



19.046

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Änderung (Massnahmen
zur Kostendämpfung, Paket 1)**

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

Zweitrat – Deuxième Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.06.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.20 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 09.09.20 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.10.20 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.10.20 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.20 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.21 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 10.03.21 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 07.06.21 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.06.21 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 14.06.21 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.06.21 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.21 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 09.12.21 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir kommen als Zweitrat zur Beratung des Teiles 1b des Kostendämpfungspakets. Zur Erinnerung: Der Bundesrat hat aufgrund eines Expertenberichtes, der 38 Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vorsah, einige Massnahmen in ein erstes Paket gepackt. Dieses erste Paket wurde durch den Nationalrat in zwei Pakete aufgeteilt, nämlich in Paket 1a und in Paket 1b, das wir heute behandeln. Zudem hat der Bundesrat mittlerweile die Botschaft zu Paket 2 vorgelegt. Wir erhalten also schon drei Pakete.

Die Begründung für das Kostendämpfungspaket wurde in der Beratung zu Paket 1a ausführlich dargelegt. Ich verweise insbesondere auf die entsprechende Berichterstattung in der Debatte vom 9. September 2020. Damals wurde durch das Eintreten auf Paket 1a der Handlungsbedarf erkannt und auch bejaht. Paket 1a haben wir fertig beraten. Es ist in der Sommersession 2021 verabschiedet worden. Darin waren – so hat es auch der damalige Berichterstatter genannt – die einfacheren und weniger umstrittenen Massnahmen enthalten. Ich kann sie kurz erwähnen: Es waren die Rechnungskontrolle, die Pauschalen, die Tariforganisation, das Aktuellhalten der Tarifstruktur und der Experimentierartikel.

Wenn wir die Fahne durchberaten, werden Sie Teile mit dem Vermerk "siehe Entwurf 2" sehen, aber ich glaube, der Präsident wird Ihnen das Vorgehen dann auch noch erklären. Die entsprechenden Anträge sind erledigt. In Paket 1b ausgegliedert wurden Massnahmen zur Steuerung der Kosten durch Tarifpartner, ein Referenzpreissystem für Arzneimittel und ein Beschwerderecht der Versicherer gegen die Spitalplanung der Kantone. Das sind die wichtigsten Punkte dieses Pakets 1b.

In der Beratung durch den Nationalrat im Herbst 2020 wurden Änderungen an der Vorlage vorgenommen und zwei Kommissionsmotionen angenommen. So lehnte der Nationalrat mit 122 zu 50 Stimmen bei 2 Enthaltungen insbesondere das vom Bundesrat vorgeschlagene Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel ab. Er schlug aber eine Alternative vor. Zudem baute er mit Artikel 44a eine Gewinnbeteiligung der





Versicherten und der Versicherer bei verhandelten Rabatten ein. Wir kommen im Detail noch auf all diese Punkte zu sprechen. Die Massnahmen zur Steuerung der Kostenvereinbarungen durch die Tarifpartner lehnte der Nationalrat

AB 2021 S 1277 / BO 2021 E 1277

ab, ebenso wie das Beschwerderecht der Versicherer gegen die Spitalplanung der Kantone.

Ihre Kommission hat das Paket an vier Sitzungen behandelt, am 12. April, am 20. Mai, am 31. August und am 18./19. Oktober 2021. Verschiedene Berichte wurden angefordert, und es gab grossen Diskussionsbedarf. Wie der Nationalrat will die Mehrheit Ihrer Kommission kein Referenzpreissystem einführen, sondern den Bundesrat beauftragen, die Vertriebsanteile bei Arzneimitteln anzupassen und das Kostendämpfungspotenzial einer leistungsbezogenen Abgeltung der Apotheker zu evaluieren. Darum geht es dann in den Motionen, die erwähnt wurden und die wir in der Kommission angenommen haben.

Die Minderheit beantragt ein Referenzpreissystem light, das weniger weit geht als jenes des Bundesrates. Beim ursprünglichen Referenzpreissystem des Bundesrates wurde mit Einsparungen im Umfang von 310 bis 480 Millionen Franken gerechnet. Das Referenzpreissystem light würde zu weniger Einsparungen führen. Der Beschluss des Nationalrates würde ebenfalls zu weniger Einsparungen führen, nämlich nur noch zu rund 22 Millionen Franken.

Die vom Nationalrat eingeführte Möglichkeit des Parallelimports von Generika lehnt die Kommission wegen Risiken für die Patientinnen und Patienten einstimmig ab. In der Folge spricht sie sich auch einstimmig gegen die Motion 19.3202 aus. Das sind die wichtigsten Punkte. Einstimmig beantragt sie, im Heilmittelgesetz neu ausdrücklich festzulegen, dass Swissmedic bei der Zulassung von Parallelimporten von Arzneimitteln Vereinfachungen vornehmen kann. Für die Massnahmen zur Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner und ein Beschwerderecht der Versicherer gegen die Spitalplanung der Kantone spricht sich eine Kommissionsmehrheit aus.

In diesem Sinne nahm Ihre Kommission die Vorlage in der Gesamtabstimmung einstimmig an. Ich bitte Sie, diesem Antrag und den einzelnen Mehrheitsanträgen, zu denen wir in der Detailberatung kommen werden, dann zu folgen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Ich äussere mich jetzt in der Eintretensdebatte, damit ich meine Gesamtschau darlegen kann. Ich werde dann dort, wo ich eine Minderheit vertrete, später noch etwas sagen.

Wir haben es gehört: Der Entwurf mit der Gesetzesänderung zur Eindämmung der Kostenentwicklung, den uns der Bundesrat vorlegt, basiert auf einem Expertenbericht aus dem Jahr 2017. Wir diskutieren jetzt in diesem Massnahmenpaket 1b drei Kernthemen: die Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer und das Referenzpreissystem. Wir machen das, weil uns die Kosten und die Prämienentwicklung Sorge bereiten. Wir wissen es: Die Krankenkassenprämien haben sich in den letzten zwanzig Jahren verdoppelt. Es stimmt, im nächsten Jahr werden sie zum ersten Mal seit 2008 etwas sinken, nämlich um 0,2 Prozent. Das ist eine gute Nachricht, aber sie trübt den Blick auf das vorherrschende Problem. Für viele ist die Belastung durch die Prämien untragbar geworden. Das hat zur Folge, dass wir neben Massnahmen zur Prämienreduktion auch Massnahmen brauchen, die die Gesundheitskosten dämpfen. Die Medikamentenpreise steigen, die anhaltende Kostendynamik im Gesundheitswesen muss gezielt und wirksam gebremst werden. Dass der Bundesrat die Begrenzung des Kostenwachstums vorantreiben will, ist deshalb zu unterstützen. Selbstverständlich dürfen die geplanten Massnahmen nicht diskriminierend sein oder eine Diskriminierung beim Zugang zu Leistungen der Grundversicherung verursachen. Sie dürfen auch nicht den Druck auf das bereits überlastete Gesundheitspersonal erhöhen.

Ich komme jetzt kurz zu den einzelnen Massnahmen. Ich unterstütze die Massnahmen betreffend Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner. Die Leistungserbringer und die Versicherungen werden darin verpflichtet, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorzusehen. Dieser Vorschlag basiert auch auf der Motion 19.3419 der SGK-S, "Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen", die fordert, dass das KVG wie folgt geändert wird: Es muss gewährleistet sein, dass "die Tarifpartner bei der Tarifverhandlung nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln". Artikel 47c setzt so einen Auftrag des Parlamentes um.

Ziel ist es, ungerechtfertigte Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu verhindern, die z. B. durch die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entstehen. Dies steht nicht im Widerspruch zu anderen, bereits beschlossenen Steuerungsinstrumenten wie der Qualitätsvorlage oder der Zulassung der Leistungserbringer. Artikel 47c ist also eine Kostendämpfungsmassnahme unter mehreren. Sie ist notwendig, weil sich hier eine Lücke auftut. Wichtig ist, dass diese Massnahme die Tarifpartnerschaft stärkt. Die Massnahme zur



Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner soll nicht zu einer Rationierung von Gesundheitsdienstleistungen führen. Selbstverständlich dürfen die Massnahmen auch nicht zu einer Unterversorgung führen, indem qualitativ hochstehende und kostengünstige Leistungen nicht zur Verfügung gestellt werden. Der Zugang zu einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung in höherer Qualität wird dabei gewährleistet sein.

Ich unterstütze die Massnahme zum Referenzpreissystem für Arzneimittel, aber in einer neuen Version, die auch die Therapie- und Versorgungssicherheit bei Medikamenten stärker berücksichtigt. Meine entsprechende Minderheit werde ich nachher noch vertreten. Mit einem Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel nimmt der Bundesrat die Pharmaunternehmen in die Pflicht. Für wirkstoffgleiche Arzneimittel soll ein Maximalpreis festgelegt werden. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird nur noch dieser Referenzpreis vergütet. Zudem steht die Patientensicherheit an oberster Stelle. Die Wirksamkeit des Arzneimittels, ob der Erkrankte darauf anspricht, muss berücksichtigt werden. Sollte eine medizinische Indikation vorliegen, dann soll die OKP den gesamten Höchstpreis übernehmen.

Mit dem Referenzpreissystem können schätzungsweise zwischen 300 und 500 Millionen Franken jährlich eingespart werden. Ich nehme an – wir werden nachher noch dazu kommen –, dass wir auch mit meinem Kompromissantrag, der auf dem Referenzpreissystem im Entwurf des Bundesrates basiert, nicht viel weniger einsparen werden.

Das Referenzpreissystem ist für Generika gedacht. Generika sind in der Schweiz mehr als doppelt so teuer wie im Ausland. Eine Preisregulierung ist unerlässlich. Die Kosten steigen aber auch unvermindert in allen anderen Medikamentenbereichen. Es ist klar, dass es auch in den anderen Medikamentenbereichen Handlungsbedarf gibt, insbesondere bei patentgeschützten Medikamenten. Aber wir müssen jetzt auch im Generikabereich etwas tun. Wie gesagt, gehöre ich bei dieser Massnahme einer Minderheit an. Mein Minderheitsantrag basiert auf dem Entwurf des Bundesrates, integriert aber die grössten Kritikpunkte aus der bisherigen Diskussion. Erstens: Die Versorgungssicherheit ist bei der Einführung des Referenzpreissystems gewährleistet. Zweitens: Die Therapiesicherheit für die Patienten ist ebenfalls gewährleistet. Wir müssen jetzt wirklich etwas tun, damit Generika kostengünstig werden können.

Letzter Punkt: Ich bin gegen das Beschwerderecht für die Krankenversicherungen gemäss Artikel 53. Ich werde nach gewalteter Diskussion noch etwas dazu sagen. Ich bin nicht der Meinung, dass wir hier der Mehrheit folgen sollten.

Abschliessend halte ich zum Eintreten nochmals fest: Alle wollen die Kosten der Krankenversicherung eindämmen, jede und jeder betont die enorme Wichtigkeit des Anliegens, aber wenn es konkret wird, wird es schwierig, Mehrheiten zu finden. Das muss sich ändern! Wir können heute damit beginnen, wir können heute Verantwortung übernehmen.

L'evoluzione dei premi e dei costi sanitari, pur tenendo conto dell'evoluzione demografica e dell'evoluzione in ambito medico e tecnologico, è preoccupante. Infatti, i costi dei premi malattia negli ultimi vent'anni si sono raddoppiati e pesano in maniera molto pesante sul bilancio di molte famiglie, di molte assicurate, di molti assicurati, diminuendo il loro reddito disponibile. Dobbiamo quindi agire e oggi possiamo fare qualcosa in questo senso con delle misure molto concrete. Si tratta

AB 2021 S 1278 / BO 2021 E 1278

ora di assumerci questa responsabilità per agire sui costi e in questo modo anche sui premi della cassa malati. Vi invito quindi ad entrare nel merito di questa revisione. Come detto mi esprimerò ancora in difesa di alcune proposte di minoranza nell'ambito della deliberazione di dettaglio.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. In modernen, leistungsfähigen Infrastrukturen geben kompetente Fachkräfte mit besten Medizingütern täglich unter schwierigen Umständen ihr Bestes. Dafür gebührt ihnen unser Dank. Unser Gesundheitssystem kostet aber auch viel. Seit über zwanzig Jahren steigen die Gesundheitskosten und die Prämien ungebremst an. Zwischen 1996, als das Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Kraft trat, und 2017 stiegen die Bruttokosten zulasten der OKP von 12 Milliarden auf 32 Milliarden Franken bzw. auf rund 4000 Franken pro Person und Jahr, so die Ausführungen im Bericht des Bundesrates. Das Wachstum geht aber weiter. Die Bruttokosten sind im Jahr 2019 auf 34,4 Milliarden Franken gestiegen. Nach einer kurzen Verschnaufpause dürften die Ausgaben in den nächsten Jahren wieder überdurchschnittlich wachsen. Damit haben sich die Ausgaben innert 22 Jahren fast verdreifacht. Die OKP musste folglich jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich 4 Prozent mehr für die Vergütung von medizinischen Leistungen und Produkten ausgeben.

Im Jahr 2018 konnte der Kostenanstieg dank kostendämpfenden Massnahmen etwas gebremst werden. Trotzdem ist Handlungsbedarf gegeben; der Präsident und meine Vorrednerin haben schon darauf hingewiesen.



Ich meine, dass die Massnahmen, die wir ergreifen, pragmatisch sein und auf unserem föderalen System und den vorhandenen Strukturen aufbauen sollten. Sie sollten alle Akteure mit einbeziehen. Das System neu zu denken oder neu zu strukturieren, wie es andere Länder gemacht haben, würde zwar mehr bewirken. Das Ziel dürfte damit aber selbst auf einer längeren Zeitachse kaum erreicht werden. Bleiben wir deshalb bei unseren Brötchen, und backen wir sie fertig! Selbst diese kleinen Brötchen stossen auf starken Widerstand.

Ich lege meine Interessenbindung offen: Ich bin Präsident des Verbands der kleineren und mittleren Krankenkassen, gleichzeitig aber auch Steuerzahler in diesem Land. Aus diesem Grund unterstütze ich die Vorlage des Bundesrates. Sie geht in die richtige Richtung. Das ist auch der Grund, weshalb ich für Eintreten bin. Die drei massgeblichen Vorschläge, die heute zur Diskussion stehen, finden meine Unterstützung, vielleicht mit einigen Anpassungen.

Ich bin, was das Referenzpreissystem betrifft, bei der Minderheit Carobbio Guscetti. Ich bin überzeugt, dass der Entwurf des Bundesrates mit den Anpassungen, die die Minderheit vorschlägt, in die richtige Richtung geht. Sie würden dazu führen, dass zwischen 310 und 480 Millionen Franken eingespart werden könnten, dies im Gegensatz zum Antrag der Mehrheit der Kommission, mit welchem Einsparungen von rund 200 Millionen Franken möglich wären. Das ist eine grosse Differenz. Die Massnahmen, die im Antrag der Mehrheit Ihrer Kommission vorgesehen sind, könnte der Bundesrat auch mit den gesetzlichen Bestimmungen, die heute schon vorhanden sind, umsetzen. Es bräuchte diese Bestimmungen nicht. Weil der Bundesrat aber diesbezüglich zu wenig stark gehandelt hat, braucht es eben mehr, so wie es die Kommissionsminderheit vorschlägt. Es braucht einen grösseren Druck, damit der Bundesrat handelt und die Kostenstruktur bei den Medikamenten korrigiert.

Wenn Sie die Preise im Inland mit denjenigen im Ausland vergleichen, können Sie eine sehr grosse Preisdifferenz feststellen, eine Preisdifferenz, die zum Teil nicht verständlich ist. Auch wenn man den Generika-Anteil betrachtet, sieht man: Es sind nur 20 Prozent. Auch diesbezüglich könnte mehr gemacht werden. Deshalb habe ich dann aber am Schluss auch Probleme mit der von der Kommission unterstützten Motion, die zum Ziel hat, eine Änderung im Margensystem vorzunehmen. Diese Änderung, meine ich, würde eher dazu führen, dass vor allem günstigere Medikamente viel teurer würden. Ich glaube, das kann ja auch nicht in unserem Sinn sein.

Weiter unterstütze ich auch die Kostensteuerungsmassnahmen in Artikel 47c. Ich meine, die Tarifpartner sollten verpflichtet werden, in den Bereichen, in denen sie die Tarife und Preise vereinbaren, Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren, um Kostensteigerungen entgegenzuwirken. Genau das würde die OKP entlasten, und die Tarifpartner müssten mehr Eigenverantwortung übernehmen. Das sind doch Vorgänge, die bei Leistungsvereinbarungen zwischen Vertragspartnern üblich sind. Es gibt Lieferanten, es gibt Abnehmer, und dort werden ja auch Leistungen verhandelt und Konditionen festgelegt. Ich meine, auch in diesem Bereich sollten wir entsprechende Grundsätze festlegen. Es sollten aber lediglich Grundsätze festgelegt und national definiert werden, die Zielgrössen und Massnahmen wären möglichst nah bei den verantwortlichen Leistungserbringern vorzunehmen, also vorzugsweise auf der Ebene von kantonalen Tarifverträgen.

Neben einer direkten Mengensteuerung kann z. B. auch der forcierte Einsatz der verpflichtenden Umsetzung von Richtlinien und von smarter Medizin eine Möglichkeit zur Margenreduktion bieten. Diesbezüglich, meine ich, könnte auch der Einzelantrag Würth unterstützt werden. Er nimmt ein Anliegen auf, das in der Vernehmlassung zwar vonseiten der Versicherer gefordert worden ist, dann aber keinen Eingang in die Botschaft und die gesetzlichen Grundlagen gefunden hat. Aus diesen Überlegungen heraus werde ich den Einzelantrag Würth unterstützen. Vielleicht könnte er auch die Tür zu einem Kompromiss aufstossen.

Zum Schluss: Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer und Organisationen von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse von Kantonsregierungen finde ich angebracht. Es gab ja früher schon Beschwerderechte der Versicherer. Die Verbandsbeschwerden, die damals eingereicht worden sind, wurden allerdings vom Bundesrat behandelt und beurteilt. Wenn Sie die Botschaft lesen, dann sehen Sie, dass der Bundesrat dazu sagt: "Die Verbandsbeschwerden der Versicherer beim Erlass einer neuen Planung und einer neuen Liste waren verbreitet, als der Bundesrat noch Beschwerdeinstanz war, und wurden oft ganz oder teilweise gutgeheissen." Das heisst also, dass die Beschwerden begründet und nicht einfach aus der Luft gegriffen waren. "Sie führten somit zu einer Überarbeitung der Planungen und Listen. Das vorgesehene Verbandsbeschwerderecht zielt insofern darauf, den Schutz der Interessen der OKP zu gewährleisten, damit die Grundsätze für eine bedarfsgerechte, günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung durch die Kantone eingehalten werden." Das sagt der Bundesrat in der Botschaft – eine Aussage, die ich voll und ganz unterstütze. Ich glaube, in einem Rechtsstaat ist es einfach angebracht, dass es Mittel gibt, gegen Beschlüsse von Behörden Beschwerden einzureichen und beurteilen zu lassen.

In diesem Sinne empfehle ich eben auch Zustimmung und Eintreten und bitte Sie bei diesen drei Massnahmen um Unterstützung.



Berset Alain, conseiller fédéral: Votre débat l'a rappelé, tout le monde s'accorde sur le même constat: les coûts bruts à charge de l'assurance obligatoire des soins ont fortement augmenté entre 1996 et 2019. Ils ont presque triplé durant cette période, passant de 12 à 34 milliards de francs, soit une hausse de 4 pour cent en moyenne par an, et, donc, une augmentation du montant des primes d'assurance-maladie de 4 pour cent en moyenne par an.

Il s'agit là d'une préoccupation majeure du Conseil fédéral. Dans le cadre de la stratégie globale Santé 2020, adoptée en 2013, des mesures ont été prises, comme dans le programme de législature 2015–2019; il en va de même évidemment dans la stratégie Santé 2030.

Je dois vous le dire: nous estimons avoir obtenu un certain nombre de résultats positifs dans la marge de manoeuvre qui est à la seule disposition du Conseil fédéral, sans recours à l'appui du Parlement. On a, d'une part, procédé à un réexamen des médicaments en 2012/13. Pour la seule période entre 2017 et aujourd'hui, des économies pour plus de 600 millions de francs ont été dégagées. Le volume était comparable pour la période entre 2013 et 2017. On est donc

AB 2021 S 1279 / BO 2021 E 1279

largement au-dessus du milliard de francs pour ce qui concerne les médicaments dont le brevet est protégé. D'autre part, le Conseil fédéral est intervenu dès 2018 dans la structure tarifaire Tarmed. Je vous rappelle qu'à cette fin le Conseil fédéral a utilisé sa compétence subsidiaire, car les partenaires tarifaires n'arrivaient pas à s'accorder. En 2017, nous avons estimé que les économies qu'il était possible de générer se montaient à un demi-milliard de francs – tout de même. Beaucoup de doutes étaient apparus, notamment de la part de tous les acteurs de la santé, prévoyant l'échec de cette démarche. Or, le résultat est le suivant: on a réussi à économiser un demi-milliard de francs.

J'ai évoqué ces deux exemples afin de vous montrer que le Conseil fédéral travaille avec engagement et dans la mesure de ses possibilités à contenir les coûts de la santé, cela dans le cadre légal existant.

Cela me permet de nuancer un peu ce que disait M. le conseiller aux Etats Hegglin:

Es geht "ungebremst" weiter. Überhaupt nicht, das Wachstum wurde gebremst. Das ist die gute Nachricht. Wir sind nicht total ausgeliefert. Wir können etwas tun. Wir haben es gezeigt. Die Prämien der letzten drei Jahre und die Prämien des nächsten Jahres sind nicht mehr um durchschnittlich 4 Prozent gestiegen. Der Prämienanstieg in diesen Jahren beträgt plus 0,8, plus 0,2, plus 0,5 und minus 0,2 Prozent.

Cela fait une immense différence quand même. Non, la hausse des primes n'est pas "ungebremst", on peut la freiner, mais on ne réussira pas à la freiner dans la durée sans un engagement fort du Parlement, parce que le Conseil fédéral a maintenant épuisé presque toutes les possibilités qu'il avait; il faut maintenant des modifications de lois pour y parvenir.

Je dois vous dire que j'ai été très heureux de la diminution du coût des primes – moins 0,2 pour cent – sur le plan suisse pour l'année prochaine. Si on y ajoute les remboursements réalisés par les assurances au titre des primes payées en trop, on arrive encore à des coûts inférieurs. Ce qui est je pense assez réjouissant, c'est que ce résultat n'a pas été obtenu par la force, afin de faire baisser les primes à tout prix pour une année donnée, mais avec une explosion des primes l'année suivante. Depuis l'introduction de la LAMal, il y avait déjà eu une diminution des primes, en 2008, mais cette diminution avait été suivie en 2010 d'un véritable choc. Je n'ai plus le chiffre en tête, mais on n'était pas loin d'une augmentation de 10 pour cent des primes. C'est quelque chose qu'on doit évidemment éviter. Il ne s'agit donc pas de piloter politiquement des mesures pour obtenir des effets ponctuels, mais d'essayer d'avoir une certaine stabilité.

Cela dit, et vous avez raison de le mentionner, les coûts, eux, continuent d'augmenter. Il faut agir – et c'est un travail de Sisyphe – chaque année sur la maîtrise des coûts pour pouvoir en contrôler l'évolution. C'est dans cette optique que le Conseil fédéral, suite à tout le long travail effectué avec le groupe d'experts et l'adoption de 39 mesures à l'unanimité, a mis deux projets en consultation. Les deux projets ont été scindés par le Parlement. Le volet 1a concerne les mesures qu'on pourrait définir comme ayant été peu contestées – quoique – et adoptées durant la session d'été 2021. Désormais, il reste trois mesures dans le premier paquet, qui font l'objet du volet 1b, et c'est vrai, il faut le reconnaître, que ce ne sont pas les mesures les plus simples. Elles sont très complexes et avaient été mises de côté dans un premier temps par le Parlement pour avoir plus de temps pour y travailler.

Aujourd'hui, elles sont sur la table. Il s'agit du système de prix de référence pour les médicaments, des mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts et du droit de recours pour les assureurs concernant les planifications hospitalières cantonales.

Ce sont trois domaines qui font l'objet d'intenses discussions et qui sont en partie hautement contestés. Il faut être clair: vous n'allez jamais réussir à maîtriser les coûts dans le domaine de la santé sans que cela fasse



mal à quelqu'un. Cet argent va bien à quelque part. Donc, si vous maîtrisez un peu mieux les coûts, si vous voulez réduire les dépenses, il y a quelqu'un qui va encaisser un peu moins d'argent. Cela n'est pas forcément agréable pour ceux que cela touche directement. C'est tout le problème que nous avons, même si globalement tout le monde s'accorde à dire qu'il faut agir de manière plus engagée encore. Nous avons le souhait de le faire avec le soutien du Parlement.

Je viendrai tout à l'heure sur les propositions qui ont été faites par votre commission. Pour l'essentiel, j'aimerais vous inviter à soutenir les propositions de votre commission, notamment celle qui a trait au droit de recours des fédérations d'assureurs et à la gestion des coûts, à l'article 47c, que votre commission soutient. C'est une mesure extrêmement importante; je suis donc très heureux de voir le soutien de votre commission à cet article. Par contre, là où il y a une différence entre le Conseil fédéral et la commission, c'est sur le système de prix de référence pour les médicaments; je vous inviterai tout à l'heure à suivre la minorité. Il s'agit aussi d'une mesure extrêmement importante; on ne peut pas simplement dire qu'on veut combattre l'augmentation des coûts et, ensuite, parce qu'évidemment cela fait mal à quelqu'un, freiner la mise en oeuvre de mesures.

Aujourd'hui, on a vraiment besoin de ces mesures. C'est la raison pour laquelle j'aimerais vous demander d'entrer en matière sur le projet – je crois que cela a été fait sans opposition dans votre commission – et, ensuite, de prendre des mesures qui soient justes, mais qui soient suffisamment résolues pour avoir un effet. C'est ce qu'il va falloir réussir à faire ce matin, parce que le Conseil fédéral, avec les compétences qu'il a en main sur le plan des ordonnances, est arrivé au bout de ses possibilités. Nous avons bientôt épuisé toutes les mesures que nous pouvions prendre avec le tarif, avec les médicaments. Pour le reste, il y a besoin de ces modifications légales que vous avez sur la table. Je vous invite à entrer en matière sur le projet.

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 und Ingress; Ziff. I Einleitung; Ersatz von Ausdrücken; Art. 42 Abs. 3; 43 Abs. 5, 5ter

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule; ch. I introduction; remplacement d'expressions; art. 42 al. 3; 43 al. 5, 5ter

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Artikel 44 Absatz 1 werden wir gemeinsam mit Artikel 52 behandeln. Es handelt sich dort um Konzeptanträge.

Art. 44a

Antrag der Kommission

Streichen

Art. 44a

Proposition de la commission

Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Diese Bestimmung wurde durch den Nationalrat eingefügt; der Bundesrat hat sie nicht vorgesehen. Der Nationalrat hat entschieden, dass er das Gewinnverbot für die Krankenkassen in der Grundversicherung kippen will; das ist die Essenz dieses eingefügten Artikels. Er hat dafür gestimmt, dass ein Teil der in Tarifverträgen ausgehandelten Rabatte an die Versicherten gehen soll. Dieser Entscheid fiel im Nationalrat mit 117 zu 67



AB 2021 S 1280 / BO 2021 E 1280

Stimmen bei 1 Enthaltung. Konkret sollen Rabatte, die Versicherer aushandeln, zu 25 Prozent an die Versicherten und zu 75 Prozent an die Versicherer gehen. Das soll für die Versicherer Anreize zur Kostendämpfung schaffen.

Bisher galt in der Grundversicherung der Grundsatz – und er gilt weiterhin –, dass die Prämien kostendeckend sind und alle Überschüsse zurück an die Versicherten gehen. Ihre Kommission hielt fest, dass dieses Gewinnverbot in der Grundversicherung nicht angetastet werden dürfe. Der Artikel würde auch wenig zur Kostendämpfung beitragen. Er stünde auch im Widerspruch zu anderen Bestimmungen im KVG, z. B. zu Artikel 56 Absatz 3bis.

Ihre Kommission lehnt diesen Artikel einstimmig ab.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'aimerais brièvement vous dire que nous sommes très heureux de la position claire de votre commission. En effet, cette proposition du Conseil national implique vraiment un changement de principe extrêmement important dans l'assurance obligatoire des soins, qui deviendrait possible avec cet article, notamment avec son alinéa 2.

Que signifie le fait de prévoir que, lorsque des économies sont réalisées, 75 pour cent bénéficient à l'assuré, mais que 25 pour cent restent à la libre disposition de l'assureur? Cela signifie concrètement qu'il deviendrait possible, pour les assureurs, de générer des bénéfices dans l'assurance obligatoire des soins. C'est un principe auquel je dois vraiment vous inviter à ne pas toucher.

C'est la raison pour laquelle, sans aller plus dans le détail, je vous invite à suivre ici la proposition de votre commission, qui s'est beaucoup impliquée dans ce dossier. Nous avons eu un rapport spécifique, qui a été réalisé pour faire le tour de la question. Je vous invite à suivre votre commission.

Angenommen – Adopté

Art. 47a, 47b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 47c

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Bischof, Dittli, Gapany, Germann, Kuprecht)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag Würth

Abs. 2, 3

Streichen

Abs. 3bis

Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten. Werden sie in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert, sind sie durch den Bundesrat zu genehmigen.

Abs. 5

... der zuständigen Behörden und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.

Abs. 6

Die Verträge nach Absatz 3bis müssen Regeln ...

Abs. 8

Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Können sich die



Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände sind verpflichtet, der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos die Informationen zu liefern, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.

Abs. 9

... nach Absatz 8 kann die zuständige Behörde gegen ...

Art. 47c

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Bischof, Dittli, Gapany, Germann, Kuprecht)

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition Würth

Al. 2, 3

Biffer

Al. 3bis

Les mesures visées à l'alinéa 1 peuvent être intégrées dans des conventions tarifaires dont la validité s'étend au niveau cantonal ou être définies dans certaines conventions cantonales; celles-ci doivent être soumises aux gouvernements cantonaux pour approbation. Si elles sont intégrées dans des conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse, elles doivent être approuvées par le Conseil fédéral.

Al. 5

... des autorités compétentes et prévenir, de manière appropriée, une insuffisance ou un excédent de l'offre.

Al. 6

Les conventions visées à l'alinéa 3bis doivent prévoir ...

Al. 8

Les partenaires tarifaires soumettent les mesures convenues aux autorités cantonales ou nationales compétentes pour la planification et la gestion des différents domaines concernés. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures de gestion des coûts, l'autorité compétente pour la planification et la gestion fixe ces mesures. Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives sont tenus de communiquer gratuitement à l'autorité compétente, sur demande, les informations nécessaires pour fixer les mesures.

Al. 9

... prévue à l'alinéa 8, l'autorité compétente peut prononcer ...

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich muss vielleicht noch meine Interessenbindungen offenlegen: Ich bin Mitglied des Verwaltungsrates der CSS und des Vorstandes von Spitex Schweiz. Das hat nicht speziell mit Artikel 47c etwas zu tun, aber ich habe es verpasst, das am Anfang zu erwähnen.

Artikel 47c ist einer der Kernpunkte dieser Vorlage. Er entspricht eigentlich der Umsetzung der Motion 18.3305. Mit der 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 Kosteneindämmungselement enthalten. Ein zu hohes Kostenwachstum der in Tarifverträgen vorgesehenen Leistungen soll in den Folgejahren automatisch zur Senkung der entsprechenden Tarife führen."

Der Nationalrat hat den Entwurf des Bundesrates zu Artikel 47c mit 91 zu 90 Stimmen abgelehnt, dies vor allem mit Blick auf das Paket 2, in dem die Zielvorgabe des Bundesrates enthalten ist. Es mache keinen Sinn, die Massnahmen gemäss Artikel 47c vorher aufzunehmen. Dagegen wurde schon im Nationalrat argumentiert, dass Artikel 47c völlig unabhängig vom zweiten Kostendämpfungspaket umgesetzt werden könne. Es sei durchaus vernünftig, in einem ersten Schritt die Tarifpartner zu beauftragen und dann in einem zweiten Schritt übergeordnete Ziele festzusetzen, so wie es der Bundesrat eigentlich auch vorsieht.

In unserer Kommission wurden ein Gutachten von Professor Kieser und eine Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz



dazu beraten. Das Gutachten Kieser erachtete Artikel 47c als nicht verfassungskonform. Das Bundesamt für Justiz hingegen geht davon aus, dass im Gutachten eine zu enge Interpretation der Verfassung vorliege und dass Artikel 47c nicht eine Rationierung bedeute. Das Recht auf Leistung werde nicht eingeschränkt, die Verfassungsmässigkeit sei gegeben. Voraussetzung ist natürlich, dass die Auslegung und Anwendung der Gesetzesbestimmung auch dem übergeordneten Recht entspricht. Es gehe beim Artikel primär um eine Stärkung der Tarifpartner. Man erfülle den Auftrag, den sich das Parlament mit der Motion 18.3305 – ich habe deren Wortlaut zitiert – selber gegeben habe. Zudem wurde mit der Motion 19.3419 der SGK-S, "Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen", vom 15. April 2019 das Gleiche verlangt. Diese Motion wurde von beiden Räten angenommen und dann abgeschrieben, weil das Anliegen in das vorliegende Projekt aufgenommen wurde. Es liegt jetzt vor uns.

Zum Verhältnis zum Kostenziel im Paket 2: Die Vorgabe ist eine übergeordnete Massnahme, die für das gesamte Kostenwachstum ein gewisses Ziel festlegt. Artikel 47c ist nur eine der Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums, und zwar in einem bestimmten Bereich. Er ist eine Ergänzung der Zielvorgabe, nicht ein Ersatz für diese. Zudem sind die Adressaten andere, das wurde in der Kommission auch festgehalten: Artikel 47c richtet sich an die Tarifpartner, also an die privatwirtschaftliche Ebene, und der Gegenvorschlag, also die Zielvorgabe im Paket 2, richtet sich an die Behörde.

Diskutiert wurde auch eine Anpassung von Artikel 47c, damit auch auf kantonaler Ebene abgeschlossene Tarifverträge mitgemeint sind. Wir nähern uns hier also der Diskussion, die wir zum Einzelantrag Würth führen werden. Dagegen wurde vorgebracht, dass es sich bei den Tarifverträgen um nationale Verträge handle, das Werk im Grundsatz national sei. Aber die Umsetzung – so wurde uns versichert – könne gegebenenfalls kantonal erfolgen. Zudem wurde vorgebracht, dass man allenfalls die Bestimmung so ergänzen sollte, dass eine drohende Unter- oder Überversorgung berücksichtigt wird. Das wurde jedoch als nicht notwendig erachtet, da sich das von selbst verstehe und bei der Umsetzung von Artikel 47c berücksichtigt werden müsse. Das sei in Artikel 43 Absatz 4 KVG schon enthalten.

Die Frage drängte sich dann auf, ob es denn schade, wenn man die kantonale Ebene mit einbeziehe, wie es notabene auch von den Kantonen gefordert wird. Die Diskussion, die jetzt mit dem Einzelantrag Würth aufgenommen wird, haben wir in der Kommission geführt. Wir haben aber keine Abstimmung gemacht, sondern nur ein Stimmungsbild eingeholt. Der Antrag, der uns vorlag und dann zurückgezogen wurde, war aber nicht deckungsgleich mit dem Einzelantrag Würth. Insofern kann ich als Kommissionssprecher nicht viel mehr zum Einzelantrag Würth sagen, nur, dass wir im Grundsatz die Diskussion schon geführt haben. Wie von Kollege Hegglin schon erwähnt, wurde in der Vernehmlassung auch gefordert, dass die Kantone zu beteiligen seien, aber das fand keine Aufnahme in die Vorlage.

Zu Artikel 47c wurden in der Kommission generell – nicht zur Frage der kantonalen Beteiligung – Befürchtungen geäussert, dass es sich bei dieser Bestimmung um ein Bürokratiemonster handle. Und es wurde gefordert, dass man, wie erwähnt, das Anliegen erst im Gegenvorschlag behandeln solle, also im Paket 2, und nicht hier im Paket 1b.

Ihre Kommission hat sich mit 7 zu 6 Stimmen für die Beibehaltung von Artikel 47c, also für den Entwurf des Bundesrates, entschieden. Die Minderheit wird ihren Standpunkt noch vertreten.

Würth Benedikt (M-E, SG): Das Gesundheitswesen ist nicht nur gesellschaftlich, sondern auch ökonomisch von zentraler Bedeutung.

Wir haben es vorhin bei der Eintretensdebatte gehört: Was den prämiertenfinanzierten Teil anbelangt, können wir eigentlich Erfolge vorweisen. Dem ist nicht zu widersprechen. Sie wissen aber auch, dass das Gesundheitswesen nicht nur prämierten-, sondern auch steuerfinanziert ist. Wenn Sie hier auf die aktuellen Berichte des Bundes eingehen – ich spreche den Bericht "Langfristperspektiven für die öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2021" an –, sehen Sie natürlich, dass das Thema Gesundheit nach wie vor die zentrale Herausforderung bleibt, insbesondere für die Kantone. Mit meinem Einzelantrag möchte ich die Kantone im Grunde genommen in das Konzept des Bundesrates einbauen.

Natürlich kann man bei dieser Diskussion das Thema der Wirtschaftsfreiheit einbringen. Was bedeutet Wirtschaftsfreiheit im Kern? Wirtschaftsfreiheit bedeutet, dass wir, entsprechend Angebot und Nachfrage, eine freie Preisbildung haben. Das wäre eigentlich ein freiheitliches Gesundheitssystem. Aber just beim Gesundheitssystem haben wir das nicht. Einerseits haben wir eine Absatzgarantie, d. h. den Kontrahierungszwang, andererseits eine Preisgarantie, also den Tarifschutz. Wenn man es ökonomisch und logisch zu Ende denkt, ist es nun mal so: Diese beiden Garantien setzen Anreize in Richtung Mengenausweitung. Das lässt sich im Prinzip gar nicht vermeiden. Darum kann man nun schon sagen, der Staat solle sich da weiter zurückhalten. Wenn wir jedoch diese beiden Eckpunkte im Gesundheitssystem belassen, brauchen wir schlussendlich



Instrumente zur Steuerung der Kosten.

Grundsätzlich ist das Modell sehr subsidiär angelegt. Es verpflichtet in erster Linie die Tarifpartner. Das ist auch richtig so. Beim Entwurf des Bundesrates ist das Problem nach meiner Beurteilung, aber auch nach Beurteilung vieler Vernehmlassungsteilnehmer, wie der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der Westschweizer Kantone – von allen haben Sie ja Post erhalten –, dass gerade die Kantone in diesem Konzept noch nicht berücksichtigt sind.

Was bedeutet das Thema für die Kantone? Einfach nochmals, damit Sie ein Gefühl dafür bekommen, wie finanziell gewichtig der Gesundheitssektor auf kantonaler Ebene ist: Man rechnet, dass ungefähr 14 Prozent eines kantonalen Haushalts auf Gesundheitsausgaben entfallen – 14 Prozent. Wenn Sie das auf den Bundeshaushalt umrechnen, wären das 11,2 Milliarden Franken, also mehr als ein doppeltes Armeebudget. Ich rechne das vor, um die Sensibilität zu unterstreichen, welche die Kantone beim Thema der Kostensteuerung und des Gesundheitswesens haben.

Um in einem System möglichst optimale Allokationen zu bekommen, gehören letztlich Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung zusammen. Das ist ein Grundsatz, den wir immer wieder zitieren, aber in der Politik ist es schwierig, dem nachzuleben. Im Prinzip ist es einfach: Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung gehören möglichst zusammen.

Nun, wie sieht das heute aus? Wenn wir zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich differenzieren, kann man sagen, dass wir im stationären Bereich eigentlich einiges erreicht haben. Die Kantone bezahlen 55 Prozent der stationären Leistungen, aber sie haben auch Steuerungselemente: die Spitalplanung; die Spitalliste; sie genehmigen die Tarife, welche zwischen Leistungserbringer und Versicherer ausgehandelt werden. Im ambulanten Bereich ist nun einiges in Bewegung. Die Kantone finanzieren diesen nicht – man muss betonen: noch nicht. Sie werden mit Efas hier in eine Mitfinanzierungsrolle kommen. Man rechnet kalkulatorisch mit etwa 24 Prozent. 24 Prozent der ambulanten Leistungen sollen künftig von den Kantonen, sprich von den kantonalen Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern, finanziert werden.

Nun stellt sich natürlich zwangsläufig die Frage, wie die Steuerungsmittel aussehen, welche die Kantone haben, wenn sie in einem neuen Bereich derart stark mitfinanzieren. Hier haben wir mittlerweile einiges wieder eingeführt; ich spreche die Zulassungssteuerung an, sie ist ein wichtiges und wirksames Mittel. Aber es reicht natürlich noch nicht, insbesondere dann, wenn wir eben eine problematische Kosten- und Mengenentwicklung haben.

Hier setzt eigentlich der Antrag an. Ich meine, dass wir das Instrument der subsidiären Kompetenz auch bei den kantonalen Verträgen implementieren müssen. Das ist eigentlich letztlich nur logisch. Es ist auch wichtig, die Kantone hier einzubinden, weil sich das Problem der Kosten- und Mengenentwicklung in diesem Land nicht gleichmässig präsentiert. Das Problem manifestiert sich insbesondere in den städtischen

AB 2021 S 1282 / BO 2021 E 1282

Räumen, weniger in den ländlichen Räumen, weniger in den ländlichen Kantonen. Darum ist es eben auch wichtig, dass wir hier einen flexiblen Ansatz einbauen und nicht die subsidiäre Kompetenz integral auf Bundesebene ansiedeln. Der Ansatz, der hier verfolgt wird, ist, dass man bei der zuständigen Behörde anknüpft – bei der zuständigen Behörde. Das ist bei nationalen Verträgen der Bundesrat, bei kantonalen Verträgen sind es die jeweiligen Kantone. Wir haben also einerseits eine subsidiäre Kompetenz des Bundes in Absatz 8, was die nationalen Verträge anbelangt, und bei den kantonalen Verträgen liegt sie logischerweise bei den Kantonen. Nur eine subsidiäre Bundeskompetenz scheint mir bei Lichte betrachtet eben nicht sachgerecht.

Ich fasse das Materielle zusammen. In der Vorlage haben wir die Pflicht der Leistungserbringer und der Versicherer, in ihren Vereinbarungen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorzusehen. Ich glaube, insgesamt handelt es sich um ein potenziell wirksames Instrument. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz der Kantone müssen aber im Einklang mit den Vereinbarungen der Tarifpartner sein. Die beantragte ergänzte Regelung stützt sich auch auf bereits vorhandene Erfahrungen; das scheint mir auch noch wichtig. Herr Bundesrat Berset hat zu Recht beim Eintreten auch auf die Einführung des Tarmed hingewiesen. Die Leistungs- und Kostenvereinbarung bei der Einführung des Tarmed war ein wichtiges Element. Das hat sich im Grundsatz eigentlich bewährt. Wir bauen auf diesen Erfahrungen auf, auf nichts anderem.

Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen. Er nimmt die Kantone mit ins Boot. Das scheint mir aufgrund des Gesagten wichtig. Wir müssen einfach sehen, wie stark die Kantone hier in einer Mitverantwortung sind, in einer finanziellen Mitverantwortung, aber auch in einer versorgungspolitischen Mitverantwortung.

Vielleicht noch ein Wort zum Formellen, das scheint mir auch noch wichtig: Wenn wir dem Minderheitsantrag Müller Damian zustimmen, haben wir eigentlich keine Differenz mehr. Dann wird dieses Thema vom Tisch sein;



das wäre bedauerlich. Ich persönlich habe aber auch Mühe – darum habe ich ja den Einzelantrag eingereicht – mit dem Mehrheitsantrag, weil er eben nur eine subsidiäre Bundeskompetenz abdeckt. Wenn wir meinem Einzelantrag zustimmen, haben wir auf jeden Fall eine Differenz. Man kann die Bestimmung von mir aus im weiteren Verfahren auch noch optimieren. Man wird auch die Übergangsbestimmungen noch anpassen müssen. Zentral scheint mir aber, dass wir hier heute einen Pflock einschlagen und eine Bestimmung erlassen, mit der die Kantone eben auch einbezogen sind. Nur mit einem gemeinsamen Ansatz von Bund, Kantonen und Versicherern schaffen wir eine bessere Kostendämpfung, und das ist letztlich das Ziel dieser Vorlage, darauf müssen wir hinarbeiten.

Darum bitte ich Sie, meinem Einzelantrag zuzustimmen.

Müller Damian (RL, LU): Ich lege auch hier meine Interessenbindung offen: Ich bin im Sounding Board der FMH, bin aber gleichzeitig, wie es Kollege Hegglin gesagt hat, auch Steuer- und Prämienzahler.

Wenn ich mir nun Artikel 47c, das ist ein eigentlicher Schwerpunkt dieser Vorlage, ansehe, dann muss ich klar sagen, dass die Minderheit dessen Streichung vor allem aus grundsätzlichen gesetzgeberischen Überlegungen beantragt. Als Legislative beraten wir das, was zusammengehört, in der Regel auch zusammen. Dieser Grundsatz hat sich in der Vergangenheit mehrfach bewährt.

Im vorliegenden Fall haben wir drei Projekte auf dem Tisch: Das erste Projekt ist die Kostenbremse-Initiative der Mitte, das zweite – seit dem 10. November dieses Jahres – eine Botschaft des Bundesrates für einen indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative, die sogenannte Zielvorgabe, und das dritte eben der vorliegende Artikel 47c, der ebenfalls im Entwurf des Bundesrates enthalten ist. Er soll die Zielvorgabe umsetzen.

Für die Minderheit ist offensichtlich, dass diese Punkte zusammen beraten werden müssen. Wir haben uns eine Meinung zur Initiative zu bilden, wir müssen uns fragen, ob es dazu einen Gegenvorschlag braucht und, wenn ja, wie dieser dann auszusehen hat. Dann haben wir zu entscheiden, wie ein solches Instrument überhaupt umgesetzt werden soll. Es gibt keinen Grund, diese bewährte Reihenfolge für eine kohärente Gesetzgebung auf den Kopf zu stellen. Es ist nicht einzusehen, warum konkrete Umsetzungsmassnahmen jetzt und heute beschlossen werden sollen, bevor überhaupt der Grundsatz diskutiert und entschieden worden ist.

Es ist im Übrigen nicht so, dass wir nun nichts tun. Wir haben beschlossen, dass die Zahl der Leistungserbringer limitiert wird. Neu können wir über den Qualitätsartikel auffällige Leistungserbringer sanktionieren, und wir haben die Finanzierungsreform Efas. Alle diese Gesetze haben Einsparpotenzial und sind erst kürzlich beschlossen worden oder werden es, im Falle von Efas, demnächst. Im Alltag wird sich dann zeigen, welche konkrete Wirkung sie haben. Das dürfte ein bisschen Zeit brauchen. Die Patientinnen und Patienten in unserem Land sind dankbar, wenn wir hier mit Vorsicht und Umsicht legislieren. Ich danke Ihnen, wenn Sie den Minderheitsantrag unterstützen und sich somit dem Beschluss des Nationalrates anschliessen.

Herr Präsident, ich erlaube mir trotzdem, zum Einzelantrag Würth noch zwei, drei Sätze zu verlieren, weil ich der Auffassung bin – es tut mir leid, Kollege Würth –, der Einzelantrag Würth sei eigentlich schlimmer als der Antrag der Mehrheit. Man muss klar sagen, dass hier nun die Zulassungssteuerung eigentlich über die Kantone geregelt werden soll, und somit will der Einzelantrag Würth die Versicherung komplett aushebeln. Das ist so nicht vorgelegen. Ich erlaube mir eine inhaltliche Bemerkung zu diesem Antrag: Er adressiert mit seiner Modifikation einen wesentlichen Punkt nicht. Der Bundesrat verfügt über einen weiteren Ermessensspielraum, wenn er Korrekturregeln in Verträgen genehmigt oder subsidiär erlässt; das ist das eine. Das andere ist: Korrekturen können sowohl in Konflikt mit dem Sozialziel als auch in Konflikt mit der Grundversorgung geraten. Es gilt, die Korrekturen dann genauer anzuschauen, zu klären und zu bestimmen. Den Verfassungsvorgaben und dem Verhältnismässigkeitsgebot ist hier Rechnung zu tragen.

Wir sprechen also beim Einzelantrag Würth klar über ambulante Versorgung, für die die Kantone überhaupt nichts zu bezahlen haben, auch wenn man vielleicht in der nächsten Geländekammer mit Efas dann etwas legisliert. Das soll man aber dann zusammen mit diesen Gesamtpaketen anschauen.

Deshalb bitte ich Sie: Distanzieren Sie sich von diesem Einzelantrag, schliessen Sie sich hier dem Nationalrat an, gehen Sie mit der Minderheit. Auch hier ist noch einmal zu unterstreichen: Eine adäquate Diskussion gibt es nur in der Kommission und nicht im Plenum.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Die Massnahme zur Steuerung der Kosten, die wir jetzt diskutieren, ist wichtig; sie kann viel zur Kostendämpfung beitragen. Wie Sie sehen, gehöre ich zur Mehrheit; ich bin der Meinung, dass wir da jetzt wirklich etwas tun sollten. Die Massnahme betreffend Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner nach Artikel 47c ermöglicht, dass die Leistungserbringer und die Versicherer in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten entwickeln können. Das ist wichtig und basiert auf einem Beschluss unseres Rates. Ich habe es beim Eintreten erwähnt, und der Berichterstatter hat es auch klar dar-



gestellt: Der Ständerat hat mit der Motion 19.3419 gefordert, dass das KVG wie folgt geändert wird: Es muss gewährleistet sein, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln.

Artikel 47c entspricht also einem Auftrag des Parlamentes. Ziel ist es, ungerechtfertigte Kosten im Gesundheitswesen, die durch die Erbringung von medizinisch nicht notwendigen Leistungen entstehen, zu verhindern. Dies steht nicht im Widerspruch zu anderen, bereits beschlossenen Steuerungsinstrumenten, wie der Qualitätsvorlage oder der Zulassungssteuerung bei den Leistungserbringern. Artikel 47c ist also eine wichtige Kostendämpfungsmassnahme, welche die Tarifpartnerschaft stärkt. Die Massnahme zur Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner soll aber nicht zu einer Rationierung der Gesundheitsdienstleistungen führen. Das ist so

AB 2021 S 1283 / BO 2021 E 1283

gesagt worden. Der Wille der Mehrheit der Kommission und des Bundesrates ist in der Diskussion um diesen Artikel auch klar zum Ausdruck gekommen.

Wir haben jetzt einen neuen Einzelantrag Würth, der diese Massnahme zur Steuerung der Kosten in den Tarifverträgen auch auf die kantonalen Verträge ausweiten will. Diese Diskussion hatten wir schon in der Kommission; ich hatte das Thema selbst eingebracht, weil es ein grosses Anliegen der Kantone war und weil ich der Meinung bin, dass es wichtig ist, dass wir es berücksichtigen. Wieso? Weil das Risiko besteht, dass wir am Ende, wenn wir auf diese Elemente keine Rücksicht nehmen, nichts mehr haben. Ich finde, der Minderheitsantrag Müller Damian heisst nicht nur "Streichen". Wenn wir in diese Richtung gehen, heisst das nichts tun in einem Bereich, in dem wir wirklich Handlungsbedarf haben, in dem wir wirklich jetzt etwas tun müssen, um die Kosten zu steuern.

Deshalb sehe ich in dieser Kompromisslösung die Möglichkeit, eine Differenz zu schaffen, um diesen Artikel und damit die Ausweitung auf die kantonalen Verträge bei den Massnahmen zur Steuerung der Kosten in der Differenzbereinigung nochmals anzuschauen, um zu schauen, ob wir wirklich in die Richtung gehen sollen, in die die Kantone gehen wollen. Wichtig ist meiner Meinung nach, dass wir jetzt grundsätzlich beschliessen, dass Massnahmen betreffend die Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner nötig sind, dass wir diesen Grundsatzentscheid jetzt fällen und dass wir schauen, ob man die Massnahmen für die Tarifverträge auch auf die kantonale Ebene ausweiten sollte oder ob das – wie vom Bundesrat vorgeschlagen – nur auf nationaler Ebene erfolgen soll.

Meiner Meinung nach ist es wichtig – ich betone es deshalb noch einmal –, dass wir nicht in Richtung Streichung gehen, wie die Minderheit Müller Damian und der Nationalrat es wollen, denn das würde heissen, nichts zu tun, dies in einem der zwei Bereiche, die in diesem Paket 1b wichtig sind und die wirklich eine Möglichkeit schaffen, die Kosten zu steuern und gleichzeitig die Tarifpartnerschaft zu stärken.

Germann Hannes (V, SH): Ich bitte Sie, dem Minderheitsantrag Müller Damian zuzustimmen. Warum? Die Bedenken sind bekannt. Wir haben das erwähnte Gutachten Kieser. Wenn ein Artikel nur als verfassungswidrig oder grenzwertig ausgelegt werden kann, dann sollten wir ihm nicht zustimmen. Das Bundesamt für Justiz hat nämlich in einer Stellungnahme zuhanden der SGK-S festgehalten: "Artikel 47c E-KVG ist so auszulegen und anzuwenden, dass er dem Sozialziel, allen Versicherten die für ihre Gesundheit notwendige Pflege zu ermöglichen, Rechnung trägt." Das kann ich hier nicht erkennen.

Im Übrigen überlege ich mir, wohin dieser Artikel führt, und das müssen Sie sich auch überlegen. Er führt nämlich langsam, aber sicher zur Einheitskasse. Ich bitte Sie, das zu bedenken. Ich habe keinerlei Interessen in diesem Bereich, ausser die eines Schweizerbürgers oder eines Zahlers natürlich, eines Steuerzahlers und Prämienzahlers. Aber hier verstricken wir uns immer tiefer ins Dickicht der Regulierungen. Ich frage mich, wo da am Schluss der Spareffekt sein soll.

Artikel 47c verlangt Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Er verlangt in den Tarifverträgen ein flächendeckendes Monitoring mit Korrekturregeln, je nach Mengenentwicklung. So meine ich eigentlich, dass wir ihn streichen sollten, weil die Wirkung der Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer noch nicht bekannt ist. Aber das wäre ja gerade das A und das O.

Die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist auch nicht gegeben. So verweise ich auf Efas, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung. Dort können wir das Einsparpotenzial in der integrierten Versorgung realisieren. Das sollte einer Kostendämpfung durch Tarifsteuerung vorgezogen werden.

Allenfalls können wir das dann später zusammen mit den Kostenzielen beim indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" diskutieren. Aber jetzt, im Moment, bitte ich Sie, sich hier gemäss Minderheit Müller Damian dem Nationalrat anzuschliessen.



Ich sage noch ein Wort zum Einzelantrag Würth. Ich habe gedacht: Auf der einen Seite hat er etwas Positives; er führt nämlich dann nicht so direkt zur Einheitskasse. Er will den Kantonen den Spielraum geben, den sie als wesentlicher Player in der ganzen Geschichte eigentlich auch haben. Auf der anderen Seite widerspricht sich Kollege Würth eben irgendwie selbst. Einerseits seien in erster Linie die Tarifpartner gefragt, sagt Kollege Würth, andererseits will er die Kantone dann im Lead haben – das passt für mich irgendwie nicht zusammen. Darum bitte ich Sie, diesen Einzelantrag abzulehnen. Wenn es dann zu einer Differenzbereinigung kommen sollte, könnte man immer noch darüber diskutieren, ob es Optimierungsbedarf gäbe. Aber im Moment kommt für mich nur die Streichung von Artikel 47c gemäss Minderheit Müller Damian infrage.

Gapany Johanna (RL, FR): Permettez-moi peut-être un complément par rapport à l'article 47c, qui devrait selon moi être biffé – ou du moins traité séparément de la présente loi. A ce stade, les effets de cet article ne sont pas clairs, et un traitement parallèle permettrait notamment de les clarifier et de voir en détail quel serait son mécanisme et quelles en seraient les conséquences. Par exemple, sa formulation est très ouverte. Elle est si ouverte que l'application pourrait être problématique par rapport à notre Constitution. Notre collègue Hannes Germann vient de le dire, il vient de citer l'Office fédéral de la justice, qui met encore plus en évidence notre devoir de clarté pour garantir l'accès aux soins nécessaires.

Nous sommes les législateurs, et si nous voulons vraiment cet article, il doit alors être formulé dans la loi de manière à ce qu'il soit appliqué conformément à la Constitution. Il ne devrait ainsi pas empêcher des assurés de bénéficier des soins dont ils auraient besoin, ou alors les obliger à entreprendre des démarches bureaucratiques complexes pour se voir rembourser ces soins, ce qui serait le cas dans le cadre par exemple d'exceptions. Avec la formulation actuelle, on n'a pas cette garantie.

Je reprends l'article 47c et notamment l'alinéa 6, qui prévoit que "les conventions visées à l'alinéa 2 doivent prévoir des règles correctrices en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport à une période définie dans la convention. Elles doivent également mentionner les facteurs qui peuvent expliquer une augmentation des quantités et des coûts, mais qui échappent à l'influence des fournisseurs de prestations et des assureurs". On comprend à ce stade que l'alinéa 6 demande des corrections en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts. Il prévoit surtout qu'il faut tenir compte des facteurs non influençables, à savoir le vieillissement et la morbidité. Pourtant, on ne peut pas dire que des facteurs influençables génèrent forcément des prestations inutiles.

Alors si l'efficience est une opportunité – et j'y suis évidemment favorable –, ce genre de formulation générale représente un risque pour les patients. Pour ma part, je ne suis pas prête à prendre ce risque, ce risque de voir certaines prestations ne plus être remboursées, en raison des mesures de correction. Si les mesures de correction, selon l'article 47c, sont mises en oeuvre par des interventions tarifaires, on peut lire dans le message du Conseil fédéral que cela se fera via des remboursements, des réductions tarifaires ou encore des tarifs dégressifs. Ces mesures de correction conduiront probablement à une tarification insuffisante – ou alors, si le seuil est atteint pour une position tarifaire –, à une prestation qui pourrait ne plus être fournie.

Alors, dans le fond, c'est un seul article, j'en conviens, mais il sème une certaine incertitude dans l'accès aux soins. Je me méfie des instruments qui ont l'air bien à première vue, mais qui ne permettent certainement pas de déterminer quelles prestations sont inutiles dans des cas individuels. On sait à quel point c'est complexe par rapport à la santé.

C'est un instrument technique et, finalement, assez basique, comme cela a été expliqué, mais ce n'est pas un instrument juste. Il me semble donc important et raisonnable du point de

AB 2021 S 1284 / BO 2021 E 1284

vue législatif qu'on se penche en priorité sur le principe de base et qu'on sorte l'article 47c du projet. Je vous invite donc à soutenir la minorité qui vous demande de biffer l'article précité du projet.

Dittli Josef (RL, UR): Ich möchte zuerst meine Interessenbindung im Zusammenhang mit dieser Vorlage offenlegen: Ich bin Präsident des Krankenversichererverbandes Curafutura.

Ich bitte Sie, der Minderheit Müller Damian zu folgen. Es gibt dafür prozessuale Gründe, es gibt auch inhaltliche Gründe.

Zuerst zum Prozessualen: Mir ist es ein Anliegen, den Zusammenhang zwischen Globalbudget, Kostenzielen und Kostensteuerung aufzuzeigen – wir reden ja jetzt hier von der Kostensteuerung -: Das alles gehört zum selben Rezept der staatlichen Steuerung. In einem Satz könnte man es so formulieren: Das Globalbudget als eigentliches Ziel der Bemühungen ist eine Vorgabe, Kostenziele sind eine Methode, und die Kostensteuerung ist ein konkretes Instrument für den Teilbereich der Tarifverträge. Es ist egal, ob top-down oder bottom-up



durchdekliniert wird; das alles hängt am gleichen Seil.

Nun gibt es ja die Kostenbremse-Initiative der Mitte. Es gibt einen bundesrätlichen Gegenvorschlag. Dieses Geschäft kommt nächstes Jahr ins Parlament.

Wir wissen, dass mit dieser Vorlage jetzt eine Gesetzesänderung vorliegt, die Einfluss auf die Tarifverträge haben soll. Das ist also unzweifelhaft ein Umsetzungsinstrument für die Kostenziele. Aber wie es auch Kollege Müller gesagt hat: Wir nehmen damit ein zentrales Element aus der anstehenden Diskussion zur Initiative der Mitte und zum indirekten Gegenvorschlag heraus. Die Materie wird somit auf mehrere Vorlagen verteilt, ob man das jetzt gut findet oder nicht. Ich bin klar der Auffassung, wir sollten hier im Sinne der Einheit der Materie die Diskussion über die gesamte Problematik führen.

Ich komme nun zum konkreten Inhalt und zum bundesrätlichen Entwurf, den der Nationalrat übrigens gestrichen hat. Das Krankenversicherungsgesetz sieht ja einen unbedingten Leistungsanspruch der versicherten Personen für die Übernahme der Kosten von versicherten Leistungen vor. Somit steht eine Kostensteuerung grundsätzlich im Widerspruch zu diesem Leistungsanspruch, und es gibt Grenzen in der Umsetzbarkeit. Einmal davon abgesehen, dass damit ein grosser administrativer Aufwand generiert wird, wird es schwierig sein, eine Kostensteuerung langfristig tarifpartnerschaftlich umzusetzen. Aus der Tarifpartnerschaft mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Tarifierung der versicherten Leistungen wird vielmehr eine Steuerungspartnerschaft hervorgehen, deren Ziel nicht mehr primär die Einhaltung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) ist, sondern die Einhaltung von Steuergrössen. Hinzu kommt, dass die sogenannten WZW-Kriterien durch die Gesetzgebung demokratisch legitimierte Kriterien für die Durchführung der Krankenversicherung sind.

Demgegenüber sind die Zielgrössen einer Steuerung erst noch zu definieren. Die Leistungserbringer und die Versicherer haben aber im Grunde genommen keine Legitimation, zu bestimmen, welche Zielgrössen anzuwenden sind, denn solche sind im Gesetz nicht auffindbar. Wir müssen uns folglich bewusst sein, dass die explizite Etablierung einer Kostensteuerung mit einem impliziten Auftrag zur Konkretisierung der Steuergrössen durch den Bundesrat verbunden ist. Daraus folgt, dass die beiden bundesrätlichen Vorlagen zur Kostensteuerung und zu den Kostenzielen sachlogisch zusammengehören und nicht voneinander getrennt behandelt werden können. Damit bin ich wieder beim prozessualen Teil angelangt.

Wir haben gehört, dass der Einzelantrag Würth, der eine differenzierte Umsetzung des bundesrätlichen Entwurfes vorsieht, aufzeigt, wie schwierig das Ganze ist, wenn es darum geht, auch die Interessen der Kantone angemessen zu berücksichtigen. Indem Sie dem Minderheitsantrag Müller Damian folgen, ist das Problem, das der Einzelantrag Würth aufwirft, auch gerade gelöst, denn dann gibt es hier nichts zu regeln. Mit der Minderheit Müller Damian hat man insbesondere auch sichergestellt, dass die Diskussion im Zusammenhang mit der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und dem indirekten Gegenvorschlag stattfindet.

In diesem Sinne bitte ich Sie, der Minderheit Müller Damian zuzustimmen und den Antrag der Mehrheit und den Einzelantrag Würth abzulehnen.

Bischof Pirmin (M-E, SO): Ich möchte Sie auch bitten, der Minderheit zu folgen, allerdings aus einer etwas anderen Perspektive als jener, die jetzt Kollege Dittli in Bezug auf den Einzelantrag Würth eingenommen hat. Zusammenfassend meine ich: Wenn Sie denn schon nicht der Minderheit folgen wollen, wie ich es Ihnen empfehle, dann sollten Sie wenigstens den Einzelantrag Würth annehmen und auf keinen Fall den Antrag der Mehrheit.

Warum? Wir sind ja in hektischen Zeiten. Wenn wir die Covid-Gesetzgebung anschauen, wird klar, dass wir halt alles nebeneinander und in Nachtsitzungen machen und dass wir etwas regeln, was übermorgen schon wieder anders zu regeln ist. Das ist im Falle der Covid-Gesetzgebung vielleicht erzwungen durch die Fakten der Pandemie – bei der Gesetzgebung, die wir hier machen, aber nicht. Hier hätten wir die Möglichkeit, in aller Ruhe, sachlich und in der richtigen Reihenfolge zu legiferieren. Der Handlungsbedarf ist unbestritten, was die Kostensenkungsmassnahmen, die Erfordernisse an eine Kostensenkung anbelangt. Wir sind uns alle einig, dass hier Massnahmen nötig sind. Aber wenn wir uns einig sind, dass Massnahmen nötig sind, heisst das noch nicht, dass man einfach irgendetwas machen soll. Vielmehr muss es dann auch durchdacht sein, wenn es um Milliardensummen geht, wie die, von denen wir hier sprechen.

Wir wissen, dass wir uns bei der Beratung der Kostenbremse-Initiative der Mitte, vielleicht auch bei der Beratung um einen Gegenvorschlag, eingehend mit dieser Problematik befassen werden. Wir haben es in der Diskussion vorhin gesehen: Es zeichnet sich keine einfache Lösung ab. Auch mir als Vertreter der Initianten dieser Initiative ist das bewusst. Wenn wir hier einfach – ich sage es jetzt mal etwas plakativ – einen Schnellschuss platzierten, hätte das einerseits zur Folge, dass irgendwelche Verpflichtungen ins Gesetz geschrieben würden, wir der Bevölkerung also sagen könnten: Wir haben etwas gemacht! Aber was hätten wir dann ge-



macht? Die Folge wäre andererseits, dass die Tarifpartner diese Verpflichtung so übernehmen müssten, so wolkig, wie sie im Gesetz steht. Was das genau heisst, wissen wir nicht.

Was wir aber wissen, ist, dass die Tarifpartner auch Einigungen über diese Massnahmen finden müssen. Und wenn sie es nicht schaffen, wird die Tarifpartnerschaft blockiert. Dann ist der Bundesrat berechtigt, aber auch verpflichtet, zu handeln. Das heisst, der Bundesrat kann dann bestimmen, wie die Tarifentscheide gefällt werden. Das kann man wollen oder nicht. Ich möchte es eigentlich nicht; ich möchte es erst, wenn es vorher tarifpartnerschaftlich wirklich nicht gelungen ist. Mit diesem Artikel geben wir den Tarifpartnern nicht einmal eine echte Chance, hier eine Lösung zu finden, ohne dass nachher der Bundesrat eingreifen muss. Das möchte ich nicht!

Wir diskutieren hier über einen Artikel, bei dem immerhin – vorsichtig ausgedrückt – die Verfassungsmässigkeit nicht klar ist. Es gibt ein Rechtsgutachten, das die Verfassungswidrigkeit behauptet; es wurde von einem Branchenverband in Auftrag gegeben und mag ein Parteigutachten sein. Ihm steht ein Gegengutachten des Bundesamtes für Justiz gegenüber, das besagt, der Artikel sei verfassungsmässig, aber unter einer Bedingung: Er müsse so ausgestaltet sein, dass das verfassungsrechtliche Sozialziel erfüllt bleibe, d. h., dass allen Versicherten die notwendige Pflege ermöglicht werde.

Das heisst auf Deutsch: Wenn wir Artikel 47c verfassungskonform umsetzen wollen, und zwar nach Auffassung des Bundesrates und des Bundesamtes für Justiz selber, gibt es keine Kosteneinsparung. Das ist die Folge, wenn wir das ernsthaft so machen. Das können wir nicht wirklich so meinen! Wir können doch der Bevölkerung nicht einfach sagen: Wir haben nun einen Plan für Kostensenkungen, wobei wir bereits jetzt wissen, dass dieser Plan zu keinen Kostensenkungen führen wird. Das geht doch nicht!

Wenn Sie bei der meines Erachtens irrigen Meinung bleiben und das jetzt trotzdem beschliessen wollen, dann besteht der

AB 2021 S 1285 / BO 2021 E 1285

richtige Weg darin, dass wir hier eingehend, in aller Ruhe und sachlich die Frage regeln, wie die Umsetzung zu erfolgen hat, sodass die Tarifpartner diesbezüglich eine echte Chance bekommen. Sollten Sie aber auch hier im Sinne der Mehrheit der Meinung sein, dass man das jetzt machen sollte, dann bitte ich Sie, wenigstens den Antrag Würth anzunehmen. Wenn die Tarifpartner schon in diese blöde Situation gebracht werden sollen, dann sollten die Kantone wenigstens dort beteiligt werden, wo sie selber Kompetenzen haben. Artikel 47c blendet die Kantone einfach aus, als ob es sie im Gesundheitswesen gar nicht gäbe. Sie müssten dort integriert werden, dann würden Sie wenigstens eine Differenz zur nationalrätlichen Lösung schaffen, die meines Erachtens nicht zum Ziel führt.

Langer Rede kurzer Sinn: Ich bitte Sie, hier der Minderheit zu folgen und, falls sich diese nicht durchsetzen sollte, dem Einzelantrag Würth zuzustimmen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Ich glaube, dass wir uns in einem Punkt einig sind: Die Kosten sollten so gut wie möglich stabilisiert werden. Ich sage ganz bewusst "stabilisiert", von einer Senkung der Kosten wage ich fast nicht zu sprechen. Wenn es uns nur schon gelingt, die Kosten zu stabilisieren, dann haben wir schon sehr viel erreicht.

Nun, was bedeutet es konkret, die Kosten zu stabilisieren? Sie haben eigentlich zwei Stellschrauben, die Sie entsprechend betätigen können. Sie können entweder bei den Leistungen bzw. bei der Anzahl der Leistungen schrauben, womit Sie sich sehr schnell in eine Fixierung der Menge hineinbegeben, oder Sie können bei den Preisen die Stellschraube betätigen. Die Leistungen mal die Preise ergeben die entsprechenden Kosten; das ist relativ einfach zu verstehen.

Nun, der Einzelantrag Würth setzt den Kantonen im Prinzip einen neuen, zusätzlichen Hut auf. Ich verzichte jetzt darauf, die Hüte aufzuzählen bzw. die Bereiche, welche die Kantone bereits verantworten müssten. Herr Würth hat das in seinem Votum gemacht; es sind zahlreiche Hüte. Herr Würth spricht auch von der Finanzierungsverantwortung. Und da hat er im Prinzip recht, wenn es darum geht, dass die Kantone die Finanzierungsverantwortung im Bereich der stationären Behandlungen wahrnehmen müssen, wo wir ja zurzeit unterschiedliche Beteiligungen haben, d. h. 55 und 45 Prozent.

Nun, was ist bei den Kosten im Bereich der stationären Behandlungen denn passiert? Wir haben vor ungefähr zehn Jahren die Spitalfallpauschalen eingeführt. Sie hätten eigentlich dazu führen sollen, dass bei den stationären Behandlungen eine Stabilisierung oder eher ein Rückgang der Kosten erfolgt. Viele Spitäler haben den Break-even-Point nicht erreicht; sie schreiben nach wie vor Defizite. Und was machen viele Kantone? Sie übernehmen die Defizite über den Kanal der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Damit zementieren sie natürlich ein System, bei dem Kostenreduktionen eben nicht möglich sind. Das ist ein grosses Problem!



Sie machen das sehr oft auch darum, weil sie nicht zuletzt auch Spitalbetreiber sind und natürlich versuchen, ihre eigenen Spitäler aus den roten Zahlen zu führen, mindestens zu einer schwarzen Null. Das ist das Problem!

Bei den ambulanten Behandlungen haben die Hausärzte jetzt ein Steuerungselement in Bezug auf die Zulassungsbeschränkungen erhalten. Hier gibt es jetzt Möglichkeiten. Wir werden sehen, wie sie in den nächsten Jahren greifen werden. Darum ist es natürlich auch logisch, dass jetzt Transformationen von der stationären zur ambulanten Behandlung stattfinden. Am Morgen rein und am Abend raus – das kann nicht zu 100 Prozent zulasten der Prämienfinanzierung geschehen. Sie entlasten sich auf der einen Seite bei der Kantonsfinanzierung, bei der Steuerfinanzierung. Damit ist es logisch, dass auch die Kantone auf der anderen Seite zur Kasse gebeten werden müssen.

Erlauben Sie mir abschliessend ein Wort in Bezug auf die Wahrnehmung der Verantwortung durch die Kantone: Was ist denn in den letzten paar Monaten passiert? Haben die Kantone die Verantwortung, die sie gemäss Bundesverfassung haben und auf die sie sich immer berufen, in den letzten Monaten auch tatsächlich immer wahrgenommen? Wie kann es sein, dass die Kantone jetzt in dieser schwierigen Phase der Pandemie viele Aufgaben möglichst schnell wieder an den Bund abgeben möchten? Weil es einfacher ist, wenn die unangenehmen Entscheide von Bern aus getroffen werden. Das ist einfacher, als es direkt beim Bürger zu machen, von dem man wiedergewählt werden möchte. Darum bin ich eben – wie es Herr Würth vorhin auch gesagt hat – nicht ganz so sicher, ob die Kantone ihre Verantwortung wirklich immer wahrnehmen.

Ich bin nicht bereit, den Kantonen einen zusätzlichen Hut zu geben, ihnen noch mehr Rechte zuzugestehen. Das ist nicht zielführend. Sie haben die Hüte, die sie jetzt schon haben, sehr oft nicht richtig eingesetzt. Deshalb bin ich der Überzeugung, dass es richtig ist, wenn diese Geschichte – wenschon, denn schon – beim Bund bleibt. Ich bin der Auffassung, wir sollten das zusammen behandeln, so wie es Herr Bischof vorhin in Bezug auf die Mengensteuerung gesagt hat. Man sollte das im Zusammenhang mit den Initiativen, die jetzt kommen werden, tun.

Deshalb werde ich der Minderheit Müller Damian zustimmen und den Antrag der Mehrheit und des Bundesrates bzw. den Einzelantrag Würth ablehnen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Wenn man die Argumentation der Minderheit hört, könnte man meinen, man hätte keine Erfahrung mit Kostensteuerungsmassnahmen gemacht. Dem ist nicht so. Es gibt verschiedene Erfahrungen, die man gemacht hat. Ich kann hier eine erwähnen: die sogenannte Leistungs- und Kostenvereinbarung. Bei dieser Vereinbarung wird meistens am Ende eines Jahres ein externer Trend angeschaut, es wird also ein Vergleich mit einem externen Wachstum gemacht. Und es wird ein interner Trend angeschaut und ein Vergleich zwischen den Fallkosten der Vertragsgemeinschaft untereinander gemacht. Dann erfolgt eine Steuerung in Abhängigkeit von den Resultaten aus dem internen und dem externen Trend, und gesteuert werden dann die Vertragsgemeinschaften, deren Werte ausserhalb des Korridors liegen. Das kann sowohl zu einer Kostenreduzierung führen als auch zu einer Erhöhung des Taxpunktwertes. Die Tarifpartner haben diesbezüglich also Erfahrungen mit diesem System. Es macht deshalb wirklich auch Sinn, diese Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen. Wir würden eben die tarifpartnerschaftliche Steuerung der Kosten stärken.

Diese Massnahme ist wesentlich besser als zum Beispiel der Gegenentwurf des Bundesrates zur Kostenbremse-Initiative. Darin schlägt der Bundesrat vor, eine Zielvorgabe zu definieren. Das ist sozusagen ein Top-down-Ansatz, während diese Bestimmung einen partnerschaftlichen Ansatz darstellt. Der Gegenvorschlag, der Top-down-Ansatz, ist auch sehr kompliziert. Die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung sind auch noch nicht geregelt. Wir werden dann die genau gleiche Diskussion führen, wie wir sie jetzt führen. Und es wird wahrscheinlich wieder heissen: Es geht nicht, verschieben wir es auf später, bestimmen wir es in einer anderen Form und in einem anderen Gesetz.

Die Formulierung, die vorliegt, gibt ja auch gewisse Möglichkeiten. Ich glaube nicht, dass wir als Politiker alle Massnahmen zur Steuerung definieren können. Die Tarifpartner sind auch innovativ, wenn es darum geht, bezüglich der Tiefe, der Menge und des Preises neue Regelungen, neue Systeme zu erfinden. Ich habe Vertrauen in die Tarifpartner. Sie sollen sich jetzt aufmachen, sie sollen diese Verpflichtung, diese Aufforderung annehmen und entsprechende Lösungen suchen.

Diesbezüglich empfehle ich Ihnen wirklich, bei Artikel 47c der Mehrheit zu folgen.

Abschliessend: Soll die Regelung kantonal oder national sein? Was national zu regeln ist, sind die Zielgrössen, die grossen Guidelines und Massnahmen. Aber es gibt natürlich auch kantonale Bestimmungen. Als ehemaliger Regierungsrat kann ich mich sehr gut erinnern, dass wir sehr oft entsprechende Tarifverträge in der Regierung zu genehmigen hatten.



Würth Benedikt (M-E, SG): Nur kurz möchte ich noch auf zwei, drei Bemerkungen Bezug nehmen, die vorhin gemacht wurden.

AB 2021 S 1286 / BO 2021 E 1286

Zu den Hüten im Gesundheitswesen könnte man ja lange Seminare durchführen. Es ist so, dass unser Gesundheitswesen sehr fragmentiert ist. Das kann man kritisieren. Aber nehmen Sie bitte auch zur Kenntnis, dass die Kantone im stationären Bereich nicht untätig gewesen sind. Ich komme aus einem Kanton, der die Hälfte der Spitäler geschlossen hat. Es ist nicht so lustig, einen Abend pro Woche in einer Turnhalle mit 700 oder 800 Leuten zu verbringen und ihnen zu erklären, dass man ein Spital schliessen muss. Die Kantone haben in der letzten Zeit viel unternommen, und ich finde, das muss hier auch gesagt sein.

Zum ambulanten Bereich: Ja, wenn Sie bei der Finanzierung bereit sind, den Kantonen diesen Hut nicht zu geben, dann müssen Sie meinem Einzelantrag von mir aus nicht zustimmen. Aber wir möchten ja dieses Efas-Projekt voranbringen. Wir möchten ja die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Also müssen Sie neben den Hut der Finanzierung auch den Hut der Steuerung setzen. Darum ist es mehr als logisch, dass wir jetzt Zug um Zug diese Schritte machen und diese Reformen voranbringen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, hier konsistent zu sein und diesen Reformweg, den wir gehen müssen, nun schrittweise unter die Füsse zu nehmen.

Bauer Philippe (RL, NE): Permettez à quelqu'un qui n'est ni membre de la commission ni ancien membre d'un gouvernement de s'exprimer aussi. Il me semble que, dans ce projet, il y a un problème de temporalité. Nous avons adopté il y a peu trois dispositions légales qui modifient la loi sur l'assurance-maladie de manière importante. D'abord, c'est la limitation par les cantons des admissions pour les prestations de soins ambulatoires; ensuite, c'est la modification concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité des soins; enfin, c'est le paquet de mesures 1a. Toutes ces mesures n'étant pas encore en vigueur, on ne sait dès lors pas quelle sera leur efficacité et je veux croire que notre Parlement a bien travaillé et que les mesures seront efficaces.

Alors, aujourd'hui, je me pose la question de savoir s'il est vraiment opportun d'introduire dans notre législation un mécanisme qui permettrait une intervention très forte dans les relations entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de soins. Il me semble qu'avant d'entreprendre cette réforme – qui est très largement combattue au sein de notre conseil –, on pourrait essayer d'envisager tout d'abord de laisser du temps au temps pour voir ce qu'il se passera avant de risquer – par l'adoption d'une proposition très combattue – d'introduire de nouveaux blocages dans notre système de santé et dans notre système de partage des compétences entre le public, les assureurs et les fournisseurs de soins.

Dès lors, pour cette raison, je vous remercie de soutenir la proposition de la minorité Müller Damian et, donc, de suivre le Conseil national.

Juillard Charles (M-E, JU): Je ne suis pas un spécialiste de la politique de la santé, ni un représentant des caisses-maladie. Je ne suis pas non plus membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Certes, j'ai peut-être le défaut d'être un ancien membre d'un gouvernement cantonal – ceci pour répondre à mon préopinant. Comme vous, je suis un élu du peuple, dont l'une des préoccupations principales depuis de nombreuses années est l'augmentation quasi incessante des coûts de la santé. Le cadre est posé. Dans ma compréhension du débat du jour, il y a deux visions qui s'affrontent: d'un côté, celle du Conseil fédéral, de la majorité de la commission et, avec sa proposition, de M. Würth, qui veulent agir pour limiter l'augmentation des coûts; de l'autre côté, il y a la minorité, soutenue en particulier par les hôpitaux, par les caisses-maladie et, plus étonnamment, par les associations de patients, qui, en fait, ne veulent rien faire selon les propositions formulées aujourd'hui. Alors, Mesdames et Messieurs, faut-il attendre, comme nous l'avons entendu, les débats sur les deux initiatives populaires qui arrivent, dont l'une vise à s'attaquer aux coûts? Egoïstement et politiquement, je devrais dire oui, puisqu'une de ces initiatives concerne directement mon parti. Pourtant, je veux me faire le porte-parole de la population qui attend depuis longtemps des mesures. Alors, que choisir? Le modèle du Conseil fédéral, soutenu par la majorité de la commission, ou la proposition Würth? Vous savez que je suis un fédéraliste convaincu et que je fais confiance aux autorités cantonales. Elles sont au front, elles connaissent les besoins et savent aussi qu'il faut économiser sans pour autant mettre en danger la qualité des prestations. Comme nous l'avons entendu hier, faisons confiance à la sagesse des gouvernements cantonaux; il serait faux de sortir les cantons du jeu.

Je vous invite à agir pour répondre aux attentes de la population qui nous fait confiance, qui nous a élus. Je vous invite à soutenir la proposition Würth ou à tout le moins à suivre la majorité de la commission.



Berset Alain, conseiller fédéral: Dans le débat d'entrée en matière, il a été dit qu'il est clair qu'il faut agir pour mieux maîtriser l'évolution des coûts de la santé. Je n'ai entendu personne dire autre chose. Permettez-moi de le formuler ainsi, c'est l'expression qui me vient à l'esprit, c'est au pied du mur qu'on voit le maçon: vous êtes au pied du mur, voilà. Eh bien, qu'est-ce qu'on fait?

On peut avoir différentes appréciations de ce qu'il convient vraiment de faire. Je comprends bien cela. Il y a notamment le projet du Conseil fédéral et la proposition Würth. Ils ont tous les deux, je trouve, au moins le mérite de dire ce qu'on devrait essayer de faire dans ce domaine. Ensuite, il y a la minorité qui dit qu'il y a une évolution des coûts, que cela ne va pas, mais qu'il faut quand même ne rien faire, pour toutes sortes de raisons, qui ne sont d'ailleurs pas toujours très cohérentes.

Il paraît quand même assez évident, alors que les coûts de la santé augmentent, que les partenaires tarifaires doivent d'une manière ou d'une autre discuter de certains mécanismes pour essayer de maîtriser l'évolution des coûts lorsqu'elle n'est plus totalement explicable. Je dois vous le dire, cela me paraît être une évidence minimale ou une minimale évidence.

J'ai de la peine à comprendre qu'on trouve qu'il n'y a pas de nécessité d'agir, de "Handlungsbedarf". Dans ce domaine, il y a évidemment un "Handlungsbedarf". C'est quoi la question? Ensuite, on peut discuter. Ensuite, on peut s'engager en faveur d'une solution ou d'une autre, réduire ceci, renforcer cela. Cela on peut le faire. Mais, aujourd'hui, il faut constater que, dans ce domaine, c'est un marché. On l'a dit, les dépenses de l'assurance obligatoire des soins sont passées de 12 à 34 milliards de francs en une vingtaine d'années. Ce sont les chiffres que j'ai en tête. C'est donc bien un domaine à propos duquel on devrait demander aux principaux acteurs du domaine de se mettre d'accord pour négocier et faire quelque chose.

Ensuite, on peut discuter de la compétence subsidiaire de la Confédération, mais pour cela il faut déjà accepter de faire quelque chose. M. Würth propose que cette compétence subsidiaire soit plus ou moins déléguée aux cantons, ou en tout cas qu'elle soit en lien avec une forte participation des cantons. Il est vrai qu'il faut avoir les cantons à bord pour que cela fonctionne. Si l'impression qui ressort du projet du Conseil fédéral, c'est que la proximité, ou l'intérêt ou le rôle des cantons n'est pas si important que cela, je souligne que ce n'est pas du tout le cas. Donc, oui, c'est juste.

Il y a un deuxième élément. La compétence subsidiaire, on peut la critiquer en disant que cela signifie que les partenaires ne vont pas se mettre d'accord et que, de toute façon, c'est la politique qui va décider ensuite. Mais franchement, regardez la révision du tarif. Au moment où effectivement, de manière sensée et raisonnable, le Conseil fédéral a procédé à une révision de Tarmed en 2017, à un moment où il était évident qu'il fallait agir, il n'y avait presque plus personne pour trouver que ce n'était pas judicieux de tenter un déblocage; on avait constaté pendant toutes les années précédentes un blocage qui n'allait pas se résoudre tout seul. Le Conseil fédéral a montré, avec la manière d'appliquer cette compétence subsidiaire, qu'il est raisonnable et que la

AB 2021 S 1287 / BO 2021 E 1287

manière est adaptée aux circonstances. Ce serait évidemment ici aussi le cas.

J'aimerais porter à votre réflexion un autre élément lié au contenu. En fait, on a tendance à dire que c'est trop tôt pour prendre ces mesures et qu'il faut attendre et régler cela avec l'initiative populaire du Centre. Mais en fait, pas du tout, parce que ce ne sont pas les mêmes acteurs qui sont interpellés. Ici, on demande aux acteurs tarifaires de prendre leurs responsabilités, de faire le travail – je trouve personnellement que c'est le minimum; si vous ne voulez pas de la compétence subsidiaire, enlevons-la. Mais enfin, de ne pas demander aux partenaires de travailler pour contrôler l'évolution des coûts, cela paraît quand même difficile. Si vous voulez enlever la compétence subsidiaire, il faut d'abord voter l'une ou l'autre des propositions du Conseil fédéral, de votre commission ou de M. Würth, et ensuite corriger cela. La proposition de la minorité Müller Damian ne permet même plus d'en discuter ensuite, et c'est sans compter qu'il n'y aurait plus de divergence entre les deux conseils. Donc, on a dit dans le débat d'entrée en matière qu'il faut agir et, ensuite, on viderait le contenu de la loi. C'est quand même un peu compliqué à expliquer, je dois vous le dire. C'est la raison pour laquelle, aujourd'hui, il faut créer cette divergence avec le Conseil national; cela permet de pouvoir continuer ce travail. Ce ne sont donc pas les mêmes acteurs: d'un côté vous avez les partenaires tarifaires, et de l'autre vous avez les autorités. Ce n'est pas la même chose; c'est pour cela que c'est complémentaire.

Concernant le délai, j'ai un peu tout entendu. Il y a celles et ceux qui disent qu'il faudrait traiter cela en même temps que l'initiative du Centre et le contre-projet. D'autres ont dit qu'il y a tellement d'autres projets qui sont arrivés qu'il faut attendre de voir leurs effets sur la qualité, les admissions et les effets du premier paquet. C'est vous, le Parlement, qui avez séparé le premier paquet en un paquet 1a et un paquet 1b. C'est difficile, dans cette situation, d'argumenter avec cette séparation voulue par le Parlement et non par le Conseil fédéral pour freiner le paquet 1b. Si vous n'en voulez pas, dites-le. C'est un peu ce que propose la minorité Müller Damian.



Mais le fait de repousser, d'attendre qu'on ait vu les effets de ce projet, n'est pas une solution – Monsieur Bauer, vous avez raison, on espère qu'il aura des effets positifs, car c'est un paquet de mesures.

Mais avec cette même argumentation, il faudrait renoncer à un contre-projet à l'initiative du Centre, parce qu'elle est déjà là et que l'on ne sait pas encore très bien quel est l'impact de toutes ces mesures. On pourrait aussi très bien renoncer à un contre-projet, mais l'initiative est là: on doit la traiter, il y a des délais et on ne peut pas repousser son traitement aux calendes grecques. On doit la traiter. Mais le Conseil fédéral a adopté une autre approche: c'est justement celle d'y opposer un contre-projet, parce que, je le répète, cela vient très bien compléter ce que l'on est en train de faire ici. Cela ne vient pas exactement en même temps, parce que, d'un côté, il y avait le paquet de mesures du Conseil fédéral pour freiner les coûts et que, de l'autre, il y avait l'initiative populaire avec un élément qui vient comme contre-projet. Cela, c'est l'histoire – peut-être un peu triste – des mesures dans le domaine de la santé: on passe notre temps à faire des petites choses et des petits pas les uns après les autres. On n'a pas vraiment d'alternative. On travaille comme cela. C'est ce qui a montré jusqu'ici les meilleurs résultats.

Concernant les délais, c'est donc un peu difficile: on peut critiquer le délai, dire que cela devrait venir plus tard ou alors pas comme cela, ou on peut se faire une idée de la manière dont ce serait mis en oeuvre en disant que cela ne va pas fonctionner. Là, je crois que nous avons montré, jusqu'ici, beaucoup de mesure dans la mise en oeuvre de ces éléments. C'est facile, aujourd'hui, d'agiter le spectre d'un rationnement des soins. Mais c'est le contraire que nous voulons, c'est une bonne qualité d'accès aux soins et non rationner les soins. Avez-vous déjà vu un exemple dans lequel le Conseil fédéral ou d'autres se sont mis à vouloir rationner les soins? Non. On veut de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation de ce système, et pas un rationnement. Vous auriez un argument pour parler de rationnement si on l'avait déjà fait une fois et que des catastrophes s'étaient produites. Mais c'est le contraire que nous voulons. J'ai l'impression que l'on a pu le démontrer avec passablement d'années de travail.

Cela pose aussi la question de la constitutionnalité. M. Bischof a parlé de cette question. Il y a eu un rapport qui été rendu à ce sujet. La conclusion est claire. Je vous lis la première ligne de la conclusion: "L'article 47c P-LAMal est conforme à la Constitution." Cela ne peut pas être plus clair. C'est donc conforme à la Constitution. La question que posait M. Bischof est de savoir si la mise en oeuvre de cet article, de manière conforme à la Constitution, permettrait encore d'en faire quelque chose. Evidemment, la réponse est oui, même s'il y a des doutes sur certains éléments; par exemple, dans l'avis de droit de l'OFJ, il est indiqué qu'il faudrait faire attention avec les tarifs dégressifs. Un tarif dégressif qui aurait pour conséquence qu'une partie des soins nécessaires ne serait plus accessible à une partie de la population ne serait pas conforme.

Il ne viendrait à l'idée de personne de mettre en oeuvre un article qui impliquerait que des soins nécessaires ne soient plus accessibles à cause de tarifs dégressifs. Cela ne sera évidemment pas fait ainsi, mais de manière à toujours garantir l'accès aux soins, en proposant la meilleure qualité possible. Selon nous, cet article est conforme à la Constitution. Quoi qu'il en soit, vous serez associés à ces travaux, puisque cette ordonnance intéressera bien évidemment le Parlement et les partenaires tarifaires.

A ce moment du débat, j'aimerais vous inviter à rendre concret ce qui a été évoqué jusqu'à présent sur l'évolution des coûts de la santé, à avancer avec ce projet et à créer, dans tous les cas – je vous en prie –, une divergence avec le Conseil national, pour que ce débat puisse se poursuivre. Avec la proposition de la minorité, c'en est fini, terminé; il n'y a plus de divergence. Faut-il suivre la proposition du Conseil fédéral, qui donnerait l'impression que les cantons ne sont pas importants – ce qui n'est pas du tout le cas –, ou la proposition Würth, qui accorde un rôle plus important aux cantons? Nous sommes ouverts à ces alternatives. Nous sommes heureux de constater qu'il existe différentes approches envisageables pour aboutir à un résultat concret.

Je vais bien évidemment plaider pour la proposition du Conseil fédéral, mais la proposition Würth est une base de qualité, sur laquelle on peut aussi travailler; tel est l'aspect qui nous importe. La décision vous appartient. Faites ce qui vous paraît le plus judicieux, pour que l'on puisse mettre l'accent sur la gestion des coûts par les partenaires tarifaires. On attend cela de leur part, mais on aurait pu s'attendre à ce qu'ils le fassent sans qu'on les prie d'agir. Enfin, si cela ne marche, du moins pas suffisamment, on peut insister. On peut souhaiter le faire.

Je vous invite donc, dans tous les cas, à ne pas suivre la proposition de la minorité. Dans ce cas, la discussion s'arrêterait, car on considérerait que l'affaire est réglée et que tout va bien. Ce n'est pas le cas, comme cela a été dit dans le débat d'entrée en matière.



Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag Würth ... 26 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 17 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième Vote

Für den Antrag der Minderheit ... 20 Stimmen

Für den Antrag Würth ... 20 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Mit Stichentscheid des Präsidenten

wird der Antrag der Minderheit angenommen

Avec la voix prépondérante du président

la proposition de la minorité est adoptée

Art. 44 Abs. 1

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

AB 2021 S 1288 / BO 2021 E 1288

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 44 al. 1

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 52

Antrag der Mehrheit

Abs. 1 Bst. b, 1bis, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit I

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann, Häberli-Koller)

Abs. 1 Bst. b

b. ... mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese enthält von Swissmedic zugelassene Produkte, insbesondere Originalpräparate, Generika, Biosimilars, Referenz-, Komplementär- und Phytoarzneimittel.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Abs. 1 Bst. b

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Abs. 1bis, 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



Art. 52

Proposition de la majorité

Al. 1 let. b, 1bis, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité I

(Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann, Häberli-Koller)

Al. 1 let. b

b. ... médicaments confectionnés (liste des spécialités). Cette liste comprend les produits autorisés par Swissmedic, en particulier les préparations originales, les génériques, les biosimilaires, les médicaments de référence, les médicaments de la médecine complémentaire et les phytomédicaments.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Al. 1 let. b

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Al. 1bis, 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Es handelt sich hier um Konzeptanträge.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Minderheit I (Müller Damian) verlangt bei Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b eine Ergänzung. Es entstand eine Diskussion um den Ausdruck "mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung". Der Ausdruck beinhaltet sowohl Generika als auch Biosimilars. Bei diesen sind die Wirkstoffe nur ähnlich, nicht gleich. Wirkstoffgleich sind Generika; Biosimilars, die immer mehr aufkommen, sind wirkstoffähnlich. Die Minderheit I will hier eine Aufzählung ins KVG aufnehmen. Sie will im Gesetz noch klarer regeln, was man darunter versteht. Die Minderheit I wird ihren Antrag noch begründen.

Die Mehrheit ist dafür, dass in die Spezialitätenliste nur Arzneimittel aufgenommen werden, die von Swissmedic zugelassen sind. Eine Definition der Arzneimittel auf Gesetzesstufe sei deshalb nicht notwendig. Es entstand vor allem eine Diskussion darüber, wo der Mehrwert der Fassung der Minderheit I liege. Ein Mehrwert wurde nicht erkannt. Wie gesagt, es ist schon definiert. Es ist nicht nötig, das auf Stufe Gesetz festzuhalten.

In der Kommission hat sich der jetzige Antrag der Mehrheit mit 7 zu 5 Stimmen durchgesetzt. Ich nehme an, dass der Sprecher der Minderheit den Minderheitsantrag begründen wird.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): I medicinali causano costi per 7,7 miliardi di franchi, che vanno a carico dell'assicurazione malattia di base. Fra il 2019 e il 2020, i costi sono cresciuti nonostante siano stati utilizzati meno medicinali. Questo emerge anche da un rapporto periodico pubblicato recentemente da Helsana sui costi dei medicinali.

Se vogliamo quindi agire sui costi della salute, dobbiamo inevitabilmente agire anche sui costi dei medicinali. Ed è quanto vuole il Consiglio federale con la proposta che tocca il settore dei medicinali generici, la quale permetterebbe un risparmio tra i 300 e i 500 milioni di franchi all'anno, come abbiamo sentito durante il dibattito di entrata in materia.

Oggi vi presento una proposta che riprende il concetto del Consiglio federale per quanto riguarda i medicinali generici, il cosiddetto sistema dei prezzi di riferimento. Ma si tratta di una proposta che tiene conto maggiormente della sicurezza di approvvigionamento e della sicurezza dei pazienti.

Generika sind in der Schweiz mehr als doppelt so teuer wie im Ausland. Eine Preisregulierung ist unerlässlich. Es stimmt, dass die Kosten auch in allen anderen Medikamentenbereichen steigen; auch in allen anderen Medikamentenbereichen – bei patentgeschützten Medikamenten – gibt es Handlungsbedarf. Wir diskutieren aber jetzt über Generika und Generikapreise, und da brauchen wir ebenfalls Massnahmen. Wir müssen endlich etwas tun, um Einsparungen bei den Gesundheitskosten zu erreichen. Generika sind immer noch zu teuer, und das System mit dem Preisabstand, das wir jetzt haben, um die Preise von Generika zu reduzieren, greift zu wenig. Das bleibt so, auch wenn man den Preisabstand weiter vergrössert, wie das zum Beispiel von der



Mehrheit gefordert und auch im Nationalrat diskutiert wird. Darum braucht es einen Systemwechsel hin zu Referenzpreisen.

Wir haben es auch vom Herrn Bundesrat in der Eintretensdebatte gehört: Dank verschiedener Massnahmen in den letzten Jahren konnte im Bereich der Arzneimittel in der Schweiz bereits über 1 Milliarde Franken eingespart werden. Dennoch steigen die Kosten in diesem Bereich und sind insbesondere Generika in der Schweiz deutlich teurer als im Ausland. Die beschlossenen und umgesetzten Massnahmen im Bereich der Generika zugunsten tieferer Preise und vermehrter Generika-Abgabe brachten nicht den gewünschten Effekt. So ging der Bundesrat im Jahr 2011 davon aus, dass mit Massnahmen in diesem Bereich 230 Millionen Schweizerfranken eingespart werden könnten. Es zeigte sich im Jahr 2014, dass nur 95 Millionen Franken eingespart wurden.

Das Referenzpreissystem soll für wirkstoffgleiche Arzneimittel einen Maximalpreis festlegen, und der OKP wird nur noch dieser Referenzpreis vergütet. Mit dem Referenzpreissystem sollen Anreize dafür geschaffen werden, dass bei möglicher Austauschbarkeit eines Arzneimittels dasjenige gewählt wird, dessen Preis unter dem Referenzpreis liegt. Das Referenzpreissystem nimmt alle Akteure in die Pflicht, erhöht den Wettbewerb unter den Herstellern und führt zu günstigeren Preisen. Es erhöht das Bewusstsein der Leistungserbringer und der Versicherer dafür, dass die Verschreibung und der Bezug von teureren Originalpräparaten zu Mehrkosten führen. Beim Referenzpreissystem müssen sich die

AB 2021 S 1289 / BO 2021 E 1289

Versicherten stärker an den Mehrkosten beteiligen, wenn sie unnötigerweise das teure Präparat beziehen. Ich habe, wie gesagt, einen Minderheitsantrag gestellt, der auf dem Entwurf des Bundesrates basiert, aber mehr Versorgungs- und Patientensicherheit bringt. Wenn man die Biologika dem Referenzpreissystem unterstellt, könnte eine Umstellung auf Biosimilars im Verlauf einer Therapie zu Sicherheits- und Wirksamkeitsproblemen führen. Deshalb ist es wichtig, diesen Bereich nicht dem Referenzpreissystem zu unterstellen.

Der Antrag stärkt auch die Versorgungssicherheit. So heisst es darin, dass "für die Versorgung der Schweizer Bevölkerung wichtige Arzneimittel vom Referenzpreissystem ausgenommen werden" können.

Fazit: Mit meinem Antrag können die Preise gesenkt werden, ohne die Versorgung infrage zu stellen und ohne Probleme für die Patienten zu kreieren. Vielen Dank für die Unterstützung meiner Minderheit und meines Konzepts zum Referenzpreissystem.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Entschuldigen Sie die Verwirrung von vorhin; bei der Abstimmung geht es zwar auch um Buchstabe b, aber das war eine separate Thematik. Diese habe ich schon erläutert.

Ich komme jetzt zum Referenzpreissystem, das sich in der Fahne ja über mehrere Artikel zieht. Ich gehe davon aus, dass der Präsident jeweils darauf hinweisen wird. Die Minderheitssprecherin hat schon einiges erwähnt. Ich mache vielleicht noch die Auslegeordnung. Beim Referenzpreissystem wird für einen bestimmten Wirkstoff ein maximaler Preis festgelegt. Dieser festgelegte Preis stellt den sogenannten Referenzpreis dar. Nur dieser Preis wird von der OKP vergütet. Das ist der Grundsatz. Die Differenz zum Referenzpreis wird von den Versicherten bezahlt. Mit diesem System sollen Anreize dafür geschaffen werden, dass der Patient oder die Patientin bei möglicher Austauschbarkeit eines Medikaments das günstigere wählt, weil er oder sie ja sonst einen Aufpreis zahlt. Damit würde auch die Generikadurchdringung und die verstärkte Anwendung von Biosimilars erreicht. Das war auch der ursprüngliche Entwurf des Bundesrates, in dem Biosimilars enthalten waren. Sie haben es gehört, die Minderheit Carobbio Guscetti möchte Biosimilars von einem Referenzpreissystem light ausnehmen.

Vielleicht ist hier anzufügen, dass die Schweiz im internationalen Vergleich nicht nur höhere Medikamentenpreise hat, sondern auch eine geringere Generikadurchdringung. Es wäre wünschenswert, dass man verstärkt auch Generika anwendet. Im Nationalrat wurde das Konzept abgelehnt und eine Alternative angenommen, die darauf abzielt, erst einmal Generika zu verkaufen und nicht die Preise zu senken, also zuerst die Durchdringung zu erhöhen. Die entsprechenden Vorstösse sehen einerseits vor, Anreize abzuschaffen, die für den Verkauf von Generika hinderlich sind. Andererseits sollen Apothekerinnen und Apotheker künftig leistungsorientiert abgesehen werden. Heute ist es so, dass Apotheker und Ärztinnen mehr verdienen, wenn sie Originalpräparate anstelle von Generika abgeben.

Das Konzept des Nationalrates soll nicht nur mit dieser Vorlage erreicht werden, sondern auch mittels Vorstössen, die wir ebenfalls heute, im Anschluss an die Behandlung des Kostendämpfungspaketes, behandeln. Diese Alternative kann durch den Erlass von Verordnungen umgesetzt werden – deshalb die Vorstösse, die eine Umsetzung auf Verordnungsebene verlangen. Konkret soll der Preisabstand zwischen Originalmedikamenten und Generika vergrössert werden. Den Vorschlag, die Preise im generikafähigen Markt jedes Jahr



statt alle drei Jahre zu prüfen, hat der Nationalrat fallengelassen. Schlussendlich soll der Parallelimport von Generika zugelassen werden. Der Nationalrat hat dieses Konzept mit 114 zu 65 Stimmen bei 6 Enthaltungen angenommen.

In Ihrer Kommission wurden auch hierzu zuerst Berichte des BAG diskutiert, die uns von der Verwaltung erläutert wurden. Der Bundesrat war auch anlässlich der Kommissionssitzungen klar der Meinung, dass das Referenzpreissystem am meisten Einsparungen bringe. Aufgrund des Widerstandes im Nationalrat hat er jedoch einen etwas abgeänderten Vorschlag erarbeitet und vorgestellt: ein Referenzpreissystem light. Darin – es wurde von der Minderheitssprecherin, Frau Carobbio Guscetti, ausgeführt – wären Biologika nicht mehr dem Referenzpreissystem unterstellt, denn es gebe, so wurde geltend gemacht, einen Unterschied zwischen Nachahmerprodukten von chemisch hergestellten und Nachahmerprodukten von biologisch hergestellten Arzneimitteln. Zudem wird ein Verzicht auf die Regelung bei nur zwei wirkstoffgleichen Medikamenten vorgeschlagen, denn das Referenzpreissystem greife eigentlich erst bei drei oder vier wirkstoffgleichen Medikamenten, also da, wo es einen Markt und kein Versorgungsproblem gebe. Dann wurde die Stärkung der Versorgungssicherheit eingebaut, indem der Bundesrat die Möglichkeit erhält, Medikamente, die für die Versorgung der Schweiz zentral sind, vom Referenzpreissystem auszunehmen.

Dieses Referenzpreissystem light wurde als Antrag übernommen und liegt, wie gesagt, als Minderheitsantrag vor. Eine Schätzung der Einsparungen mit dieser Variante konnte uns nicht aufgezeigt werden. Sie läge jedoch näher bei der Bundesratsvariante und über der Nationalratsvariante. Die Einsparungen mit dem Referenzpreissystem light liegen irgendwo zwischen 200 und 400 bis 500 Millionen Franken.

Wie bereits ausgeführt, hat sich der Nationalrat für ein Alternativmodell entschieden, das die Mehrheit Ihrer Kommission dann übernommen hat. Es beinhaltet erstens die Einführung eines preisunabhängigen Margensystems im generikafähigen Arzneimittelmarkt und zweitens die Vergrösserung des Preisabstandes.

Basierend auf dieser Ausgangslage tauchte die Frage auf, wieso der Bundesrat überhaupt ein Referenzpreissystem brauche, wenn er die Preise selbst festlegen könne. Zudem seien Patientenorganisationen durch das in Aussicht gestellte Referenzpreissystem verunsichert. Gegen das Referenzpreissystem aufgeführt wurde auch die Sorge um die Versorgungssicherheit. Es wurde offensichtlich, dass auch mit dem bestehenden Recht Kosteneinsparungen erreicht werden könnten, indem die Verordnungen angepasst würden. Das ist dann im Alternativmodell enthalten.

Für das Referenzpreissystem wurde geltend gemacht, dass das Potenzial der vermehrten Abgabe von Generika trotz den Bemühungen in der Vergangenheit noch zu wenig ausgenutzt werden konnte. Das liege auch daran, dass die Patienten weiterhin das Originalpräparat nehmen würden, selbst wenn Generika vorhanden seien. Mit dem Referenzpreissystem sei der Anreiz für einen Wechsel grösser, weil auch die Mehrkosten für die Patienten grösser würden, weil sie ja die Differenz bezahlen müssten. Das führte dann auch zur Diskussion, wie es denn mit chronisch kranken Menschen, die nicht so einfach wechseln können, und den Folgen für diese Gruppe aussieht. Alle diese Diskussionen haben wir geführt.

Das Einsparpotenzial noch einmal zusammengefasst: Der Bundesrat rechnet beim "Referenzpreissystem pur" mit einem Einsparpotenzial von 310 bis 480 Millionen Franken. Das Potenzial des Referenzpreissystems light liegt etwas darunter, es ist eben light. Das Einsparpotenzial der Nationalratsvariante, die Ihnen Ihre Kommission beantragt, liegt bei etwa 220 Millionen Franken.

Ihre Kommission hat sich mit 7 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung für die Nationalratslösung und gegen das Referenzpreissystem light entschieden. In diesem Sinne empfehle ich Ihnen, auch hier dem Nationalrat zu folgen, und bin gespannt auf die Diskussion.

Müller Damian (RL, LU): Bei Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b geht es im ersten Teil um die grosse Entscheidung, ob der Ständerat ein Referenzpreissystem unterstützt oder eben nicht. Meine Minderheit I stimmt diesbezüglich der Mehrheit unserer SGK und dem Nationalrat zu und lehnt ein Referenzpreissystem ab. Die Ergänzung im Antrag meiner Minderheit I zum zweiten Teil von Buchstabe b nimmt hingegen die Frage der Biosimilars auf. Biosimilars sind nicht dasselbe wie Generika oder andere Medikamententypen. Das ist aus den Voten im Nationalrat wie auch aus der Beratung in unserer Kommission klar ersichtlich geworden.

AB 2021 S 1290 / BO 2021 E 1290

Wir haben hierzu – Sie erlauben den Link, Herr Präsident – auch einen Einzelantrag Gmür-Schönenberger, den ich ebenfalls ablehne, dies aus folgenden Gründen, die auch mit dem Antrag meiner Minderheit I zusammenhängen: Wie der Name schon sagt, sind Biosimilars nicht wirkstoffgleich mit den Originalpräparaten wie Generika, sondern nur wirkstoffähnlich, also "similaire", wie es auf Französisch heisst. Biosimilars werden nicht chemisch, sondern in lebenden Organismen hochkomplex hergestellt. Genau diesen Unterschied haben wir



als Parlament erst im Jahr 2016 in Artikel 4 des Heilmittelgesetzes aufgenommen, der seit 2019 in Kraft ist. Genau diese Unterscheidung möchte ich auch im KVG verankern, damit die beiden Gesetze wieder kohärent sind.

Es wird teilweise behauptet, dieser Unterschied sei gar nicht so zentral. Aber dann frage ich Sie: Warum hat der Bundesrat bzw. das BAG genau diese Unterscheidung nun im neuen Konzept zu einem Referenzpreissystem light, wie wir es im Antrag der Minderheit II (Carobbio Guscetti) finden, vorgeschlagen? Meine Antwort ist klar: Der Bundesrat hat eben eingesehen, dass es durchaus Gründe gibt, aus denen Biosimilars nicht gleich wie Generika behandelt werden sollten. Diese Gründe liegen bei der Patientensicherheit, aber auch beim Patientenwohl.

Wenn Sie ein Originalpräparat durch ein Generikum ersetzen, dann können Sie sicher sein, dass die chemische Zusammensetzung des Wirkstoffes genau gleich ist. Bei den Biosimilars ist sie nicht hundertprozentig deckungsgleich. Das kann Auswirkungen auf den Patienten oder die Patientin haben, insbesondere auf ihr Wohlbefinden. Biologika und Biosimilars werden von Ärzten oftmals sehr aufwendig und mit verschiedenen Justierungen auf einen Patienten eingestellt. Sie sollen nicht ohne triftige Gründe einfach durch ein anderes Medikament ersetzt werden können, weil sonst die Einstellung für den Patienten wieder ganz von vorne beginnt. Wer schon einmal mit ansehen musste, wie ein krebskranker Mensch auf die bestmögliche Schmerzmitteltherapie eingestellt wurde, weiss, wie schmerzhaft eine Medikamentenumstellung sein kann. Ich erlaube mir das zu sagen, ich habe es selber gesehen.

Mit meinem Minderheitsantrag sorgen wir dafür, dass dem Unterschied zwischen Biosimilars und Generika endlich Rechnung getragen wird. Auf die Kostendiskussion hat mein Antrag keinen direkten Einfluss, denn auch mit meinem Minderheitsantrag können und sollen Biosimilars verschrieben werden. Bei der Substitution hingegen ist zentral, dass der Arzt oder die Ärztin die Verschreibungsfreiheit behält.

Ich bitte Sie aus Gründen des Patientenwohls, der Patientensicherheit und der Kohärenz mit dem Heilmittelgesetz, meiner Minderheit zuzustimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Für die Beurteilung der Frage, ob ich das Referenzpreissystem haben oder der Mehrheit folgen möchte, ist für mich die Qualität der Behandlung entscheidend: Kann auch mit dem Referenzpreissystem die Behandlungsqualität behalten werden? Dazu gibt es internationale Studien, die belegen, dass das Referenzpreissystem keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität hat. Es konnten auch keine nachteiligen Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie kaum Auswirkungen auf den Arzneimittelkonsum festgestellt werden.

Wenn ich diese Erkenntnisse berücksichtige und weiss, dass mit dem Referenzpreissystem Einsparungen zwischen 310 und 480 Millionen Franken vorgenommen werden können – im Gegensatz zur Variante der Mehrheit, bei der nur 200 Millionen Franken an Einsparungen als möglich erachtet werden –, dann finde ich, dass wir in diesem Bereich der Minderheit zustimmen und diese Einsparungen machen sollten. Wie eingangs schon gesagt: Man spricht immer vom Sparen, wenn es dann aber um den Einzelfall geht, ist man wieder nicht dabei oder sieht es als nicht möglich an.

Es fragt sich, wie das Referenzpreissystem eingesetzt werden soll. Man sieht, dass nicht nur die billigsten Medikamente eingesetzt werden sollen, sondern es sollen eben auch gute Medikamente sein. Das Referenzpreissystem käme ja erst ab drei wirkstoffgleichen Arzneimitteln zur Anwendung. Wenn solche nur von zwei oder nur von einem Anbieter auf dem Markt sind, würden sie nicht darunterfallen. Ein zusätzlicher Preisabschlag ist erst ab vier wirkstoffgleichen Arzneimitteln anwendbar. Dadurch können bei umsatzstarken Wirkstoffen, zu denen von mehreren Zulassungsinhabern Arzneimittel angeboten werden, Einsparungen und tiefere Preise erreicht werden. Die Versorgung ist jedoch aufgrund der vielen Anbieter noch gegeben. Sollte die Versorgung trotzdem gefährdet sein oder schwierig werden, kann der Bundesrat diese Arzneimittel vom Referenzpreissystem ausnehmen. Damit wäre die Versorgungssicherheit nach wie vor gewährleistet.

Aufgrund dieser Überlegungen empfehle ich Ihnen eben doch, diese möglichen Einsparungen vorzusehen, der Minderheit II (Carobbio Guscetti) zuzustimmen und den Worten auch Taten folgen zu lassen.

Dittli Josef (RL, UR): Ich habe noch ein bisschen ein Einordnungsproblem. Eigentlich sind wir jetzt bei der Thematik Referenzpreissystem und haben da Wortmeldungen gehört. Gleichzeitig wurde aber auch innerhalb der ganzen Thematik diskutiert, was auf die Spezialitätenliste gehöre. Es gibt dort zwei Minderheitsanträge und einen Einzelantrag; Kollege Müller hat vorhin dazu gesprochen. Es ist eine Frage der Abfolge der Abstimmungen. Ich möchte jetzt eigentlich zum Referenzpreissystem reden und weniger auf den Einzelantrag und die Minderheitsanträge eingehen, bei denen es darum geht, was auf die Liste gehört.

Zum Referenzpreissystem: Dass die Generikadurchdringung in unserem Land zu fördern ist, darüber sind wir



uns, glaube ich, alle einig; da ist sich die ganze Branche einig. Die Frage ist jedoch, wie man das macht. Das System, das uns der Bundesrat unterbreitet und das von der Minderheit getragen wird, ist aus meiner Sicht und aus Sicht der Mehrheit nicht wirklich gelungen. Das hat auch der Nationalrat so empfunden. Darum hat er das System deutlich abgelehnt und sich für ein anderes Konzept entschieden, denn es könnte unter anderem auch negative Konsequenzen für die Versorgung unseres Landes mit Medikamenten der Grundversorgung haben. Auch chronisch Kranke könnten in Sorge kommen, wenn sie plötzlich auf ein anderes Medikament setzen müssten, das sie nicht wirklich kennen.

Der Nationalrat hat das Referenzpreissystem gestrichen, hat aber nicht einfach nichts getan, sondern ein anderes Modell beschlossen, ein Modell, das auch zu erheblichen und nachhaltigen Kosteneinsparungen führen wird, ohne die medizinische Grundversorgung und die Patientensicherheit irgendwie zu gefährden. Das Konzept des Nationalrates sieht drei Elemente vor: erstens die Senkung der Fabrikabgabepreise durch strengere Regeln zur Festsetzung der Preise für Generika und Biosimilars auf Verordnungsstufe; zweitens die Schaffung eines preisunabhängigen Vertriebsanteils zur raschen Beseitigung der aktuellen Fehlanreize – deshalb hat der Nationalrat die Motion 20.3936 einstimmig angenommen, die wir nachher auch noch diskutieren werden -; und drittens eine Erhöhung der Penetration von Generika und Biosimilars durch die Schaffung entsprechender Anreize in Tarifverträgen mit der Apotheker- und der Ärzteschaft.

Die Vorteile dieses vom Nationalrat beschlossenen und von der Mehrheit mitgetragenen Modells sind offensichtlich:

1. Eine Umsetzung ist vollständig auf Verordnungsstufe möglich, also viel schneller und ohne ein langwieriges und umstrittenes Gesetzgebungsverfahren mit einer möglichen Referendumsabstimmung. Ausserdem ist eine Regelung auf Verordnungsstufe auch ordnungspolitisch korrekt und verhältnismässig.
2. Die resultierende Stärkung der Tarifpartnerschaft würde, bei gleichzeitiger Kostenreduktion, die Leistungserbringer und die Krankenversicherer stärker in die Versorgungsverantwortung einbinden.
3. Die für die Versorgungssicherheit massgebende Angebotsvielfalt an Arzneimitteln würde gestützt.
4. Eine umfassende Beseitigung der Fehlanreize ist effektiver als die Einführung eines Referenzpreissystems gemäss bundesrätlichem Entwurf und erreicht Kostensparziele zugunsten aller Prämienzahlenden nachhaltig. Im Sinne der Versorgungssicherheit unseres Landes mit Arzneimitteln sowie der Stabilisierung der Gesundheitskosten,

AB 2021 S 1291 / BO 2021 E 1291

insbesondere auch in diesen schwierigen Zeiten der Corona-Pandemie, empfehle ich Ihnen, dem Antrag der Mehrheit und somit dem Beschluss des Nationalrates zu folgen. Ich empfehle Ihnen auch, dann die Motion 20.3936 anzunehmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: De notre point de vue, il y a en fait un concept du Conseil fédéral, repris par les minorités défendues par Mme Carobbio Guscetti, qui souhaite un système de prix de référence, et un concept de la majorité qui n'en veut pas. Voilà le coeur de cette discussion, sur laquelle vient encore se greffer un débat sur l'alinéa 1 lettre b.

Si vous le voulez bien, je vais commencer par là. Selon nous, la proposition de la minorité I (Müller Damian) n'est pas nécessaire et pourrait même créer une certaine incertitude. Il y a tout d'abord une différence entre le français et l'allemand. Vous me direz que c'est une question d'ordre rédactionnel, et j'imagine que M. Müller Damian a plutôt rédigé sa proposition en allemand, mais il faut savoir que dans la version française on pourrait avoir l'impression que tous les produits autorisés par Swissmedic devraient automatiquement figurer sur la liste des spécialités, ce qui aurait d'énormes conséquences. Je crois que ce n'est pas le souhait de la minorité, mais il vaudrait la peine de le préciser, parce que si tel était le cas cela aurait probablement des conséquences financières massives. D'un autre côté, si cette liste ne comprend pas "les" produits autorisés par Swissmedic, mais "des" produits autorisés par Swissmedic, c'est une évidence et il est donc inutile de l'inscrire dans la loi. De plus, cette liste n'est pas fermée puisqu'elle devrait contenir "en particulier" tout une liste de produits.

Alors on se demande ce que cela apporte. Cela n'apporte rien sur le plan de la sécurité du droit. Cela conduit par contre à toute une série de questions qui ne nous paraissent pas nécessaires. Nous ne voyons donc pas la nécessité de suivre cette minorité, parce que nous n'avons toujours pas compris ce que cela devrait apporter, malgré les explications données. Je vous invite donc à rejeter la minorité I (Müller Damian) et à suivre soit le concept de la majorité de la commission, soit celui des minorités Carobbio Guscetti.

Pour ce qui est de l'alinéa 1bis, je vous invite clairement à suivre la minorité II (Carobbio Guscetti), qui correspond au projet du Conseil fédéral. Cette proposition ne vient pas de nulle part. D'abord, nous nous efforçons depuis dix ans de contenir les coûts de la santé et en particulier ceux des médicaments. Des mesures prises



dans le domaine des médicaments ont déjà permis, je l'ai dit tout à l'heure, d'économiser plus de 1 milliard de francs au total; 600 millions de francs sur les corrections de prix effectuées depuis 2017, alors que des montants très importants avaient déjà été épargnés auparavant, essentiellement sur les médicaments protégés par des brevets. Nous souhaitons aujourd'hui – mais pour cela il faut modifier la loi, et pour cela il faut le soutien du Parlement – aussi toucher aux prix des génériques. Avec le système des prix de référence, nous pensons, sur la base d'une analyse externe qui a été faite sur ce sujet, qu'il serait possible de réaliser des économies de plusieurs centaines de millions de francs, et ainsi de contenir les coûts de la santé sans préjudice à la qualité.

Le Conseil national a décidé en fait de ne presque rien faire. Il ne reste à peu près rien de ce concept alternatif, si ce n'est une motion. Ce n'est pas très engageant. Qu'est-ce qu'il en ressortira? On n'en sait rien. Donc, il faut considérer qu'avec la proposition de la majorité de la commission, en fait, malgré des intentions qui peuvent sembler bonnes, on n'arriverait à aucune amélioration de la situation.

Cette situation, je dois vous le dire, sans vous citer trop d'exemples, est vraiment problématique. Je peux vous dire que nous recevons régulièrement à l'Office fédéral de la santé publique – j'en reçois aussi moi-même directement – des lettres de concitoyennes et de concitoyens scandalisés de trouver dans les pays voisins, de l'autre côté de la frontière, les médicaments dont ils ont besoin, qu'ils achètent régulièrement, à des prix qui n'ont rien à voir avec ceux pratiqués dans notre pays.

Je ne veux pas vous abreuver de trop d'exemples, mais il y en a qui sont vraiment problématiques et qui montrent que la nécessité d'agir dans ce domaine ne peut pas être discutée, qu'elle ne peut pas être rejetée si facilement. Prenons un médicament assez connu en boîte de 100 comprimés. Je pense que tout le monde connaît la substance appelée ibuprofène et le médicament Irfen 600 milligrammes – désolé d'être un peu technique en citant un nom de médicament. Quelle est la différence entre le prix public en Suisse et dans un pays de référence, la Suède – on ne peut pas prétendre que la Suède a un niveau de vie qui explique la différence énorme? En Suède, le prix public est 12 francs et quelques centimes, en Suisse 34 francs, pour la même boîte de 100 pièces!

Est-ce qu'on pourrait prétendre que si on commence maintenant à discuter du prix de référence, on aurait un problème d'approvisionnement? Mais alors comment fait la Suède? Ou même un pays moins peuplé, comme le Danemark? J'ai un autre exemple, je vous citerai celui-là, puis après j'arrêterai. Je pourrais vous faire une longue liste, mais nous n'allons pas passer la matinée à citer des noms de médicaments. J'ai un autre exemple d'un médicament dont la substance active s'appelle ésoméprazole – je pense qu'il est connu des gens qui en ont besoin. On compare des boîtes comparables de 100 comprimés de 40 milligrammes de substance active. Le prix est de 11 francs au Danemark, de 63 francs en Suisse – 63 francs! Pas 12 francs ou 12,50 francs ou 17 francs, 63 francs, soit 568 pour cent du prix en Suisse.

Ecoutez, qu'est-ce qu'on fait avec cela maintenant? C'est la question à laquelle vous devez répondre ce matin. Le Conseil fédéral a fait tout ce qu'il pouvait pour limiter les prix des médicaments soumis à brevet, parce que nous avons la compétence de revoir ces prix sur la base de comparaisons. Nous l'avons fait. Mais nous ne pouvons le faire pour les génériques sans le soutien du Parlement, parce qu'il faut modifier la loi. C'est la décision que vous avez à prendre maintenant. C'est ce que vous avez maintenant sur la table. Vous devez décider maintenant si vous souhaitez agir. Nous avons proposé un système de prix de référence. Si vous trouvez mieux, nous sommes prêts à en discuter. Mais le concept de la majorité de la commission, c'est: on n'agit pas.

Nous avons là des pays, le Danemark et la Suède, aux styles et niveaux de vie comparables à ceux de la Suisse. Pour deux médicaments, dont l'un est d'usage courant, les différences de prix se comptent par multiples. Il ne s'agit pas de 30 pour cent de différence: quasiment 300 pour cent pour le premier cas – il est donc plus de quatre fois plus cher –, plus de 500 pour cent de différence pour le second.

Telle est la question à laquelle vous devez répondre ce matin. Le Conseil national a déjà refusé de le faire. Comme lors de la discussion précédente, vous pourriez suivre la majorité de la commission et affirmer qu'il n'y a pas de "Handlungsbedarf". Même si je peux citer l'exemple de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, soit des pays voisins, où de nombreuses différences sont aussi constatées, les gens sont fâchés. Ils ne comprennent pas cette situation. Or, on ne va rien faire, par peur de problèmes d'approvisionnement.

Pour cette raison, j'ai cité la Suède et le Danemark. Sinon, on aurait pu me rétorquer que l'Allemagne et la France sont des puissances économiques aux marchés plus importants et que, ainsi, ils arrivent à être livrés malgré des prix plus bas. Certes, mais comment ces autres pays font-ils pour être livrés? Est-ce vraiment une question d'approvisionnement? Pensez-vous réellement que le Conseil fédéral, en portant la discussion sur le prix de référence, soit prêt à mettre en danger la sécurité de l'approvisionnement de ces médicaments dans notre pays? Non. On doit pouvoir l'assurer de manière raisonnable, tout en élaborant une réflexion sur la sécurité de l'approvisionnement, ce que nous ferons.



Tout cela n'est pas nouveau. Un rapport du Surveillant des prix, vous l'aurez peut-être lu, a été consacré à cette question. Il porte sur la comparaison du prix d'une série de médicaments génériques dans quinze pays, et non deux, comme je l'ai fait. Dans certains cas, les prix sont plus élevés, dans d'autres, ils le sont moins. En établissant la comparaison, il apparaît que ces médicaments génériques sont 165 pour cent plus chers en Suisse. La différence moyenne est donc un multiple du prix pratiqué en Suisse. Ainsi, un médicament dont le prix serait de 10 francs coûterait 26,5 francs

AB 2021 S 1292 / BO 2021 E 1292

en Suisse, si mon calcul est correct. Voilà la réalité que nous renvoie le terrain, voilà l'aspect que nous cherchons à corriger, afin d'améliorer cette situation.

Le système de prix de référence est une réponse à ce problème. Son efficacité repose d'une part sur la concurrence entre les firmes pharmaceutiques sur le marché des médicaments dont le brevet est échu et, de l'autre, sur la sensibilisation et la responsabilisation des assurés et des fournisseurs de prestations.

Je crois que ce que nous avons voulu faire est lisible et compréhensible. Le moment est important et décisif. Si vous ratez, ou plutôt si vous ne saisissez pas l'occasion qui vous est donnée maintenant, si vous ne la saisissez pas, quand est-ce qu'une meilleure occasion se présentera? C'est la question que vous devez vous poser. Je crois que celles et ceux qui achètent des médicaments nous regardent; ils vous regardent. En tout cas, moi, je reçois beaucoup de lettres; vous, je ne sais pas.

J'aimerais donc vous inviter, parce qu'il faut agir, à au moins créer une divergence avec le Conseil national. Laissez "vivre" ce thème. Le Conseil national n'en veut pas, on le sait déjà. Mais laissez au moins "vivre" ce thème, pour que l'on puisse encore, peut-être, essayer de trouver mieux. C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la minorité II (Carobbio Guscetti) de votre commission.

Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Wir haben hier zwei Konzepte, welche Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 1bis betreffen: das Konzept der Mehrheit und das Konzept der Minderheit II. Ich werde zuerst das Konzept der Mehrheit bereinigen und dem Antrag der Mehrheit in einer ersten Abstimmung den Antrag der Minderheit I gegenüberstellen. Der obsiegende Antrag ist dann das bereinigte Konzept der Mehrheit. Dieses werde ich in einer zweiten Abstimmung dem Antrag der Minderheit II gegenüberstellen.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 15 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 17 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Germann Hannes (V, SH): Ich will mich nicht als schlechten Verlierer zeigen, aber ich meine, Sie haben die erste Abstimmung anders angekündigt. Wenn ich es richtig verstanden habe, sagten Sie, in der ersten Abstimmung stehe die Mehrheit der Minderheit II (Carobbio Guscetti) gegenüber.

Präsident (Hefti Thomas, Präsident): Sie können einen Ordnungsantrag stellen, dass wir die Abstimmung wiederholen.

Germann Hannes (V, SH): Nein, ich verzichte darauf. Sie können sich das nachher nochmals ansehen, aber es wäre wahrscheinlich nicht anders herausgekommen, höchstens etwas knapper.

Art. 52a

Antrag der Kommission

Abs. 1

... Arzneimittel abgeben, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt.





Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag Gmür-Schönenberger

Abs. 1

Sind mehrere austauschbare Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkstoffzusammensetzung (Originalpräparate, Generika bzw. Biosimilars) auf der Spezialitätenliste aufgeführt ...

Art. 52a

Proposition de la commission

Al. 1

... pour l'assuré, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale.

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition Gmür Schönenberger

Al. 1

Lorsque plusieurs médicaments interchangeables ayant une composition de substances actives analogue (préparations originales, génériques ou biosimilaires) sont admis dans la liste des spécialités ...

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Artikel 52a – hier geht es um das Substitutionsrecht – beantragt Ihnen Ihre Kommission einstimmig eine Ergänzung, welche die Abgabe von Originalpräparaten unter gewissen Umständen erlaubt. Es lag noch ein Antrag auf Streichung des ganzen Artikels 52a vor, der aber mit 10 zu 2 Stimmen abgelehnt wurde. Es bleibt deshalb die ergänzte Version, wie sie nun in der Fahne ersichtlich ist. Diese erlaubt in speziellen Fällen, ein Arzneimittel beizubehalten, auch wenn ein preisgünstigeres Arzneimittel besteht. Es muss aber durch einen Arzt, eine Ärztin oder einen Chiropraktor, eine Chiropraktorin im Sinn der Kontinuität bei der Medikamentenabgabe ausdrücklich verlangt werden.

Es gibt hier keine Minderheit, aber den Einzelantrag Gmür-Schönenberger.

Gmür-Schönenberger Andrea (M-E, LU): Es ist nach geltendem Recht bereits möglich, dass eben Apotheker oder Apothekerinnen unter gewissen Umständen Originalpräparate der Spezialitätenliste durch günstigere Generika dieser Liste ersetzen. Für die Nachahmerpräparate von Biologika, von biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln, gilt diese Regel nicht, was für mich nicht klar ist. Es sind nämlich die günstigeren Nachahmerpräparate von Biologika, die sogenannten Biosimilars, die gleichermassen wie Generika gefördert werden sollten. Es gibt da ein enormes Sparpotenzial. So werden sie auch von Swissmedic als vergleichbar bzw. als austauschbar anerkannt.

Da möchte ich meinen Luzerner Kollegen nicht gerade korrigieren, aber darauf hinweisen, dass die Patientensicherheit respektive das Patientenwohl dadurch in keiner Art und Weise gefährdet ist. Gemäss Gesetzesrevision ist ja schlussendlich der Arzt, die Ärztin oder eben der Chiropraktiker, die Chiropraktikerin zuständig für die Verschreibung von Medikamenten. Man weiss also sehr wohl, was schlussendlich passiert. Es ist aber so, dass mit dieser Anpassung des Substitutionsrechts ein sehr grosses Sparpotenzial da wäre; ich rechne mit 100 Millionen Franken. Wenn dann auch mal die Patente abgelaufen sind, wird das Sparpotenzial noch bedeutend grösser.

Ich bitte Sie also, meinem Einzelantrag zuzustimmen.

Müller Damian (RL, LU): Ich bitte Sie, diesen Einzelantrag abzulehnen. Ich möchte noch einmal auf mein Votum von vorhin hinweisen: Ich habe ausgeführt, dass es zwischen Biosimilars und Generika einen bedeutenden Unterschied gibt, dass eine Substitution durch ein Biosimilar viel diffiziler ist als eine Substitution durch ein Generikum und dass eine solche Substitution das Patientenwohl deutlich in Mitleidenschaft ziehen kann. Wenn man schon von Kosteneinsparung spricht, dann erlaube ich mir, einen klaren Vergleich zu machen. Denken Sie mal an einen MS-Patienten, der ein Biologikum erhält

AB 2021 S 1293 / BO 2021 E 1293

und nun wegen dieser neuen Bestimmung auf ein Biosimilar wechseln muss. Sämtliche Einstellungen, die der Arzt ja gemacht hat, müssen neu gemacht werden, weil es sich bei Biosimilars nicht um chemische Medikamente, sondern um Organismen handelt. Jetzt muss mir jemand erklären – vielleicht die Antragstellerin –, ob





es dann günstiger ist, wenn wir am Schluss mit der ganzen Medikationslinie wieder von vorne beginnen müssen. Der Arzt muss diese in Feinarbeit bestimmen, und es ist gut möglich, dass der Patient – dessen muss man sich bewusst sein – unangenehme und oft mit Schmerzen verbundene Therapien über sich ergehen lassen muss. Solche Biosimilars kann man nicht einfach nur so hineinwerfen, um zu sagen, okay, es stellt sich dann von alleine ein.

Der Arzt oder die Ärztin soll also entscheiden, ob ein Patient ein Biosimilar erhalten soll; dann sind das Patientenwohl und die Patientensicherheit gewährleistet. Aber es muss gut abgestimmt sein. Man kann nicht einfach so von einem Biologikum auf ein Biosimilar umstellen, weil es Organismen sind und nicht komplexe chemische Zusammensetzungen.

Deshalb bitte ich Sie wirklich, auch weil wir das in der Kommission sehr intensiv besprochen haben, diesen Einzelantrag abzulehnen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Il ne nous paraît pas nécessaire d'apporter la précision visée dans la proposition Gmür-Schönenberger. En réalité, avec la formulation du Conseil fédéral, la substitution est possible sans tenir compte du fait qu'il s'agisse de préparations originales, génériques ou biosimilaires.

En plus, on voit un problème avec la notion de "médicaments interchangeables". On pourrait supposer, en lisant cette formulation, que Swissmedic confirme l'interchangeabilité. Or, pour les biosimilaires en particulier, Swissmedic ne le confirme pas. Donc, il faut être relativement attentif avant d'intégrer ce type de formulation dans l'article. Il n'y a d'ailleurs aujourd'hui aucune base légale qui contraindrait Swissmedic à exiger ceci lors de l'enregistrement des biosimilaires.

Enfin, on pourrait craindre – c'est une des réflexions que l'on peut mener sur cette proposition – que la notion de "composition de substances actives analogues" puisse être interprétée de manière trop large. Le Conseil fédéral n'a pas voulu que le pharmacien puisse substituer un médicament prescrit par un médicament qui n'a pas la même substance active, mais dont la substance active serait seulement comparable. On pourrait aller, en interprétant la notion, au-delà de la simple substitution de produits ayant le même contenu mais étant des génériques, or nous ne souhaitons pas cette élargissement.

Ce sont les raisons pour lesquelles je vous invite à rejeter la proposition.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 24 Stimmen

Für den Antrag Gmür-Schönenberger ... 17 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 52b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 52c

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:

Abs. 1

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

Abs. 2

... dem Preis des Originalpräparates in Referenzländern ...

Abs. 7 Bst. c

c. für die Versorgung der Schweizer Bevölkerung wichtige Arzneimittel vom Referenzpreissystem ausgenommen werden.



Art. 52c

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

Al. 1

... ayant cette composition. Sont exclus les produits biologiques en vertu de l'article 4 alinéa 1 lettres aocies et anovies LPTb.

Al. 2

... avec les prix de la préparation originale pratiqués dans les pays de référence ...

Al. 7 let. c

c. que des médicaments importants pour garantir l'approvisionnement de la population suisse soient exclus du système de prix de référence.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 53

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 1bis

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Stöckli, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Abs. 1bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 53

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 1bis

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Stöckli, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Al. 1bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei diesem Artikel geht es um das Beschwerderecht der Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG. Der Bundesrat sieht dieses Recht in der Vorlage vor. Es geht eigentlich um die Spitallisten der Kantone, bei denen man den Versicherern ein Beschwerderecht geben will. Der Nationalrat will den Krankenversicherern oder deren Verbänden hingegen kein Beschwerderecht gewähren und streicht den Artikel. Dieser Entscheid gegen die Vorlage des Bundesrates fiel mit 94 zu 87 Stimmen bei 4 Enthaltungen.

Wir liessen uns in der Kommission einen Bericht des BAG zum Beschwerderecht der Versicherer erläutern. Das Bundesverwaltungsgericht hat eine Legitimität von Beschwerden

AB 2021 S 1294 / BO 2021 E 1294

der Krankenversicherer gegen kantonale Planungsentscheide verneint und auch kein ideelles Verbandsbeschwerderecht zugestanden. Basierend auf einer Motion der SGK-N hat der Bundesrat ein ideelles Beschwerderecht für die Verbände der Versicherer jetzt ins Kostenpaket eingefügt. Der Bundesrat verspricht sich davon





ein gewisses Gleichgewicht der Kräfte. Es geht dabei um das Beschwerderecht gegen die Spitalplanung, nicht aber gegen Verfügungen auf der Spezialitätenliste, was auch ein Thema war.

Ein Beschwerderecht gegen die Spitalplanung hatte man schon einmal, als der Bundesrat noch Beschwerdeinstanz war. Für das Beschwerderecht und damit den Entwurf des Bundesrates wurde eingebracht, dass dies in einem Rechtsstaat selbstverständlich sei, da die Entscheide der Spitalplanung immer mit Kostenfolgen verbunden seien, die letztlich auf die Versicherten überwältigt würden. Es berücksichtige auch die Mehrfachrolle der Kantone als Leistungserbringer und quasi als Regulator bezüglich der Spitallisten.

Die GDK lehnt das ab. Entsprechend wurde das Beschwerderecht auch von einer Minderheit kritisch gesehen. Es bestünde auch bei den Versicherern ein Interessenkonflikt, da ja Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt seien. Dagegen wurde wiederum angebracht, dass das Beschwerderecht den Verbänden und nicht den einzelnen Versicherern zustehe.

Mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung unterstützt die Kommission den Entwurf des Bundesrates, der den Verbänden der Versicherer ein Beschwerderecht gegen die Spitalplanung und -listen der Kantone einräumt, und schafft somit eine Differenz zum Nationalrat.

Ich bitte Sie, im Sinn der Mehrheit dem Entwurf des Bundesrates zuzustimmen.

Stöckli Hans (S, BE): Die Kantone, das ist verfassungsmässig gesetzt, tragen die Verantwortung für die Versorgung, und diese Verantwortung müssen sie durch ihre Tätigkeit wahrnehmen. Wenn sie nun ihre Planungsarbeit – die Spitalplanung, aber auch Fragen rund um die Entscheide zu den Verträgen mit den Versicherern – wahrnehmen, dann sind sie verfassungsmässig unterwegs.

Es stellt sich nun die Frage, ob es tatsächlich richtig ist, dass dieser Auftrag, der legitimiert ist und der auch die Instanzen der Kantone durchläuft, mit Beschwerdemöglichkeiten von Versicherern entsprechend korrigiert oder infrage gestellt werden könnte. Ich meine nein, weil dadurch keine Vorteile erwachsen, im Gegenteil: Die GDK macht in ihrer Äusserung geltend, dass das Verbandsbeschwerderecht der Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nicht ein Beitrag zur Kostendämmung, sondern sogar ein Beitrag zur Kostensteigerung sein könnte, weil diese Verfahren zu Einstellungen von Planungen, zu Verzögerungen und auch – und das ist ganz wichtig – zu Rechtsunsicherheiten führen könnten. Jemand, der sich in der kantonalen Tätigkeit auskennt, weiss, wie schwierig es wäre, wenn die Rechtssicherheit – nach dem politischen Prozess, notabene! – nicht erreicht würde. Wie würde denn die Bevölkerung eines Kantons dastehen, wenn sie einen Volksentscheid gefällt hat für den Bau eines Spitals und diese Planung dann plötzlich, gestützt auf ein Verbandsbeschwerderecht, nicht vollzogen werden könnte?

Dementsprechend bin ich überzeugt, dass diese Waffengleichheit hier nicht korrekt und, wie es übrigens auch der Nationalrat gemacht hat, zu streichen ist.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je serai bref et je ne vais pas répéter tout ce qui a été dit. La majorité de la commission propose de suivre le Conseil fédéral et je vous invite à soutenir cette position.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 18 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 18 Stimmen
(0 Enthaltungen)

*Mit Stichentscheid des Präsidenten
wird der Antrag der Mehrheit angenommen
Avec la voix prépondérante du président
la proposition de la majorité est adoptée*

Art. 59 Titel, Abs. 1 Einleitung, Bst. c, 3 Bst. g; Gliederungstitel vor Art. 59b; Art. 59b; Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 59 titre, al. 1 introduction, let. c, 3 let. g; titre précédant l'art. 59b; art. 59b; ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Müller Damian, Bischof, Dittli, Gapany, Germann, Kuprecht)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 1, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Müller Damian, Bischof, Dittli, Gapany, Germann, Kuprecht)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Hegglin Peter, Rechsteiner Paul)

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Abs. 2 – Al. 2

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit

Adopté selon la proposition de la minorité

Abs. 3 – Al. 3

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. IV

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. IV

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



Änderung anderer Erlasse Modifications d'autres actes

Ziff. 1 0

Antrag der Kommission

Titel

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 9 Abs. 2 Bst. g

Streichen

Art. 14 Abs. 3

Das Institut kann im Rahmen des Zulassungsverfahrens für parallelimportierte Arzneimittel Vereinfachungen in Bezug auf die Kennzeichnung und die Arzneimittelinformation vorsehen.

Ch. 1 0

Proposition de la commission

Titre

Adhérer à la décision du Conseil national

Art. 9 al. 2 let. g

Biffer

Art. 14 al. 3

L'institut peut prévoir dans le cadre de la procédure d'autorisation de médicaments ayant fait l'objet d'une importation parallèle, des simplifications pour ce qui concerne l'étiquetage et l'information sur les médicaments.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g und Artikel 14 Absatz 3 des Heilmittelgesetzes handeln vom Parallelimport. Es war ein Thema im Nationalrat, dass Parallelimporte von Arzneimitteln ohne Patentschutz zwar möglich sind, die Möglichkeit aktuell aber nur sehr begrenzt genutzt wird. Eine uns vorgelegte Analyse zu den Auswirkungen des Beschlusses des Nationalrates bezüglich der Parallelimporte zeigte auf, dass er in Hinsicht auf die Patientensicherheit und die Qualität hohe Risiken birgt. Die Befürchtung bestand vor allem darin, dass Swissmedic umgangen wird, die Kontrolle ausgehebelt wird und Risiken für die Patientensicherheit bestehen. Man muss sich vorstellen, dass teilweise importierte oder parallel importierte Medikamente nicht von der Europäischen Arzneimittelagentur, der EMA, sondern von lokalen Behörden zugelassen werden. Es wurde immer Griechenland erwähnt, warum auch immer, offenbar gibt es dort konkrete Fälle.

In der Kommission wurde dann ein Antrag im Sinne eines Gegenvorschlags vorgelegt, der darauf abzielt, die Parallelimporte zu stärken, ohne die Arzneimittelbehörde Swissmedic auszuhebeln, wie es der Beschluss des Nationalrates nach Ansicht Ihrer Kommission macht. Insofern haben wir Artikel 14 Absatz 3 des Heilmittelgesetzes angepasst. Mit Vereinfachungen, zum Beispiel indem kein Umpacken von Medikamenten mehr nötig ist, sondern die Schachtel mit einem Kleber versehen werden kann usw., könnten die Parallelimporte gefördert werden. Der Quasigegenvorschlag wurde als nicht notwendig erachtet, so die Diskussion in der Kommission, aber auch nicht als problematisch. Mit der Aufnahme ins Gesetz könnte der Wunsch nach Stärkung der Parallelimporte unter Einbezug von Swissmedic konkret ausgedrückt werden.

Ihre Kommission entschied sich einstimmig dafür, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g des Heilmittelgesetzes zu streichen und Artikel 14 Absatz 3 neu als Quasigegenvorschlag einzufügen. Ich bitte Sie, hier der Kommission zu folgen.

Stöckli Hans (S, BE): Wie der Sprecher der Kommission gesagt hat, geht es hier grundsätzlich um die Frage des Systems, ob wir dem Nationalrat folgen und Direktimporte – auch im Sinne der Motion Nantermod, die wir nachher noch behandeln werden – einführen wollen oder ob wir unser System nehmen und sagen: "Die bestehenden Parallelimporte sollen erleichtert werden, aber wir wollen keine Direktimporte." Ich spreche jetzt zu all den Punkten, welche dieses Thema beschlagen.

Gemäss der Meinung der SGK ist klar, dass wir die Motion Nantermod ablehnen müssen, weil sie Direktimporte vorsieht und dementsprechend erhebliche Auswirkungen auf die Patienten- und Versorgungssicherheit hat. Denn mit diesem System wäre die Kontrolle durch Swissmedic nicht mehr möglich, und die Haftungsfrage wäre nicht geklärt. Wir wären auch nicht sicher, ob die importierten Produkte mit dem schweizerischen Medikament identisch sind. Zudem besteht das Risiko einer unkorrekten Therapie.



Bezogen auf die Versorgungssicherheit ist auch zu sagen, dass Parallelimporteure keine Verpflichtung haben, den Standort Schweiz dauerhaft zu versorgen. Einmal verschwundene Lieferkapazitäten bei den ortsansässigen Unternehmen könnten dann nicht kurzfristig aufgebaut werden. So bestünde ein Risiko für die Versorgung. Dementsprechend beantrage ich Ihnen, dem Konzept – ich nenne es jetzt ein Konzept – der SGK-S zu folgen und die Veränderungen vorzunehmen, mit denen im vereinfachten Verfahren Parallelimporte erleichtert werden. Die Massnahmen, die der Nationalrat beschlossen hat, um Direktimporte zu ermöglichen, sind abzulehnen.

Angenommen – Adopté

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

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

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

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 26 Abs. 4

Antrag der Kommission

Aufheben

Ch. 3 art. 26 al. 4

Proposition de la commission

Abroger

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 27; 27bis; 27ter; 69 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. 3 art. 27; 27bis; 27ter; 69 al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

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

Antrag der Kommission

Unverändert

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

Proposition de la commission

Inchangé

Angenommen – Adopté



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Wintersession 2021 • Achte Sitzung • 09.12.21 • 08h15 • 19.046
Conseil des Etats • Session d'hiver 2021 • Huitième séance • 09.12.21 • 08h15 • 19.046



Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; 19.046/4848)
Für Annahme des Entwurfes ... 25 Stimmen
Dagegen ... 10 Stimmen
(6 Enthaltungen)

AB 2021 S 1296 / BO 2021 E 1296

