflicht, die günstigeren Medikamente abzugeben, auch bei den patentierten, die den grössten Teil der Medikamentenkosten ausmachen. Ebenso zentral gehören zum Konzept Porchet die drei



Begleitmassnahmen, ohne diese wäre es nicht vollständig.

Wir haben deshalb sehr viel dazu beigetragen, dass wir – so hoffen wir heute wenigstens – diese drei Vorstösse mehrheitlich unterstützen werden. Denn auch dort drin liegt ein grosses Sparpotenzial, auch dort sprechen wir über mindestens 200 bis 300 Millionen Franken. Gewährleistet aber ist die Versorgungssicherheit, und gewährleistet ist die gute Versorgung auch für chronisch kranke Menschen, weil wir nicht das billigste Medikament, sondern das fairste für alle wollen – und keine weitere Ausweitung der Zweiklassenmedizin.

Deshalb ist die Motion 20.3937 für uns wichtig. Hier geht es darum, wie die Abgeltung für Apotheken aussieht. Wir wollen selbstverständlich keine überhöhten Preise, wohl aber wirtschaftlich vertretbare. Bei den Generika soll es nicht so sein, dass sie dann am Schluss nicht mehr rentieren. Auch billigere Medikamente, bei denen die Patente abgelaufen sind, sollen angeboten werden können – auch in einer Apotheke auf dem Land.

Ebenso wichtig ist für uns die Motion 20.3936. Hier sparen wir noch einmal sehr viel Geld. Damit wäre dann endlich dieser absurde Fehlanreiz weg, dass die Marge, an der man verdienen kann, umso höher ist, je teurer ein Medikament ist.

Auch das Postulat 20.3939 – leider war es nur ein Postulat, wir hätten uns gewünscht, es wäre eine stärkere Formulierung – steht für uns im Zentrum. Damit soll die

AB 2020 N 2015 / BO 2020 N 2015

Versorgungsqualität, aber auch die nachhaltige Versorgungssicherheit – sowohl bei den Institutionen und der ambulanten und stationären Behandlung als eben auch bei den Medikamenten und Impfstoffen – gewährleistet werden.

In diesem Sinn werden wir uns bei den Abstimmungen verhalten.

Sauter Regine (RL, ZH): Das grosse Diskussionsthema – Sie haben das mitbekommen – in diesem zweiten Block ist die Preisgestaltung für Generika. Warum ist das ein wichtiges Thema? Der Anteil der Generika in der Schweiz ist zu tief, insbesondere, wenn man ihn mit demjenigen in anderen Ländern vergleicht, wo dieser Anteil massiv höher ist. Wieso ist das ein Problem? Generika sind preislich günstiger als Originalpräparate, mit anderen Worten: Hier liegt ein grosses Sparpotenzial begraben. Heute ist es so, dass keine Anreize bestehen, Generika vermehrt abzugeben. Im Gegenteil: Wir haben negative Anreize. Die Apothekerschaft, die Ärzteschaft und wer auch immer Generika abgibt, sie verdienen mehr daran, wenn sie höherpreisige Medikamente abgeben.

In der Kommission standen zwei Modelle zur Diskussion: das eine Modell, das von der Minderheit I (Hess Lorenz) vertreten wird und ein Referenzpreissystem vorsieht, und dann das andere Modell, das Ihnen die Mehrheit vorschlägt und das – Sie haben es auch gehört – von Intergenerika, in welcher die Generika-Hersteller vereint sind, getragen wird. Wir haben uns auch überzeugen können, dass beide Modelle Einsparungen in gleicher oder ungefähr in gleicher Höhe bringen werden. Man muss also sagen: Die Pharmabranche – und hier eben insbesondere die Generikabranche – hat erkannt, dass sie angesichts dieser Spardiskussion einen Beitrag leisten muss und nicht immer nur sagen kann, die Medikamente betreffe es nicht. Sie hat erkannt, dass sie nicht darum herumkommt, hier kooperativ zu sein. Dieses Modell, das nun die Mehrheit vertritt und das wir von der FDP-Liberalen Fraktion unterstützen, zielt eben darauf ab, das bestehende Preissystem zu optimieren. Kern ist unter anderem ein nicht preisabhängiger Vertriebsanteil. Mit anderen Worten: Der negative Anreiz, teurere Produkte abzugeben, fällt weg.

Teil dieses Konzepts sind auch die beiden Motionen, die wir im Anschluss noch behandeln werden, nämlich die Motionen 20.3936 und 20.3937, die einerseits genau auf die Beseitigung der negativen Anreize abzielen und andererseits eine leistungsorientierte Abgeltung der Apotheker für den Vertrieb wollen, was heute nicht der Fall ist. Auch die Apotheker- und die Ärzteschaft, und das ist wichtig zu betonen, stehen nun hinter diesem Modell.

Bei Artikel 32 Absatz 3 werden wir hingegen dem Einzelantrag Schneeberger auf Streichung zustimmen. Die vollständige Kompetenzdelegation an den Bundesrat, die in dieser Bestimmung vorgesehen ist, erachten wir als problematisch. Es ist eine sehr weitreichende Delegationsnorm, und heute ist nicht der richtige Zeitpunkt, um eine solche zu beschliessen. Sie haben das auch schon gehört: Diese Bestimmung ist auch Teil des Kostendämpfungspakets 2; wir können das dann dort noch ausführlich diskutieren, heute jedoch ist nicht der richtige Moment.

Schliesslich komme ich noch zu den Parallelimporten. Da muss ich Ihnen sagen: Ja, das muss einfach möglich sein. Kollege de Courten hat gesagt, es sei heute schon möglich. Tatsache ist, es passiert einfach nicht, weil es zu kompliziert und zu aufwendig ist, vor allem administrativ zu aufwendig. Wenn Sie heute ein Medikament beispielsweise aus einem anderen Staat in der EU parallel importieren wollen, dann müssen Sie



die ganzen Prozedere durchlaufen. Sie müssen insbesondere auch die administrativen Erfordernisse erfüllen, zum Beispiel die Produktdeklarationen in allen Landessprachen usw.

Ich teile die Haltung, die Herr de Courten hier vorgetragen hat, absolut nicht. Er sagte, dass es kritisch sein könnte, ein Medikament aus Griechenland zu importieren, und dass das die Volksgesundheit in der Schweiz gefährden könnte. Ich finde das zum einen nicht sehr fair gegenüber den Griechen. Zum andern muss ich sagen, wenn ein Medikament im Raum der EU zugelassen ist und dieses Produkt einem europäischen Staatsbürger – sei er Deutscher, Grieche oder Italiener – nicht schadet, wieso soll es dann einem Schweizerbürger oder einer Schweizerbürgerin schaden? Das ist einfach nicht einleuchtend.

Für viele andere Produkte haben wir heute diese Parallelimportmöglichkeiten bereits. Auch dort gehen wir davon aus, dass, wenn ein Deutscher ein solches Produkt verträgt, es auch einem Schweizer zuzumuten ist. Die Lösung mit der Vereinfachung der Produktdeklaration, die Herr Nantermod dann beantragt hat, ist etwas, das heute im digitalen Zeitalter überall gemacht wird, indem man mit einem QR-Code die betreffenden Informationen herunterladen kann. Auch das ist für Patientinnen und Patienten zumutbar.

In diesem Sinne beantragen wir Ihnen, hier der Mehrheit zu folgen und diese Parallelimportmöglichkeiten zu vereinfachen.

Mäder Jörg (GL, ZH): Der Kern dieses Blocks ist die Frage, ob wir ein Referenzpreissystem einführen wollen, oder? Nein, falsch! Wir haben bereits ein Referenzpreissystem. Die Preise von Generika orientieren sich heute schon an den Preisen der Originalpräparate, diese dienen also als Referenzpreis. Was der Bundesrat in seiner Version und die Minderheit I (Hess Lorenz) in der ihren will, ist, dass künftig nicht mehr der Preis der Originalpräparate in der Schweiz die Referenz ist, sondern deren Preis im Ausland. Wir würden sozusagen von einem Inland-Referenzpreissystem zu einem Ausland-Referenzpreissystem wechseln – einfach mal so zur Klärung. Im Verlauf der Beratungen wurden verschiedenste Prognosen gemacht, welches System nun zu welchen Einsparungen führen wird. Ich bin aber ehrlich: Ich habe in eine 14-Tage-Wetterprognose von Google mehr Vertrauen als in diese Voraussagen. In einem komplexen System kann man nur schwerlich von den bekannten Zahlen auf neue schliessen, vor allem, wenn man den bekannten Bereich verlässt. In der Statistik nennt sich das Extrapolation – das einzige Zuverlässige an ihr ist ihre Unzuverlässigkeit. Wenn man sich nämlich aus dem Bekannten hinauswagt – und, offen zugestanden, manchmal muss man das –, fangen einige Mitspieler sehr schnell an, ihre Strategien grundsätzlich zu überdenken: Das war es dann mit der Prognose. In der Beratung wurde uns zudem ein Vergleich mit neun europäischen Ländern gezeigt. Für mich als Statistiker ist neun eine denkbar kleine Stichprobe, und dann zeigte diese Stichprobe noch nicht einmal ein klares Bild: Für jede These gab es ein bis zwei Länder, die bestens dazu passten. Entsprechend wurde jeweils mit diesen argumentiert, Sie haben es heute selber erlebt. Ich nenne das "selektive Wahrnehmung".

Dazu befindet sich unser Gesundheitssystem nicht nur, aber auch wegen Corona in Gewässern, die alles andere als ruhig sind. Seien Sie mir nicht böse, aber unter diesen Voraussetzungen ist der Antrag der Mehrheit der Kommission der bessere. Die Minderheit I (Hess Lorenz) verspricht vielleicht höhere Einsparungen, aber der Mehrheitsantrag baut direkt auf den bestehenden Regelungen und damit auch auf bestehenden Erfahrungen auf. Er kann einfach und schnell umgesetzt werden, dadurch sind die Unsicherheiten kleiner. Das ist für mich in der aktuellen Situation durchaus auch ein Wert. Ich will aber ganz klar ergänzen: Ist der Ertrag enttäuschend, ist für mich das Referenzpreissystem aus dem Ausland schnell wieder auf dem Tapet. In diesem Sinn bitte ich Sie, die Minderheit I (Hess Lorenz) zu Artikel 32 und weitere abzulehnen.

Der Minderheit II (Porchet) zu Artikel 52a hingegen sollten Sie unbedingt zustimmen. Es ist wichtig, dass wir die Preissensibilität bei Ärzten und Apothekern stärken. Ihre Entscheide bei der konkreten Auswahl der Medikamente haben enormen Einfluss auf die Kosten. Wirtschaftliche Überlegungen dürfen aber die medizinischen nicht dominieren. Genau darum spricht der Minderheitsantrag einerseits davon, eines der drei günstigsten Medikamente abzugeben, und stellt andererseits auch klar, dass ein zu häufiger Wechsel der Medikation nicht sinnvoll ist. Ich glaube, das ist ein sehr wichtiger und guter Zugang, wie wir hier ein namhaftes Sparpotenzial ausnützen können.

Leider gibt es in diesem Bereich noch weitere Fehlanreize, weshalb ich Sie bitte, die beiden Kommissionsmotionen 20.3936 und 20.3937 zu unterstützen. Nicht, dass ich den

AB 2020 N 2016 / BO 2020 N 2016

Beteiligten reine Profitgier unterstellen möchte, aber wenn zwei Medikamente medizinisch gleichwertig erscheinen und der Patient sowieso nichts und die Krankenkasse alles bezahlt, dann ist die Versuchung hier einfach zu gross. Sosehr Ärzte und Apotheker ihrem Berufsethos auch nachleben, sie sind Menschen, und in solchen Grauzonen wird mancher Entscheid unbewusst gefällt – ob uns das gefällt oder nicht. Ich möchte,



dass Ärzte für das bezahlt werden, wofür sie ausgebildet wurden, nämlich die Diagnose und die Behandlung; und ich möchte, dass Apotheker für das bezahlt werden, was ihnen am Herzen liegt, nämlich die Beratung. Es ist schlicht und einfach ein massiver Fehlanreiz, dass die Margen hier abhängig von den Medikamentenpreisen berechnet werden. Das muss sich ändern.

Zurück zur Vorlage 19.046: Die Schweiz ist eine Hochpreisinsel, die von manchen hart verteidigt wird. In der Gesamtsicht ist das aber keine gute und keine langfristige Strategie. Mit Anpassungen im Heilmittelgesetz und im Gesetz über die technischen Handelshemmnisse möchten wir den Parallelimport ermöglichen und vereinfachen. Es ist für niemanden nachvollziehbar, dass teilweise nicht Rappen, sondern Faktoren zwischen den Schweizer Preisen und den Preisen in anderen europäischen Ländern liegen.

Zu guter Letzt unterstützen wir auch das Kommissionspostulat 20.3939. Es wird ein Bericht zu einem Thema gefordert, das uns noch intensiv beschäftigen wird. Mag sein, dass nicht jedes einzelne Wort in diesem Antrag gefällt, aber ich bitte Sie: Das ist ein Bericht, der eine Diskussion auslösen soll, das ist nicht der Schlussbericht.

Berset Alain, conseiller fédéral: Dans ce bloc, je me concentrerai non pas sur les motions, le postulat ou d'autres éléments, mais essentiellement sur la question du prix des génériques. Et je dois vous dire ici – ce n'est pas très agréable à entendre –, avec toute la clarté nécessaire, que dans notre pays les prix des médicaments génériques sont en moyenne deux fois plus élevés que dans les pays de référence de l'OFSP. C'est la moyenne. Si l'on prend le cas de certains médicaments particuliers ou spécifiques, on observe parfois des différences qu'il est impossible, mais vraiment impossible de justifier. J'aimerais le dire à toutes celles et ceux qui, ici, s'opposent au prix de référence avec toutes sortes d'arguments qui ne nous paraissent pas très solides.

Oui, nous sommes également intéressés à garantir la sécurité de l'approvisionnement. Comment penser que ce soit le contraire pour le Conseil fédéral? Oui, nous sommes également intéressés à faire baisser le prix de ces médicaments alors qu'aujourd'hui ils sont à un niveau inacceptable – il faut utiliser les mots adéquats – et que cela pèse sur les primes. Et j'aimerais dire clairement à celles et ceux qui s'apprêtent à soutenir la majorité et qui s'opposent au projet du Conseil fédéral ou à la proposition de minorité de M. Lorenz Hess qu'il faut intégrer ces réflexions au moment où l'on vous dit que ce que propose le Conseil fédéral permettrait de faire baisser les coûts, et donc les primes, d'environ 300 à 500 millions de francs, et alors que vous nous dites qu'il faut utiliser des mesures dilatoires, essayer autre chose pour ne pas baisser ces prix.

J'ai donc la tâche difficile de vous dire qu'aujourd'hui nous trouvons sur le marché des génériques deux fois plus chers, en moyenne, que dans les pays qui nous entourent et que, pour certains médicaments, c'est bien pire. J'ai à ce propos un exemple: l'Atorvastatine, un médicament utilisé pour diminuer le taux de cholestérol. Chez nous, il est remboursé à hauteur de 47 francs par boîte. Dans les pays de référence, qui sont des pays qui ont des niveaux de vie à peu près similaires au nôtre, ce n'est pas 47 francs pour chaque boîte à charge de l'assurance obligatoire des soins et des primes, mais c'est 13,50 francs en Autriche, 9 francs en Allemagne et 3 francs aux Pays-Bas. Alors je veux bien entendre beaucoup de raisons de ne pas toucher ou de ne toucher que trop peu à ce système qui aujourd'hui pose problème, je veux bien entendre l'argument des risques pour la sécurité des patients. Mais alors cela signifierait-il que les risques pour la sécurité des patients utilisant ce médicament sont à ce point élevés aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche? Pour quelle raison alors y a-t-il encore un marché pour ce médicament?

Vous pourriez objecter, avec raison, que c'est un argument un peu poussé, basé sur un seul médicament, j'en suis bien conscient. Mais globalement, les prix des génériques sont deux fois plus élevés en Suisse que dans les pays de référence qui nous entourent et qui ont un niveau de vie similaire au nôtre. C'est bien la raison pour laquelle le Conseil fédéral s'attaque à cette question, et nous avons déjà essayé de le faire de plusieurs manières.

Nous savons non seulement que les prix sont trop élevés dans notre pays, mais également que la part de marché des génériques, et en particulier des biosimilaires, y est nettement plus faible que dans d'autres pays. Et si ce problème est reconnu, la question qui se pose est de savoir comment agir et avec quels moyens.

Le Conseil fédéral a essayé à plusieurs reprises de faire baisser les prix des médicaments génériques dans le cadre des possibilités existantes avec, il faut le dire, peu de succès. C'est pourquoi nous vous présentons ici un projet qui vise à mettre en place un système de prix de référence avec lequel nous espérons qu'il sera possible de réaliser des économies de 300 à 500 millions de francs sur des médicaments qui sont en moyenne deux fois moins chers dans les pays qui nous entourent, voire jusqu'à dix ou quinze fois moins chers pour certains médicaments. Et cela est payé, Mesdames et Messieurs, par les payeurs de primes maladie.

Voilà ce que j'ai à vous dire, et permettez-moi d'être assez clair avec vous ce soir. Nous devons faire très attention à cette question qui va encore beaucoup nous occuper. C'est pourquoi nous vous invitons à réfléchir



une deuxième fois à cette question du prix de référence.

Nous avons proposé que, si au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives figuraient sur la liste des spécialités, un prix de référence soit fixé pour la substance active en question. Il le serait en fonction du volume de marché de la substance active et du prix pratiqué à l'étranger pour la préparation originale. L'assurance obligatoire des soins prendrait en charge au maximum ce prix de référence. Il serait possible, pour tout médecin, de refuser une substitution. Nous parlons là de générique, mais admettons qu'un médecin décide de refuser la substitution pour des raisons médicales; dans ce cas l'assurance obligatoire des soins serait tenue de rembourser l'intégralité du montant du médicament prescrit par le médecin.

Notre objectif n'est par conséquent pas de faire passer le prix de la boîte d'Atorvastatine de 47 francs à 3 francs comme c'est le cas aux Pays-Bas, ou à 9 francs comme c'est le cas en Allemagne. Le but n'est pas de diviser par quinze le prix de ce médicament – qui est nécessaire à pas mal de gens –, mais de parvenir à une diminution du prix sur une base raisonnable, tout en faisant en sorte que la sécurité des patients et l'approvisionnement restent garantis.

Voilà de quoi il est question aujourd'hui; voilà de quoi il est question dans cette discussion. Je dois vous dire que nous sommes flexibles. Etant donné que personne ne soutient la proposition du Conseil fédéral et qu'il existe une proposition alternative élaborée par une minorité de votre commission, j'aimerais vous inviter à suivre la proposition de la minorité I (Hess Lorenz) – modèle alternatif pour un système de prix de référence –, d'une part, en ne soumettant pas les biosimilaires à ce système et, d'autre part, en renforçant la sécurité d'approvisionnement en médicaments jugés essentiels en les excluant du système de prix de référence.

Pour celles et ceux qui nous disent que le système de prix de référence pose problème pour les biosimilaires et pour la sécurité de l'approvisionnement, il y a la minorité I (Hess Lorenz), à laquelle le Conseil fédéral vous propose d'adhérer, parce qu'elle permet de répondre à tous les arguments que j'ai entendus en faveur de la majorité, qui s'appuient sur la sécurité des patients. Et une fois ces arguments réfutés, peut-être qu'il y a de quoi faire de la minorité I une majorité, qui nous permettrait enfin, plutôt que de proposer, à chaque fois que la question de la diminution des coûts se posent, des mesures dilatoires, de parler d'autre chose, de proposer un

AB 2020 N 2017 / BO 2020 N 2017

autre système, d'apporter parfois véritablement une proposition qui permette d'avancer sur ces questions.

J'aimerais donc vous inviter – je ne parlerai que de cela parce que c'est très important ce soir – à défaut de pouvoir suivre le Conseil fédéral, à suivre la minorité I.

Porchet Léonore (G, VD): Monsieur le conseiller fédéral, je vous remercie pour votre présentation intéressante. Les génériques ne représentent que 700 millions de francs sur les 8 milliards que représentent les coûts des médicaments. Sur ces 8 milliards, 6 sont dus aux médicaments brevetés. Aucune mesure n'est proposée pour cette part importante des coûts des médicaments – vous pourriez peut-être me contredire. Une mesure qui serait possible, c'est la licence obligatoire. J'aimerais savoir si le Conseil fédéral compte bientôt proposer cette mesure, qui permettrait vraiment de faire baisser les coûts de la santé.

Berset Alain, conseiller fédéral: Voilà encore une mesure dilatoire pour ne pas parler du sujet qui est sur la table, mais je vais vous répondre de la manière suivante.

Le Conseil fédéral a, depuis 2012, fait baisser le prix des médicaments brevetés de plus d'un milliard de francs par année grâce aux mesures qui ont été prises et sont en vigueur depuis 2013. Chaque année, des mesures sont prises pour faire baisser les prix des médicaments brevetés; en l'occurrence plus d'un milliard de baisse de prix au total sur ces médicaments.

La question qui se pose aujourd'hui est celle du prix de référence. Comment faire baisser le prix des génériques, qui est actuellement beaucoup trop élevé? Vous avez une proposition sur la table qui est peut-être un compromis possible, à savoir la proposition de la minorité I (Hess Lorenz).

La baisse des prix des génériques serait aussi extrêmement importante pour favoriser ces derniers. Aujourd'hui, les prix trop élevés des génériques sont une incitation à utiliser les préparations originales, ou des médicaments qui sont encore sous brevet. Avec le prix de référence, tout en garantissant la sécurité de l'approvisionnement et l'accès pour les patientes et les patients – c'est le plus important pour nous –, vous pourrez voir comme conséquence positive de cette baisse de prix un transfert plus important vers les génériques, ce que l'on peut souhaiter pour notre pays.

Humbel Ruth (M-CEB, AG), für die Kommission: Die grundsätzlichen Überlegungen der Kommissionsmehrheit zum Referenzpreissystem habe ich beim Eintreten ausführlich dargelegt. Wir haben drei Konzepte: erstens das



Konzept des Bundesrates, das in der Kommission keine Unterstützung gefunden hat; zweitens das Konzept der Kommissionsmehrheit, das auf dem bisherigen Preisfestsetzungsmodell basiert und daher kein Referenzpreissystem ist. Die erforderlichen Massnahmen, die zu vergleichbaren Kosteneinsparungen führen werden, sind auf Verordnungsebene umsetzbar. Eine davon ist die Einführung eines preisunabhängigen Margensystems im generikafähigen Arzneimittelmärkte, das keine falschen Anreize mehr setzt, sodass Leistungserbringer wie Ärzte oder Apotheker nicht mehr verdienen, wenn sie das teurere Medikament abgeben. Es ist vorgesehen, dass statt der dreijährigen Überprüfung eine jährliche Preisüberprüfung der patentabgelaufenen Medikamente und der Generika erfolgt und eine Vergrösserung des Preisabstandes zwischen Original und Generikum festgesetzt wird.

Das dritte Konzept, der Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz), basiert auf dem Referenzpreissystemmodell. Sie will sozusagen ein Referenzpreissystem light und sieht gegenüber dem Bundesrat insbesondere folgende Änderungen vor: Sie will den Absatz streichen, wonach bei zwei wirkstoffgleichen Medikamenten das günstigere abgegeben werden muss, und möchte ein Referenzpreissystem erst ab drei Medikamenten mit dem gleichen Wirkstoff und der gleichen Indikation einführen. Die Minderheit sieht eine Ausnahme für Biosimilars vor. Herr Hess hat ausgeführt, wieso diese Ausnahme berechtigt wäre. Es ist klar, dass Biosimilars etwas anderes sind als Generika. In einer Erstabgabe könnten Biologika aber durch Biosimilars substituiert werden. Dazu gibt es Zahlen, die besagen, dass rund 100 Millionen Franken eingespart werden könnten. Es ist daher nicht unbedingt angezeigt, gerade die Biosimilars, Medikamente in einem Wachstumsmärkte, auszunehmen.

Die Minderheit I sieht auch eine Regelung zur Sicherstellung der Versorgung vor. Das ist an und für sich eine gute Bestimmung. Es wird sich dann aber bei der Umsetzung zeigen, wie und wann sie einzusetzen ist. Ist der richtige Zeitpunkt dann, wenn wir schon eine Medikamentenknappheit haben, wie wir es in dieser Krise erfahren haben? Was sind lebenswichtige Medikamente? Gehören dann Antidepressiva, Blutverdünner, Schmerzmittel usw. dazu? Das sind alles Produkte, die gerade in der Krise knapp waren.

Kritik am Antrag der Kommissionsmehrheit kommt ja auch auf, weil gesagt wird, eine jährliche Überprüfung erzeuge zu viel Aufwand. Ich denke, das ist heute in der digitalisierten Zeit eine Frage der Organisation. Was den Aufwand angeht, können wohl die beiden Konzepte der Kommissionsmehrheit und der Minderheit I gegeneinander abgewogen werden. Die Minderheit I will ja die Wirkstoffzusammensetzung und die Indikation prüfen, dies im Gegensatz zum Bundesrat, der einzig auf die Wirkstoffzusammensetzung abstellt. Zudem will die Minderheit I auch das Referenzpreissystem auf den durchschnittlichen Preis in den Referenzländern abstützen, während das Referenzpreissystem gemäss Bundesrat im Vergleich zu Preisen in Referenzländern einen angemessenen Preisabschlag vorsieht. Das mögen Details sein. Sie werden aber komplex und aufwendig in der Umsetzung sein. Zum Abstimmungsergebnis: Die Kommission hat dem Konzept der Mehrheit mit 16 zu 8 Stimmen zugestimmt.

Ich komme zum Substitutionsrecht in Artikel 52a Absatz 1. Frau Porchet möchte da detailliertere Vorgaben inhaltlicher und administrativer Natur für die Abgabe von Generika einführen. Die Kommission hat diesen Antrag mit 15 zu 9 Stimmen abgelehnt.

Die Kommissionsmehrheit will auch Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g des Heilmittelgesetzes anpassen und bei Generika Parallelimporte zulassen. Parallelimporte wären bereits zugelassen; dazu muss aktuell aber eine Zulassung von Swissmedic eingeholt werden. Davon möchte die Kommissionsmehrheit die Anbieter befreien. Produkte aus dem Ausland sollen also nicht mehr von Swissmedic zugelassen werden müssen, weil man davon ausgeht, dass sich die ausländischen Zulassungsbehörden über gleiche Qualitätsanforderungen wie die Schweizer Zulassungsbehörde Swissmedic ausweisen.

Dieser Artikel bedeutet einen Paradigmenwechsel in der ganzen Zulassungsgeschichte von Swissmedic. Bis jetzt müssen alle Medikamente, die in der Schweiz abgegeben werden, von Swissmedic zugelassen werden. Die Kommission hat da eine Abwägung gemacht, eine Abwägung zwischen dem Zugang zu günstigeren Medikamenten und einem gewissen Risiko, dass vermehrt Fälschungen auf den Markt kommen und dann auch zu gesundheitlichen Schäden führen könnten. In dieser Abwägung hat die Kommission die neue Bestimmung mit 12 zu 9 Stimmen bei 4 Enthaltungen ins Heilmittelgesetz aufgenommen.

Ich komme nun zu den Kommissionsvorstössen, über die wir auch noch beschliessen werden.

Als Erstes ist da die Motion 20.3936, "Medikamentenpreise. Für eine Kostendämpfung dank Beseitigung negativer Anreize unter Aufrechterhaltung von Qualität und Versorgungssicherheit". Dieser Vorstoss wurde von der SGK-N einstimmig beschlossen und ist Teil des Konzepts der Kommissionsmehrheit zum Referenzpreissystem. Die Motion beauftragt den Bundesrat, die Vertriebsanteile in Artikel 38 KLV im Einvernehmen mit den betroffenen Leistungserbringern zu revidieren, sodass sie die Vertriebskosten abdecken, die in Artikel 67 Absatz 1 quater Buchstabe a KVV erwähnt sind, und die Abgabe von preisgünstigen Arzneimitteln nicht mehr benachteiligen. Zu diesem Zweck soll ein vom Fabrikabgabepreis abhängiger Fixanteil festgelegt werden. Die-



se Revision soll weder höhere Kosten zulasten der OKP noch unberechtigte Kürzungen bei den verfügbaren Mitteln verursachen. Eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung

AB 2020 N 2018 / BO 2020 N 2018

soll gewährleistet sein. Die Motion will eine bessere Durchdringung des Medikamentenmarktes mit Generika, was zu nachhaltigen Einsparungen führen würde.

Die Motion 20.3937, "Evaluation einer leistungsorientierten Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker", will den Bundesrat beauftragen, eine finanzielle und qualitative Evaluation der Aufnahme einer leistungsorientierten Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker in die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich vorzunehmen. Ein solches Modell ist spätestens bei der Behandlung des zweiten Kostendämpfungspakets zu diskutieren. Das wesentliche Element dieser Motion ist die Anerkennung von Leistungen, die von Apothekerinnen und Apothekern zulasten der OKP erbracht werden. Solche Leistungen haben, sofern sie korrekt tarifiert werden, das Potenzial, die medizinische Grundversorgung effizienter und effektiver zu machen. Die Kommission hat diese Motion mit 15 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung beschlossen.

Ich komme noch zum Postulat 20.3939, "Arzneimittel und Impfstoffe. Gewährleistung einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung". Das Postulat beauftragt den Bundesrat, einen Bericht über die Versorgung der Schweizer Bevölkerung mit Arzneimitteln und Impfstoffen zu unterbreiten und dabei den Schwerpunkt auf Sicherheit, Nachhaltigkeit und Qualität der Versorgung zu legen. Dabei muss der Bundesrat verschiedene Aspekte prüfen; beispielsweise müssen die importierten Komponenten den Schweizer Anforderungen entsprechen und die Arbeitsbedingungen bei der Herstellungsproduktion sozial verträglich sein. Es sind verschiedene Elemente, die mit diesem Postulat geprüft werden müssen. Die Covid-19-Epidemie hat deutlich gemacht, dass die vermeintlich sichere Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und Impfstoffen in einer Krisensituation rasch infrage gestellt werden kann. Daraus sind entsprechende Lehren zu ziehen. Weitere Kriterien bei der Zulassung von Arzneimitteln, welche anerkannten Ansprüchen an Qualität und Umweltverträglichkeit genügen, sind zu prüfen. Die Kommission hat dieses Postulat mit 14 zu 11 Stimmen angenommen.

Ich bitte Sie, bei allen Bestimmungen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Nous en venons au bloc 2 du volet 1b du train de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Il est question ici du prix des génériques. Aussi loin que je me souviens, et en tout cas depuis que je peux voter, on parle du prix des génériques.

Le problème des génériques est double. D'abord, leur prix est trop élevé en Suisse: le conseiller fédéral Berset a souligné tout à l'heure que, en moyenne, le prix des génériques était dans notre pays deux fois supérieur aux prix européens. Ensuite, les génériques ne sont pas assez utilisés en Suisse, avec une part de 20 pour cent là où l'on atteint 50 pour cent dans l'Union européenne. Il y a donc un potentiel d'économies très important dans le système de santé, et c'est évidemment là que l'on veut agir.

La proposition du Conseil fédéral pour réduire le prix des génériques passe par ce fameux prix de référence. Un système, admettons-le, assez complexe, mais que l'on peut résumer comme suit: on prend, lorsqu'il y a au moins trois médicaments avec la même substance active, une moyenne européenne des prix et cette moyenne doit devenir le prix suisse.

Le Conseil fédéral a proposé un mécanisme de mise en oeuvre de ce prix de référence et une minorité I (Hess Lorenz) propose une version alternative. Les différences entre les deux sont les suivantes: d'abord, le Conseil fédéral propose d'adopter le prix de référence lorsque trois médicaments ont la même composition, tandis que la minorité propose de l'adopter lorsque trois médicaments ont la même composition mais aussi la même indication; ensuite, le projet du Conseil fédéral inclut les médicaments biosimilaires, ce qui n'est pas le cas de la proposition de la minorité; le Conseil fédéral se réfère au prix pratiqué à l'étranger, tandis que la proposition de la minorité se base sur le prix original en Suisse avec un écart approprié; le réexamen est prévu dans tous les cas; enfin, dans le cas où moins de trois médicaments ont la même composition, le projet du Conseil fédéral prévoit que l'on prenne le prix le moins élevé, alors qu'il n'y a pas de règle à ce sujet dans la proposition de la minorité.

La majorité de la commission, quant à elle, n'a suivi aucune de ces solutions, ni celle du Conseil fédéral, ni celle de la minorité I (Hess Lorenz), et elle propose d'agir sur un autre aspect lié aux génériques, à savoir le recours aux génériques lui-même.

Aujourd'hui, le marge du pharmacien dépend directement du prix du médicament. Donc si un pharmacien délivre un médicament cher, il sera mieux payé que s'il délivre un médicament bon marché.

Cela crée un incitatif très fort pour les officines de pharmacie à fournir les médicaments originaux ou alors,



lorsqu'il y a plusieurs génériques, à fournir le générique le plus cher.

La proposition de la majorité a consisté à déposer une motion et un postulat demandant au Conseil fédéral de modifier les réglementations en vigueur pour que la rémunération du pharmacien ne dépende plus du tout du prix du médicament. Ainsi le pharmacien sera incité à proposer systématiquement le médicament le moins cher puisqu'il n'aura pas à immobiliser son capital pour avoir des stocks de médicaments très chers.

En réalité, les mesures ne s'opposent pas les unes aux autres, en tout cas le prix de référence et les interventions parlementaires – motion et postulat de la commission. Toutefois, la majorité de la commission a jugé que le prix de référence posait trop de problèmes en ce qui concerne l'approvisionnement du pays et n'avait pas assez d'effets évidents sur la réduction du prix des génériques.

En résumé, la commission, par 15 voix contre 8, a préféré le modèle du Conseil fédéral au modèle défendu par la minorité I (Hess Lorenz). Toutefois, la commission, par 16 voix contre 8 et 1 abstention, a préféré rejeter tous les modèles de prix de référence. Par 24 voix contre 0 et 1 abstention, la commission a soutenu les propositions visant à modifier les marges des distributeurs.

Il y a un point qui figure un peu plus loin dans le dépliant, relatif à la loi sur les médicaments et les dispositifs médicaux et à la loi sur les entraves techniques au commerce (LETC), qui concerne aussi le prix des génériques et dont on parle assez peu du côté du Conseil fédéral, ce sont les importations parallèles. En effet, aujourd'hui les importations parallèles de médicaments génériques sont en principe autorisées. Toutefois, il y a un certain nombre de mesures administratives qui empêchent ces importations parallèles.

Premièrement, un médicament, pour pouvoir être autorisé en Suisse, doit être autorisé directement par Swissmedic quand bien même il aurait déjà été autorisé dans un pays de l'Union européenne. Deuxièmement, tout médicament vendu en Suisse doit présenter sur l'emballage et dans la notice d'emballage les indications dans les trois langues nationales. En réalité, on imagine bien que, pour une pharmacie qui se trouverait par exemple dans une zone frontalière, aller demander l'autorisation à Swissmedic, sortir de l'emballage chaque pilule puis les reconditionner dans un emballage sur lequel figure les trois langues nationales est un petit peu compliqué et pousse finalement le pharmacien à se fournir auprès du distributeur officiel. C'est donc une bureaucratie qui supprime toute possibilité de faire des importations parallèles.

La proposition de la majorité de la commission consiste à soumettre les médicaments génériques aux règles ordinaires sur les importations parallèles. En pratique, cela signifie que le texte figurant sur l'emballage et la notice des médicaments génériques devront quand même être dans une langue nationale, cela figure dans la LETC; il ne sera donc pas possible de faire venir des médicaments de Grèce ou d'Estonie avec l'emballage et la notice d'emballage uniquement en grec ou en estonien.

Les médicaments viendraient dans ce cas en pratique uniquement de France, d'Allemagne, d'Italie ou d'Autriche, éventuellement.

Par ailleurs, le Conseil fédéral garde la possibilité non pas d'autoriser les médicaments – puisqu'ils seraient déjà autorisés par un organe de validation européen –, mais de les

AB 2020 N 2019 / BO 2020 N 2019

inscrire sur une liste de médicaments interdits. Cela ferait que Swissmedic garderait en fait son pouvoir de surveillance du marché, mais pour des médicaments génériques qui ont déjà fait leurs preuves, puisque cela fait des décennies en réalité qu'ils sont sur le marché.

On inverserait le paradigme. En pratique, la solution proposée permettrait de mettre en oeuvre les importations parallèles, comme cela est expérimenté depuis des années dans tous les autres domaines sauf celui de la pharmacopée. Ce principe est appliqué par exemple pour les appareils électroniques. Depuis une dizaine d'années, ils sont importés en parallèle. Cela a permis d'exercer une pression pour faire baisser les prix. C'est une pression du même type que l'on recherche sur le prix des génériques.

C'est par 12 voix contre 9 et 4 abstentions que la commission a soutenu ce modèle d'importation parallèle.

La commission a discuté d'un droit de substitution. A l'article 52a, une minorité Porchet veut imposer que seuls les trois médicaments les plus avantageux en termes de prix soient remboursés lorsqu'il en existe plusieurs ayant les mêmes substances actives pour la même indication. La majorité de la commission estime que les mesures proposées permettent déjà d'atteindre cet objectif et qu'il est inutile d'adopter une mesure comme celle-ci, dès lors qu'elle pourrait mettre en danger l'approvisionnement. Par ailleurs, le pharmacien a déjà le droit de substituer un générique à une préparation originale, ou un générique à un autre générique.

La commission a pris sa décision par 15 voix contre 9 et 1 abstention.

A l'article 32 alinéa 3, nous ferons un vote séparé sur cette disposition. La majorité de la commission demande que le Conseil fédéral révise régulièrement les modalités des contrôles de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations, mais de toutes les prestations, pas uniquement des médicaments. Une



minorité Hess Lorenz propose de biffer cette disposition.

A propos du postulat 20.3939, la majorité de la commission soutient le dépôt d'un postulat pour demander au Conseil fédéral de rédiger un rapport sur l'approvisionnement de la population suisse en médicaments et vaccins, en particulier sur les aspects de la sécurité, de la durabilité et de la qualité. Dans ce rapport, le Conseil fédéral expliquera comment est fournie une quantité de médicaments suffisante pour approvisionner la population suisse, prouvera que tous les composants importés répondent aux mêmes exigences que s'ils avaient été fournis ou fabriqués en Suisse, prouvera que tous les composants importés proviennent d'entreprises offrant des conditions de travail socialement équitables à leurs employés, prouvera que tous les composants importants ont été importés ou fournis dans le respect des normes de protection de l'environnement comparables à celles applicables en Suisse. Une minorité de la commission propose de rejeter ce postulat.

C'est par 14 voix contre 11 que la commission vous invite à l'accepter.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Sie haben ausgeführt, warum die Kommissionsmehrheit das Referenzpreissystem abgelehnt und über die Motion 20.3937 eine Alternative präsentiert hat, wie man margenunabhängige Vergütungen für die Apothekerinnen und Apotheker einführen könnte. Ich möchte noch einmal betonen: Es ist keine Alternative, man kann beides tun – es ist nicht ein Entweder-oder.

Meine Frage ist nun: Haben wir es uns nicht ein bisschen zu einfach gemacht, hier den Bundesrat zu beauftragen, ein margenunabhängiges Vergütungssystem zu suchen? Man denke das konsequent durch: Das würde ja bedeuten, dass zum Beispiel günstige Medikamente, die heute Fr. 2.20 kosten, dann plötzlich 10 Franken pro Packung kosten würden. Können Sie mir das bestätigen?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je vous remercie de votre question. Vous avez raison, les deux objets sont indépendants l'un de l'autre. Il y a en réalité deux questions auxquelles nous répondons ici. Premièrement, la question du recours aux médicaments génériques, à laquelle nous répondons par les motions et le postulat en renvoyant à la question des marges des pharmaciens. Nous n'agissons donc pas directement sur cette question dans le cadre de la loi. Il y a eu unanimité, au sein de la commission, pour soutenir cette voie-là, qui n'est d'ailleurs pas contestées aujourd'hui.

Deuxièmement, il y a en parallèle la question du prix des génériques, à laquelle la commission ne donne qu'une réponse disons assez légère puisqu'elle n'approuve pas le projet du Conseil fédéral pour les raisons que j'ai citées tout à l'heure, toutefois avec la nuance de taille selon laquelle les importations parallèles, qui doivent aussi permettre d'exercer une pression à la baisse qui pourrait être importante sur le prix des génériques, seront grandement facilitées avec le projet adopté par la commission.

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Je félicite notre collègue Beat Jans de sa brillante éléction au gouvernement de son canton! (*Applaudissements*)

Art. 32 Abs. 3

Antrag der Mehrheit

Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)
Streichen

Antrag Schneeberger

Streichen

Schriftliche Begründung

Artikel 32 Absatz 3 wurde in dieses Gesetz eingebracht, obwohl er Teil des Kostendämpfungspakets 2 (KDP II) ist, das derzeit in der öffentlichen Vernehmlassung ist. Dieser Absatz stellt eine sehr weitreichende Delegationsnorm an den Bundesrat dar, welche die Planbarkeit und Rechtssicherheit für viele Unternehmen massiv beeinflussen könnte und auch das Potenzial hätte, einem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen zu widersprechen. Die grosse Tragweite zeigt sich auch darin, dass der wortgleiche Artikel 32 Absatz 3 im August 2020 im Rahmen des Reformprojektes KDP II publiziert und zur Vernehmlassung vorgelegt wurde. Die Vernehmlassung dauert bis zum 19. November 2020. Danach erfolgt die Auswertung und Beurteilung durch den Bundesrat. Es widerspricht dem staatspolitischen Verständnis, im Rat einen derart wichtigen Absatz zur Abstimmung zu bringen, welcher parallel dazu in der Vernehmlassung ist. Vor Abschluss der Vernehmlassung



und der Auswertung kann die Auswirkung dieses Absatzes nicht seriös abgewogen werden. Daher ist dieser Absatz zu streichen, die Vernehmlassungsauswertung abzuwarten und der Absatz allenfalls im Rahmen der Beratung des KDP II neu zu diskutieren.

Art. 32 al. 3*Proposition de la majorité*

Le Conseil fédéral règle les modalités du réexamen périodique de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations, en particulier sa fréquence et son étendue.

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)
Biffer

Proposition Schneeberger

Biffer

La présidente (Moret Isabelle, présidente): La proposition de la minorité I (Hess Lorenz) constitue un concept et vaut pour toute une série d'articles. Madame Porchet a déposé une proposition de minorité sur l'un des articles du concept

AB 2020 N 2020 / BO 2020 N 2020

de la minorité I, soit l'article 52a alinéa 1. Par ailleurs, un vote séparé sur certaines dispositions du concept de la minorité I a été demandé. Le Conseil fédéral soutient le concept de la minorité I.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21571)

Für den Antrag der Minderheit I/Schneeberger ... 129 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 54 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 52*Antrag der Mehrheit**Abs. 1 Bst. b*

b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste).

Abs. 1bis

Streichen

Abs. 3

... und Vergütungsansätzen nach Absatz 1 in Rechnung gestellt werden. ...

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Abs. 1 Bst. b

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 1bis

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:

... den in Rechnung gestellten Preis. Artikel 52d Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Abs. 1ter

Biosimilars nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe anovies des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) werden mit einem Preisabstand zum Referenzpräparat nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe aocties HMG in die Spezialitätenliste aufgenommen.

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



Art. 52

Proposition de la majorité

Al. 1 let. b

b. l'OFSP établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités).

Al. 1bis

Biffer

Al. 3

... au sens de l'alinéa 1. Le Conseil fédéral désigne ...

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Al. 1 let. b

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 1bis

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

... le prix du médicament facturé à l'assuré. L'article 52d alinéa 3 est réservé.

Al. 1ter

Biosimilaires au sens de l'article 4 alinéa 1 lettre anovies, de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPth) sont admis dans la liste des spécialités avec indication d'une différence de prix par rapport à la préparation de référence au sens de l'article 4 alinéa 1 lettre aocies LPth.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 44 Abs. 1

Antrag der Mehrheit

Unverändert

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 44 al. 1

Proposition de la majorité

Inchangé

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 52a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:

... ein preisgünstigeres Arzneimittel abgeben. Ausgenommen sind biologische Arzneimittel nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstaben aocies und anovies HMG.

Antrag der Minderheit II

(Porchet, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Abs. 1

Sind bei der Einführung einer neuen Behandlung für die gleiche Indikation mehrere Arzneimittel mit gleicher



Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste aufgeführt, so müssen Apotheker oder Apothekerinnen respektive Ärzte und Ärztinnen, die selber Medikamente abgeben, bei gleicher medizinischer und pharmazeutischer Eignung für die versicherte Person eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben. Der Arzt oder die Ärztin respektive der Apotheker oder die Apothekerin, der bzw. die von diesem Prinzip der Wirtschaftlichkeit abweicht, muss seinen bzw. ihren Beschluss gegenüber dem Leistungsschuldner oder der Leistungsschuldnerin gut dokumentieren. Wünscht die Patientin oder der Patient ohne erwiesene medizinische oder pharmazeutische Gründe explizit ein anderes, teureres Produkt, kommt er oder sie für die Preisdifferenz auf. In einer laufenden Behandlung wird ein Arzneimittel nur dann zwecks Einsparungen durch ein vergleichbares Arzneimittel ersetzt, wenn die Kostendifferenz erheblich ist und sich der Patient oder die Patientin ausdrücklich und voll und ganz mit der Behandlungsänderung einverstanden erklärt.

Art. 52a*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

... du point de vue médical pour l'assuré. Sont exceptés les médicaments biologiques au sens de l'article 4 alinéa 1 lettre a) et anovies LPT.

Proposition de la minorité II

(Porchet, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt-Picard)

Al. 1

Pour l'instauration d'un nouveau traitement, lorsque plusieurs médicaments ayant la même composition de substances actives sont admis dans la liste des spécialités pour la même indication, les pharmaciens ou les médecins qui remettent

AB 2020 N 2021 / BO 2020 N 2021

eux-mêmes des médicaments doivent remettre un des trois médicaments dont le prix est le plus avantageux, pour autant qu'il soit tout aussi adéquat du point de vue médical et pharmaceutique pour l'assuré. Le médecin ou le pharmacien qui déroge à ce principe d'économie doit dûment documenter sa décision à l'intention du débiteur de la prestation. Si le patient exige explicitement un autre produit plus onéreux en l'absence de motif médical ou pharmaceutique attesté, il paie la différence de prix. Dans le cas d'un traitement existant, la substitution d'un médicament par un équivalent dans le seul but de réaliser une économie ne sera effectuée que si la différence de coûts est significative et à condition que le patient adhère expressément et pleinement à la modification de son traitement.

Art. 52b*Antrag der Mehrheit*

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Streichen

Art. 52b*Proposition de la majorité*

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Biffer



Art. 52c

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Abs. 1

Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung und Indikation in der Spezialitätenliste aufgeführt, so wird für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung und Indikation ein Referenzpreis festgelegt, sofern der Patentschutz des Originalpräparats abgelaufen ist. Ausgenommen sind biologische Arzneimittel nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstaben aocies und anovies HMG.

Abs. 2

Der Referenzpreis nach Absatz 1 wird ausgehend vom Preis des Originalpräparats nach Patentablauf mit einem angemessenen Preisabstand festgelegt.

Abs. 3

Streichen

Abs. 5

Das BAG überprüft den Referenzpreis regelmässig, indem es ihn mit dem Preis von Arzneimitteln mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in den Referenzländern vergleicht (Auslandpreisvergleich). Es legt den durchschnittlichen Preis in den Referenzländern als neuen Referenzpreis fest.

Abs. 6

...

a. Streichen

...

c. Streichen

...

Abs. 7

...

a. der Referenzpreis anders als nach Absatz 5 zu berechnen ist, sofern für die Arzneimittel einer Wirkstoffgruppe kein Auslandpreisvergleich vorgenommen werden kann;

b. Streichen

Art. 52c

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Al. 1

Lorsqu'au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives et la même indication sont admis dans la liste des spécialités, un prix de référence est fixé pour tous les médicaments ayant cette composition de substance active et cette indication, dans la mesure où le brevet de la préparation originale a expiré. Sont exceptés les médicaments biologiques au sens de l'article 4 alinéa 1 lettre aocies et anovies LPT.

Al. 2

Le prix de référence visé à l'alinéa 1 est fixé sur la base du prix de la préparation originale après l'échéance du brevet, compte tenu d'un écart de prix approprié.

Al. 3

Biffer

Al. 5

L'OFSP réexamine régulièrement les prix de référence. A cette fin, une comparaison est établie avec les prix pratiqués à l'étranger pour des médicaments ayant la même composition de substances actives. Le prix moyen des pays de référence devient le nouveau niveau de prix de référence.



Al. 6

...

a. Biffer

...

c. Biffer

...

Al. 7

...

a. le prix de référence est calculé différemment de celui prévu à l'alinéa 5 lorsqu'il n'est pas possible de procéder à une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger pour les médicaments d'un groupe de principes actifs concernés;

b. Biffer

Art. 52d

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Titel

Arzneimittel mit lebenswichtigen Wirkstoffen mit festgelegtem Preis

Abs. 1

Das BAG kann auf Antrag der Zulassungsinhaberin für ein Arzneimittel mit einem lebenswichtigen Wirkstoff, für den ein Referenzpreis nach Artikel 52c anwendbar wäre, einen Preis befristet festlegen, sofern ein Versorgungsengpass oder ein Lieferunterbruch droht.

Abs. 2

Der Bundesrat legt fest, welche Wirkstoffe lebenswichtig sind.

Abs. 3

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet den festgelegten Preis.

Art. 52d

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Titre

Médicaments avec substances actives essentielles à un prix fixe

Al. 1

L'OFSP peut, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament contenant une substance active essentielle pour laquelle un prix de référence au sens de l'article 52c est applicable, fixer un prix pour une période limitée s'il existe une menace de pénurie ou d'interruption de l'approvisionnement.

Al. 2

Le Conseil fédéral détermine quelles substances actives sont essentielles.

AB 2020 N 2022 / BO 2020 N 2022

Al. 3

L'assurance obligatoire des soins prend en charge le prix fixé.

Ziff. III Abs. 3

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III al. 3

Proposition de la majorité

Biffer



Proposition de la minorité

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Roduit, Wasserfallen Flavia)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 52 Abs. 1ter – Art. 52 al. 1ter

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21572)

Für den Antrag der Minderheit I ... 75 Stimmen

Dagegen ... 103 Stimmen

(7 Enthaltungen)

Art. 44 Abs. 1; 52 Abs. 1 Bst. b, 1bis, 3; 52a-52d; Ziff. III Abs. 3

Art. 44 al. 1; 52 al. 1 let. b, 1bis, 3; 52a-52d; ch. III al. 3

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21573)

Für den Antrag der Mehrheit ... 114 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 65 Stimmen

(6 Enthaltungen)

Art. 52a Abs. 1 – Art. 52a al. 1

La présidente (Moret Isabelle, présidente): La proposition de la minorité I (Hess Lorenz) est devenue caduque.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21574)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 77 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. II, IV

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. II, IV

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Änderung anderer Erlasse

Modifications d'autres actes

Ziff. 10

Antrag der Mehrheit

Titel

10. Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG)

Art. 9 Abs. 2 Bst. g

g. Generika, die in Anwendung des Bundesgesetzes über die technischen Handelshemmnisse (THG) eingeführt werden.



Antrag der Minderheit

(de Courten, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Streichen

Ch. 10

Proposition de la majorité

Titre

10. Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPTh)

Art. 9 al. 2 let. g

g. les médicaments génériques importés en application de la loi fédérale sur les entraves techniques au commerce (LETC).

Proposition de la minorité

(de Courten, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Biffer

Ziff. 4 Art. 16a Abs. 2 Bst. a

Antrag der Mehrheit

a. Produkte, die einer Zulassungspflicht unterliegen, mit Ausnahme von Generika oder Originalmedikamenten, deren Patent für das Originalmedikament in der Schweiz abgelaufen ist.

Antrag der Minderheit

(de Courten, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Streichen

Ch. 4 art. 16a al. 2 let. a

Proposition de la majorité

a. les produits soumis à homologation, à l'exception des médicaments génériques ou originaux dont le brevet du médicament original a expiré en Suisse.

Proposition de la minorité

(de Courten, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)
Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/21575)

Für den Antrag der Mehrheit ... 128 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 53 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 19.046/21576)

Für Annahme des Entwurfes ... 130 Stimmen

Dagegen ... 52 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte



Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté

La présidente (Moret Isabelle, présidente): Nous allons encore traiter les interventions parlementaires de la commission qui figurent à la fin du dépliant.

AB 2020 N 2023 / BO 2020 N 2023