



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)**

Differenzen – Divergences

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)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.22 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

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

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Wir beraten heute die Differenzen. Die Beratung der Differenzen findet bei den gleichen zwei Blöcken statt wie bereits die Detailberatung im Oktober 2020. Eine entsprechende Übersicht wurde Ihnen ausgeteilt.

AB 2022 N 10 / BO 2022 N 10

Block 1 – Bloc 1

*Verhandelte Rabatte; Steuerung der Kosten; Beschwerderecht der Versicherer
Rabais négociés; gestion des coûts; droit de recours des assureurs*

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Herr Lorenz Hess vertritt den Antrag seiner Minderheit und spricht auch gleich für die Mitte-Fraktion.

Hess Lorenz (M-E, BE): Wir sprechen hier über Artikel 44a. Im Brennpunkt der Diskussion steht der Antrag, dass Rabatte ausgehandelt und die eingesparten Mittel mit entsprechenden Auflagen dann auch verwendet werden können. Wie von der Vorsitzenden bereits gesagt, spreche ich hier als Vertreter meiner Minderheit zu Artikel 44a und gleichzeitig auch für die Mitte-Fraktion. Namens der Minderheit und der Fraktion möchte



ich Ihnen beantragen, dem Ständerat zu folgen und damit die Differenz zu bereinigen. Im Ständerat war die Position sehr klar, die Abstimmung fiel – Irrtum vorbehalten – ohne Gegenstimme aus. Wir bitten Sie, dieser Position zu folgen.

Diese neue Bestimmung, die von uns, vom Nationalrat, eingefügt wurde, mag auf den ersten Blick verlockend und interessant tönen, ist aber nicht zielführend, vor allem nicht im Rahmen von Kostendämpfungsmaßnahmen. Diese Bestimmung setzt falsche Anreize und steht damit im Gegensatz zu den ordentlichen Tarifverhandlungen, wie wir sie gewohnt sind und wie sie ablaufen sollten. Bei den ordentlichen Tarifverhandlungen muss es das oberste Ziel der Tarifpartner sein, marktwirtschaftliche Tarife, also ehrliche Tarife vorzuschlagen, die dann notabene, wie auch in unserer Gesetzgebung festgelegt, vom Bund genehmigt werden müssen. Wenn wir hier nun das Recht, Rabatte zu verhandeln, einführen, setzen wir uns den ordentlichen Tarifverhandlungen entgegen.

Es gibt aber auch noch einen formalen Grund, der dagegen spricht, solche Tarifverhandlungen zu gestatten. Wie wir alle wissen, besteht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ein Gewinnverbot. Gleichzeitig bestünde mit Artikel 44a die Möglichkeit für die Krankenversicherer, über 25 Prozent dieser Mittel frei zu verfügen.

Wenn man jetzt davon ausgeht, dass die Verwendung, wie hier in Artikel 44a vorgeschlagen, tatsächlich zum Tragen kommt, gilt es aber noch einen Punkt zu erwähnen. Die Reservebildung bzw. die Prämienreduktion sind erfreulicherweise und auch richtigerweise längst ein Thema und längst eingeleitet. Es ist klar, dass im Rahmen des Reserveabbaus, der ja kürzlich auch hier in diesem Haus wieder gefördert wurde, die Prämienreduktion im Vordergrund stehen muss. Das ist auch die Aufgabe und die Pflicht der Krankenversicherer. Es macht also keinen Sinn, hier eine administrativ doch nicht ganz einfach lösbare neue Vorschrift zu erlassen, weil wir einerseits über die Möglichkeit verfügen, Reserven richtig zu verwenden, und weil wir uns andererseits tatsächlich eben dem Gewinnverbot in der OKP entgegensetzen würden. Dieses Faktum widerspricht letztlich auch – und das auch nach Ansicht von Experten – dem Sozialversicherungsscharakter der OKP.

Ich möchte Ihnen deshalb hier sowohl im Namen der Minderheit als auch im Namen der Mitte-Fraktion beliebt machen, dem Ständerat zu folgen und hier eine erste Differenz auszuräumen.

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Humbel wird von Herrn Lohr vertreten.

Lohr Christian (M-E, TG): Seien wir doch einmal ganz ehrlich: Der ganz grosse Wurf ist das, was im Massnahmenpaket 1b von der ursprünglichen Fassung des Bundesrates noch übrig bleibt, sicher nicht. Wenn wir mit unserem übergeordneten Vorhaben, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken oder zumindest deren Steigerung markant abzuschwächen, nach aussen auch nur einigermaßen glaubwürdig wirken wollen, dann müssen wir jetzt die quasi letzte Gelegenheit wahrnehmen, um doch noch wirkungsvoll zu handeln.

Mit der Minderheit zu Artikel 47c wird die bundesrätliche Variante wesentlich verbessert, indem die Kantone in das Konzept mit eingebaut werden. Zum Kernelement wird ein Monitoring mit Korrekturmassnahmen. Den Vorwurf, der Weg führe nur direkt zu einem Globalbudget, lassen wir sicher nicht gelten, und ebenso wenig, dass dadurch Ärztenetzwerke gefährdet würden. Gerade die Mitte weiss um den wesentlichen Beitrag der Netzwerke für eine qualitativ gute und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung in unserem Land.

Die Kantone ihrerseits stehen in der finanzpolitischen wie auch versorgungspolitischen Mitverantwortung, insbesondere wenn Efas, also die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, kommen soll. Damit die Kantone ihre Pflichten auch wahrnehmen können, setzen wir uns mit der Minderheit zu Artikel 47c dafür ein, dass sie eben auch entsprechende subsidiäre Kompetenzen erhalten.

Es stellt sich schon die Frage, weshalb Angst vor Korrekturmassnahmen geschürt wird. Mit den beiden Faktoren Absatz- sowie Preisgarantie setzen wir ja aktuell unbestritten Anreize zur Mengenausweitung. Da ist es doch zwingend notwendig, dass auf den richtigen Ebenen die Tarife institutionalisiert, in Verträgen zwischen den Partnern geregelt werden. Die Kantone müssen da bei einer problematischen Entwicklung unbedingt subsidiär dazugehören. Sie müssen Einfluss nehmen können, sie müssen mitentscheiden können. Wir müssen heute mit der Minderheit Humbel zu Artikel 47c den prägenden Pflock einschlagen, damit nicht nur der Bund, sondern eben auch die Kantone vernünftig und subsidiär ins System integriert sind. Denn eines ist klar: Nur mit einem gestärkten, gemeinsamen Ansatz von Tarifpartnern, Bund und Kantonen kann eine spürbar bessere Kostendämpfung erreicht werden. Und das muss unser klares Ziel sein.

Feri Yvonne (S, AG): Wir sprechen bei diesem Geschäft bekanntlich über Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, was unbestrittenermassen uns allen ein wichtiges Anliegen ist. Die Absicht, in Artikel 53 Absatz 1bis ein Beschwerderecht für Verbände von Versicherern zu schaffen, kann und wird aber nicht zu diesem Ziel beitragen und ist daher abzulehnen. Warum?



Bereits die Begründung, warum ein solches Beschwerderecht angebracht sei, verfährt nicht: Mit der Erstellung einer Spitalplanung und, damit verbunden, der Erstellung von Spitallisten und Leistungsaufträgen erfüllen die Kantone einen klaren politischen Auftrag. Bei der Erfüllung dieses Auftrags nehmen die Kantone – entgegen dem, was von den Befürwortern suggeriert wird – nicht nur die Rolle als Leistungserbringer und als Regulator von Spitallisten ein, sondern vertreten als gewichtige Finanzierer des Gesundheitswesens immer auch die Interessen der Versicherten. Die Kantone sind sich ihrer Rolle sehr bewusst und berücksichtigen bei ihren Entscheiden alle Interessen, halten sich an die klaren gesetzlichen Vorgaben, und nicht zuletzt nehmen sie mit diesen Entscheiden auch ihre verfassungsmässige Versorgungsverantwortung wahr, eine Verantwortung notabene, welche die Versicherer nicht zu tragen haben.

Schon das vom Bundesrat und von den Befürwortern angeführte Argument, mit dem Beschwerderecht werde ein dringend nötiger Ausgleich der Kräfte geschaffen, zieht also nicht. Im Gegenteil: Die Einführung eines solchen Beschwerderechts hätte in einer Gesamtbetrachtung wohl vor allem negative und potenziell kosten-treibende Auswirkungen. Es ist nämlich zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern ganze Spitallisten und Spitalplanungen bestritten und angefochten würden. Die auf-schiebende Wirkung der Beschwerden würde so die in langen politischen Prozessen erarbeiteten und gefällten Entscheide der Kantonsregierungen weiter verzögern und die Rechtssicherheit von Spitalplanungen stark ver-ringern – eine Entwicklung, an der weder die Patienten und Patientinnen noch die Leistungserbringer noch die Gesellschaft interessiert sein können.

Allenfalls profitieren könnten die Versicherer, da sie mit diesem Beschwerderecht faktisch zu Spitalplanern würden, ohne aber eine Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange die Grund- und die Zusatzver-sicherung nicht

AB 2022 N 11 / BO 2022 N 11

getrennt sind, würden sie überdies einen gewichtigen Fehlanreiz erhalten: Es bestünde die Gefahr, dass sie in der Spitalplanung jene Leistungserbringer bevorzugt sehen möchten, mit denen sie im Zusatzversicherungs-bereich vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben, was natürlich ebenfalls das Gegenteil einer Kostendäm-pfung bewirken und zu höheren Kosten führen würde. Die Versorgungsverantwortung der Kantone und deren bedarfsgerechte Spitalplanung würden unterlaufen.

Diese Haltung vertritt übrigens auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz, und bisher hat auch unser Rat die-se Haltung vertreten. Ich sehe beim besten Willen keinen Grund, warum sich an der Ausgangslage etwas geändert haben sollte.

Ich bitte Sie daher, im Interesse aller Versicherten und damit im Interesse der gesamten Gesellschaft auf unwirksame, verfahrensverlängernde und potenziell teure Massnahmen zu verzichten und der Minderheit zu folgen.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zu den drei Minderheitsanträgen. Die SP-Fraktion bittet Sie, alle drei Min-derheiten zu unterstützen.

Zu Artikel 44a und zur Minderheit Hess Lorenz zu den verhandelten Rabatten: Wir wollen Bundesrat und Stän-derat folgen und diese neue Bestimmung, die die Kommission und dann eben auch der Nationalrat eingefügt haben, streichen. Wenn Rabatte ausgehandelt werden – und das ist sehr wohl möglich und auch gut –, dann soll das Grundprinzip greifen, dass sie vollumfänglich den Versicherten, den Prämienzahlenden zugutekom-men. Dieses Grundprinzip soll nicht geritzt werden, es soll also gelten: 100 Prozent für die Versicherten, nicht nur 75 Prozent. Darum wollen wir diesen Artikel streichen. Wir wollen nicht plötzlich das Grundprinzip ritzen. Dann haben Sie eben von meiner Kollegin Yvonne Feri gehört, dass wir das Beschwerderecht für Krankenver-sicherer bei Spital- und Pflegeheimlisten und weiteren Einrichtungen wie Geburtshäusern und Reha-Einrich-tungen streichen wollen. Wir sind überzeugt, dass dieses Recht nicht primär zu einer Kostendämpfung führen wird, sondern zu mehr Aufwand, zu mehr Rechtsunsicherheit, unter Umständen auch zu einem Hickhack um diese Spital- und Pflegeheimlisten. Die Kantone haben, weil sie eben diese Einrichtungen über die Restfi-nanzierung in der Langzeitpflege respektive über direkte Beiträge in der Akutpflege oder Akutmedizin auch mitfinanzieren, sehr wohl ein Interesse, keine Institutionen auf Listen zu nehmen, die unwirtschaftlich oder nicht nötig sind. Das reicht unseres Erachtens. Wir wollen hier nicht den Versicherern zusätzliche Instrumente geben.

Am umstrittensten ist in diesem Block nun sicher der Antrag der Minderheit Humbel zu Artikel 47c, der von Christian Lohr vertreten wurde. Wir sind damit aber auch beim Kernelement des Kostendämpfungspakets 1b. Es waren immer sehr, sehr knappe Entscheide, und wir sind auf diesen Artikel zurückgekommen. Der jetzt vorliegende Antrag der Minderheit ist nicht mehr das, was der Bundesrat einmal vorschlug, aber er hat



kostendämpfende Wirkung, das muss man wirklich sehen.

Wir wurden alle stark mit Schreiben angegangen in den letzten Tagen, auch in den sozialen Medien. In den Medien wurde stark gegen diesen Artikel Stellung genommen. Vor allem die Leistungserbringenden, allen voran der Ärztinnen- und Ärzteverband FMH, aber auch Spitäler, Pflegeheime, Curaviva, Spitex usw., wollen uns weismachen, dass mit diesem Artikel plötzlich eine Rationierung käme. Ich bin froh, wenn das noch einmal dargelegt wird. Dieser Artikel führt nicht zu einer Rationierung, dieser Artikel führt aber zu grösserer Transparenz. Dieser Artikel bringt ein Monitoring, und er bringt die Möglichkeit und die Verpflichtung, über Mengen- und Kostenentwicklungen auch bei den Tarifverträgen zu reden und diesbezüglich Vereinbarungen zu treffen. Dieser Artikel bringt dann natürlich auch Bund und Kantone, die ja auch mit in der Verantwortung stehen – die Kantone auch bei der Mitfinanzierung –, das Recht, subsidiär einzugreifen, wenn die Vertragspartner sich nicht einigen.

Was es auch bringt – und ich denke, das ist dann den Versicherern ein Dorn im Auge -: Die Kantone und der Bund bekommen mehr Einsicht, auch in die Kostenstrukturen. Heute fehlt das sehr oft. Man will keine Transparenz, man will bei den Kosten nicht so genau hinschauen und sagt dann einfach auch, das führe dazu, dass die Leistungen nicht mehr erbracht werden können. In Artikel 47c Absatz 6, Sie können es dort auch nachlesen, steht "ungerechtfertigte Kostenentwicklung". Es ist auch explizit festgehalten, dass der medizinisch-technischen Entwicklung Rechnung getragen werden muss, auch der gesundheitlichen und demografischen Entwicklung. Das ist relevant. Aber es könnte eingegriffen werden, wenn die Kosten aus dem Ruder laufen würden, und das ist alles andere als eine Rationierung. Ich bin schon überrascht, und es ist auch etwas entlarvend, dass sich diese Kreise gegen Transparenz wehren. Ich denke, wir haben ein Interesse an Transparenz. Auch die Prämienzahlenden, die ja dann über ihre Prämien auch an unnötige oder überbeuerte Leistungen zahlen müssen, haben ein Recht auf Transparenz.

Ich bitte Sie darum, diesem Artikel in der Fassung der Minderheit zuzustimmen. Wir haben das intensiv debattiert.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Wir wurden in den letzten Wochen sehr stark bearbeitet, es gab viel Lobbying vonseiten der Versicherungen, der Spitäler, der Ärztinnen und Ärzte, der Konsumentinnen, der Langzeiteinrichtungen usw. Das hat auch bei uns in der Fraktion noch einmal eine grosse Diskussion ausgelöst. Für uns Grüne ist das oberste Ziel: Wir wollen eine gute Gesundheitsversorgung für alle innerhalb des Service public, wir wollen keine Zweiklassenmedizin und keine Rationierung. Wir wollen aber auch keine Fehlanreize wie beispielsweise zu viele Operationen. Wir wollen genügend Geld in der Pflege oder in der ambulanten Betreuung, und wir wollen mehr Lohn in der Pflege, aber weniger bei den Top-Chefärzten oder den Managern. Wir wollen auch keine Gewinne über Zusatzversicherungen oder überhaupt im Gesundheitswesen.

Selbstverständlich muss das Gesundheitswesen für die Bevölkerung finanzierbar, bezahlbar sein. Dazu, das ist auch uns klar, braucht es eine Steuerung, einen Entscheid, wohin wir mit der Gesundheitsversorgung gehen wollen – und mit der öffentlichen Finanzierung. Dazu braucht es klar tiefere Krankenkassenprämien, denn da liegt eines der Hauptprobleme: Die Bevölkerung zahlt zu viel. Das Gesundheitswesen ist nicht einfach zu teuer, aber es gibt Fehlanreize.

Wir haben zurzeit in der SGK eine Subkommission, die sich mit der Steuerung der Kosten befasst und versucht, auch im Rahmen der Prämienentlastungs-Initiative bzw. der Kostenbremse-Initiative eine Lösung zu finden. Wir meinen eigentlich, es würde Sinn machen, diese drei Dinge zusammenzunehmen und dann eine stringente Lösung zu finden.

Nicht zuletzt für das Abstimmungsverhalten bei diesem Artikel ist es für uns aber zentral, noch einmal eine Frage an Herrn Bundesrat Berset zu richten. Eines der Hauptargumente gegen diesen Artikel ist die Rationierung der Leistungen bzw. die Gefahr, dass vor allem Langzeitpatientinnen und -patienten zu leiden haben. Ich möchte Sie noch einmal fragen, Herr Bundesrat Berset: Stimmt dieses Argument, oder ist es so, wie Sie ausgeführt haben, nämlich dass diese Bestimmung zu keiner Rationierung führe? Für uns ist das eine zentrale Frage, um entscheiden zu können, wie wir abstimmen.

Klar ist aber, dass wir bei Artikel 44a die Minderheit Hess Lorenz unterstützen werden. Wenn Vergünstigungen ausgehandelt werden, dann kann es nicht sein, dass am Schluss nicht das ganze Geld an die Versicherten zurückfliesst. Es müssen 100 Prozent zurückfliessen, nicht nur 75 Prozent, derweil 25 Prozent übrig bleiben, mit denen die Krankenkassen tun können, was sie wollen – das wäre unlauter. Wofür würden sie es denn einsetzen? Vielleicht für höhere Managerlöhne? Das kann ja wohl nicht sein!

Klar unterstützen wir in diesem ersten Block auch die Minderheit Feri Yvonne zum Beschwerderecht. Es kann nicht sein, dass die Versicherer ein Beschwerderecht gegenüber den Beschlüssen der Kantone haben, gegenüber den Kantonen, die in der Verantwortung sind, für das Gesamtwohl der Bevölkerung zu sorgen, und die



demokratisch legitimiert sind. Es kann nicht sein, dass das Recht der Kantone durch eine Versicherung, durch eine Versicherungsorganisation, die ihre Einzelinteressen vertritt, beschnitten werden kann.

AB 2022 N 12 / BO 2022 N 12

Das führt zu Rechtsunsicherheit, das verursacht eine Verzögerung der kantonalen Gesundheitsplanung. Deshalb sind selbstverständlich auch die Kantone dagegen.

Wir bitten Sie hier, die Minderheit zu unterstützen.

Sauter Regine (RL, ZH): Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bleibt ein Thema, auch wenn die Krankenversicherer ihre Prämien im letzten Herbst nur moderat oder gar nicht erhöht haben. Schaut man jedoch genauer hin, sieht man, dass hier lediglich Kosmetik betrieben wurde, wohl um die Versicherten zu beruhigen. Denn die Kosten im Gesundheitswesen steigen effektiv fröhlich weiter. Die Frage, wie man das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen kann – von einer Reduktion der Kosten sprechen wir ja schon gar nicht –, muss uns weiterhin beschäftigen. Es muss endlich gelingen, wirksame Massnahmen zu treffen.

Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, dass eine der wirksamsten Massnahmen, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, bereits seit längerer Zeit im Ständerat blockiert ist.

Die ablehnende Haltung der Kantone in diesem Bereich ist unverständlich und höchst bedauerlich. Es gibt allerdings auch Ideen für Massnahmen, zu denen die FDP-Liberale Fraktion unter keinen Umständen Hand bieten kann. Dazu gehören Steuerungsmassnahmen, wie sie nun mit dem Antrag der Minderheit Humbel, vertreten von Herrn Lohr, bei Artikel 47c wieder Eingang ins Gesetz finden sollen; dies, nachdem beide Räte das bereits einmal abgelehnt hatten.

Man spricht hier zwar beruhigend und beschönigend von Kostenzielen, die eingehalten werden müssten, der Effekt ist aber, sehen wir den Tatsachen ins Auge, derselbe wie bei Globalbudgets – und darüber wissen wir genügend. Es wird ein Dach definiert werden. Die Konsequenzen für Leistungserbringer sowie für Patientinnen und Patienten sind ebenfalls die gleichen: Leistungserbringer müssen die Verantwortung und natürlich dann auch die Konsequenzen für Kostenüberschreitungen anderer Leistungserbringer übernehmen, die ihrer Gruppe zugeordnet sind oder dem gleichen Tarifvertrag unterstehen. Patienten werden gewisse Leistungen nicht mehr erhalten, weil man als Arzt oder Ärztin Gefahr läuft, das Kostendach zu überschreiten.

Dermassen planwirtschaftlichen Massnahmen können wir nicht zustimmen. Es braucht im Gesundheitswesen mehr Freiheit und eine Ausrichtung an Qualität, nicht noch mehr staatliche Eingriffe. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass Instrumente, wie sie die Minderheit hier fordert, völlig falsche Anreize setzen und falsche Konsequenzen haben, indem kostenbewusst arbeitende Leistungserbringer in eine Art Sippenhaft genommen und für das Fehlverhalten anderer zur Rechenschaft gezogen werden. So wird gefordert, dass in Tarife und Mengen eingegriffen werden kann. Tarife müssen indessen auf gewissen Grundsätzen beruhen, z. B. auf Sachgerechtigkeit oder betriebswirtschaftlicher Berechnung. Tarifeingriffe, wie sie die Folge dieser Massnahmen wären, würden dieses Gebot verletzen.

Anders als behauptet, handelt es sich hier eben nicht um tarifpartnerschaftliche Lösungen, sondern um ein staatlich gesteuertes Instrument. Bund und Kantone haben es in der Hand, den Inhalt dieser Verträge via Bewilligungsverfahren vollständig zu steuern. Würden die Tarife hingegen nicht angetastet, so würden Kostenziele und Globalbudgets zu Rationierungen führen, was dem Gebot einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung widerspräche. Die Bevölkerung will dies nicht, das hat sie schon mehrheitlich zum Ausdruck gebracht; sämtliche Umfragen deuten darauf hin, dass die Bevölkerung solche Massnahmen ablehnt.

Indessen sind wir in unserer Kommission zurzeit daran, einen Gegenvorschlag zu erarbeiten für die beiden Volksinitiativen, die auf dem Tisch liegen, zum einen die Initiative von der SP "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien", zum andern die Initiative von der Mitte "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen". Hier wird der ganze Katalog der möglichen Massnahmen ausgebreitet und in einer Subkommission behandelt. Wenn schon, müsste dieses Thema, das hier nun von der Minderheit Humbel aufgebracht wird, ebenfalls dort behandelt und im Gesamtkontext angeschaut werden. In diesem Sinne unterstützen wir den Einzelantrag Prelicz-Huber, das Geschäft an diese Subkommission zu überweisen. Sollte Frau Prelicz-Huber diesen Einzelantrag zurückziehen, würde ich ihn übernehmen. Er ist konsequent, und vor allem kann man damit die ganze Geschichte in globo anschauen und alle Konsequenzen abwägen.

In diesem Sinne folgt unsere Fraktion, wie im Übrigen bei allen Minderheitsanträgen in diesem Block, der Mehrheit.

Mäder Jörg (GL, ZH): Ich möchte gleich den letzten Punkt von Kollegin Sauter aufgreifen: Wir haben die



ein bisschen spezielle Situation, dass das Kostendämpfungspaket schon sehr lange behandelt wird und dass zwei Initiativen vorliegen, die in diesen Bereich hineingehören. Man hat also in dem Sinne den Gegenvorschlag schon vorweggenommen: Er besteht im Kostendämpfungspaket.

Zu Artikel 44a, zum Thema der Rabatte: Es wurde jetzt schon mehrfach im Saal gesagt, dass es wichtig sei, dass solche Rabatte ausgehandelt würden, dass aber ja nichts von dem, was an Einsparungen ausgehandelt werde, dort bleiben dürfe, sondern alles zu 100 Prozent weitergegeben werden müsse. Dann passiert nichts! Wenn Sie wollen, dass etwas geschieht, müssen die, die die Arbeit haben, auch etwas davon haben. Ich glaube, die SP propagiert das immer wieder: Dort, wo gearbeitet wird, soll auch der Effekt sein. Es kann nicht sein, dass nur andere profitieren. Deshalb ist es wichtig, dass ein Teil dieses Efforts auch den Versicherern zugutekommt.

Ja, es ist ein heikles Thema, und ich bin auch gegen beliebig hohe Gewinne im Gesundheitswesen. Ich meine, wenn ein Kunsthändler beim Handel mit Kunstgemälden vielleicht 300 Prozent Gewinn macht, dann interessiert mich das wenig. Im Gesundheitsbereich hingegen ist es wesentlich schwieriger. Ich halte es hier aber mit einem Lieblingszitat von mir, einem Zitat des berühmten Schweizer Arztes Paracelsus aus dem 16. Jahrhundert: "Die Dosis macht das Gift." Wenn der Gesundheitssektor nur seine laufenden Kosten deckt, dann ist er nicht fähig, sich weiterzuentwickeln. Ein gewisses Mass an Gewinnen ist notwendig für eine Weiterentwicklung. Die Öffentlichkeit, aber auch wir hier in der Politik sollten diskutieren, was das richtige Mass an Gewinnen ist. Falls Sie jetzt Angst haben, dass aufgrund dieser Regelung plötzlich übertrieben wird: Man hat extra die Bestimmung aufgenommen, dass der Bundesrat die 25 Prozent in absoluten Beträgen deckeln kann. Es ist also nicht möglich, dass sich die Branche hier über das Mass hinaus bereichert. Wie gesagt: Wenn Sie wollen, dass Arbeit geleistet wird, dann müssen Sie auch dafür bezahlen. Das ist eine simple menschliche Logik.

Kommen wir zur wahrscheinlich umstrittensten Bestimmung, zu Artikel 47c. Sie haben es gehört: Bei uns allen wurde in letzter Zeit sehr stark lobbyiert. Es geht auch hier um einen ethisch sehr heiklen Bereich, und ja, wenn man es falsch angeht, dann kann das tatsächlich zu falschen Anreizen führen. Ich möchte Sie aber auf zwei Absätze in diesem Artikel in der Fassung gemäss Minderheit hinweisen:

In Absatz 1 wird ganz klar gesagt, dass das Ganze auf Fälle begrenzt ist, in denen nicht erklärbar ist, warum es zu einer Volumen-, Mengen- oder Kostensteigerung gekommen ist. Dort, wo es gut erklärbar ist, greift dieser Artikel also nicht.

In Absatz 6 wird noch präzisiert, dass externe Faktoren, die man als Erklärung hinzuziehen kann – wie zum Beispiel medizinischer Fortschritt, wenn es also plötzlich bessere Alzheimermedikamente gäbe, die zwar sehr teuer sind, aber zu einer starken Verbesserung der Situation führen –, kein Grund sind, Massnahmen zu ergreifen. Auch die soziodemografische Entwicklung ist berücksichtigt: Wenn also die höhere Lebenserwartung dazu führt, dass die Gesundheitskosten steigen, dann ist die Steigerung erklärbar und somit kein Grund für Korrekturmassnahmen. Auch die politische Entwicklung wird aufgeführt: Nehmen wir einmal an – ganz frei erfunden –, dass Long Covid zu vermehrten Nierenleiden und zu einer Kostensteigerung führt. Dann wäre die Steigerung erklärbar, weshalb die Korrekturmassnahmen nicht zur Anwendung kämen.

AB 2022 N 13 / BO 2022 N 13

Wenn man aber in allen anderen Fällen, in denen kein medizinischer, soziodemografischer oder politischer Faktor greift und nicht erklärbare Kostensteigerungen erfolgen, nicht bereit ist, Massnahmen zu ergreifen, dann frage ich mich, ob überhaupt noch jemand bereit ist, sein eigenes Tun zu hinterfragen und vorwärts zu denken. Mit so vielen Ausnahmen sind alle ethischen, medizinischen und soziodemografischen Faktoren abgedeckt. Darum kann man dieser Version zustimmen. Bitte diskutieren Sie nicht mehr über das Original im Bundesratsentwurf, sondern über die Version des Artikels gemäss Minderheit.

Die letzten dreissig Sekunden möchte ich noch auf Artikel 53 Absatz 1bis verwenden: das Beschwerderecht. Nein, wir sollten hier nicht ein weiteres Beschwerderecht einführen. Das Gesundheitssystem hat genügend verschiedene Player, die sich gegenseitig beäugen und möglichst alle Änderungen blockieren wollen, weil sie mit der aktuellen Situation doch recht zufrieden sind. Deshalb sind wir von den Grünliberalen grundsätzlich gegen Ausweitungen von Beschwerderechten, damit endlich mal etwas vorwärtsgeht.

Ich bitte Sie daher, bei den Artikeln 44a und 47c die Mehrheit und bei Artikel 53 Absatz 1bis die Minderheit Feri Yvonne zu unterstützen.

Hess Lorenz (M-E, BE): Ich habe bereits zu Artikel 44a gesprochen, bei dem ich Ihnen im Namen der Mitte-Fraktion Zustimmung zur Minderheit empfehle.

Ich äussere mich noch zu Artikel 47c. Bei Artikel 47c unterstützt die Mitte-Fraktion die Minderheit Humbel. Die Mitte-Fraktion möchte, dass vom Kostendämpfungspaket zumindest etwas übrig bleibt, was den steigenden



Gesundheitskosten entgegenwirken könnte. Diese Kosten belasten den Mittelstand bekannterweise schwer, deshalb engagiert sich die Mitte auch seit Längerem konkret in diesem Bereich. So hat sie die Kostenbremse-Initiative lanciert, und sie möchte, dass in der Gesundheitspolitik den Worten auch Taten folgen.

In der bisherigen Behandlung wurden dem Paket beispielsweise beim Referenzpreissystem gegen den Willen der Mitte-Fraktion die Zähne gezogen. Mit Artikel 47c besteht doch die Möglichkeit, dafür zu sorgen, dass alle Akteure, d. h. Ärzte, Krankenversicherer, Pharmaunternehmen, Bund und Kantone, in die Verantwortung genommen werden können, um ihren Teil zu einer Dämpfung des Kostenanstiegs beizutragen. Insbesondere das im Entwurf enthaltene gemeinsame Monitoring und die damit verbundenen Korrekturmassnahmen könnten ein erster Ansatz dazu sein.

Den Einzelantrag Prelicz-Huber auf Rückweisung an die Subkommission, der mutmasslich doch noch übernommen wird, auch wenn Frau Prelicz-Huber ihn zurückzieht, haben wir in der Fraktion nicht besprochen. Wir sind aber der Meinung, dass wir den Antrag nicht unterstützen. Zum einen ist der Auftrag, den wir der Subkommission gegeben haben, eigentlich klar umrissen, und es sind in der Subkommission auch schon Vorarbeiten angelaufen, weshalb wir den Rückweisungsantrag nicht für zielführend halten. Zum andern geht es auch darum, dass wir Artikel 47c, über den in beiden Räten und in den Kommissionen insgesamt schon siebenmal abgestimmt wurde, hier jetzt klar regeln.

Zu Artikel 53: Da ist die Mitte-Fraktion klar für die Annahme des Antrages der Mehrheit. Die Organisationen der Versicherer sollen nach Ansicht der Mitte-Fraktion durchaus die Möglichkeit haben, Beschwerde gegen die Beschlüsse der Kantonsregierungen zu führen. Es geht um den Bereich der Planung, der Spitallisten usw. gemäss Artikel 39 KVG.

Wir sind der Meinung, dass die Krankenversicherer nicht nur interessiert, sondern auch direkt betroffen sind, wenn es darum geht, die Anzahl, die Qualität, die Leistungen, die Mengen und Preise zu bestimmen oder zumindest zu verhandeln. Sie sind in ihrer Funktion zwangsläufig Anwälte der Versicherten oder zumindest deren Treuhänder. Wenn sie ihre Aufgabe wahrnehmen, handeln sie im Interesse aller Prämienzahler. Den Beweis dazu liefern die zig Millionen von Franken, die jährlich eingespart werden. Das passiert durch die strikten Kontrollen, welche die Krankenversicherer bei der Übernahme von Leistungen und beim Behandeln von Fällen machen.

Es gilt noch eines anzumerken: Ein Beschwerderecht ist kein Vetorecht. Wenn man das Gefühl hat, im Bereich der Planung, der Angebotssteuerung laufe etwas nicht in die richtige Richtung, soll eine Beschwerde möglich sein. Diese Beschwerde, falls sie durchkommt, kann durchaus im Sinne der Versicherten sein. Wenn Sie Versicherungsnehmer in einem Kanton oder in einer Region sind, wo schon ein Überangebot an Leistungserbringern herrscht und wo weitere Leistungserbringer zugelassen werden, ist es für Sie vielleicht nicht schlecht, wenn noch ein Akteur im Spiel ist, der eine Beschwerde macht und damit dieses Überangebot eindämmt. Überangebote führen normalerweise zu immer höheren Prämien.

de Courten Thomas (V, BL): Ich möchte Ihnen beantragen, in allen Punkten der Mehrheit der Kommission zu folgen, weil sich die Minderheiten, das haben ja auch die Argumente gezeigt, die wir hier gehört haben, in dogmatischen und ideologischen Positionen verheddern, die den Realitäten des Gesundheitswesens in der Schweiz in keiner Art und Weise und den Anträgen der Mehrheit nicht gerecht werden.

In Block 1, bei Artikel 44a, geht es um die verhandelten Rabatte. Dort wollen wir, dass es möglich ist, mit einem Leistungserbringer oder Versicherer gegenüber den Tarifverträgen, die behördlich genehmigt sind, bessere, günstigere Konditionen auszuhandeln, und dass diejenigen, die das vorantreiben, auch belohnt werden. Davon müssen drei Viertel direkt den Patientinnen und Patienten, den versicherten Personen zugutekommen, und ein Viertel bleibt noch als Anreiz für die Versicherer, dies überhaupt zu tun. Wenn sie diesen Anreiz nicht haben, dann machen sie es nicht, und dann wird es auch nicht günstiger; so einfach ist das. Dass wir diesen Anreiz setzen können, haben wir bereits bewiesen. Es wurde hier etwas von einem Gewinnverbot in der OKP fantasiert – das haben wir längst über Bord geworfen, das haben Sie über Bord geworfen. Wir haben in der Qualitätsvorlage Anreize drin, die auch die Versicherer aushandeln und die dann intern für Qualitätsverbesserungen oder Ausbildungstätigkeiten gebraucht werden können. Erzählen Sie also nicht die Mär, es gebe diesen Punkt im heutigen Gesetz nicht.

Bei Artikel 47c, bei den Massnahmen zur Steuerung der Kosten, möchte ich Sie daran erinnern – das ist noch gar nicht erwähnt worden –, dass wir diesen Artikel bereits in der ersten Runde in beiden Räten verworfen, also rausgeschmissen haben, weil er untauglich, weil er auch verfassungsmässig nicht wasserdicht ist.

Im Ständerat war das Gutachten von Herrn Kieser noch ein Thema. Dort hat man sich dann darauf geeinigt, dass solche Massnahmen möglicherweise noch irgendwie verfassungsgemäss sein könnten. Aber die Kritik daran war unserer Ansicht nach berechtigt, weil Sie damit eine Staatsmedizin, eine staatliche Steuerung



sämtlicher Leistungen, Kosten und Tarife einführen würden; das müsste alles in diesen Tarifverträgen behördlich genehmigt sein, damit Sie nachher auch die entsprechenden Massnahmen durchsetzen könnten. Diese Massnahmen würden, da können Sie lange darum herumreden, zwangsläufig zu einer Rationierung führen. Wenn das Kontingent ausgeschöpft wäre, würden sie dazu führen, dass die Leistungen nicht mehr im vollen Umfang erbracht werden könnten und genau die Schwächeren im Gesundheitswesen darunter litten. Das wollen wir nicht.

Wir diskutieren in der Kommission – das wurde erwähnt – Lösungen zur Kostenbremse-Initiative der Mitte und zur Prämientlastungs-Initiative der SP, damit wir einen vernünftigen Gegenvorschlag erhalten. Dieses Rückkommen ist rein politisch motiviert, weil die Mitte-Fraktion der Auffassung war, dass ihre eigenen Ständeräte im Plenum des Ständerates nicht richtig abgestimmt haben und dass man das jetzt nochmals da hineinnehmen muss. Arbeiten wir für eine Gesamtübersicht besser mit der Kommission zusammen.

Dann haben wir noch das Beschwerderecht der Versicherer. Selbstverständlich sind die Kantone in ihrer Spitalplanung Partei. Sie vertreten ja ihre eigenen Spitäler, die sie betreiben müssen. Sie finanzieren diese zusätzlich mit Steuergeldern, nicht mit Prämien. Also brauchen wir als Gegengewicht

AB 2022 N 14 / BO 2022 N 14

diese Planer. Die Mehrfachrolle der Kantone – wir kritisieren sie übrigens schon lange – muss endlich aufhören. Hier würden wir sie nochmals verstärken.

Wir brauchen auch in der Spitalplanung eine Aufsicht, einen Verhandlungspartner, der das nötige Gewicht hat, eben die Versicherer, die hier im Interesse ihrer Kundinnen und Kunden – der Versicherten, der Patientinnen und Patienten – ein Gegengewicht bilden können. Deshalb muss das Beschwerderecht bei der Spitalplanung möglich sein.

Müller-Altermatt Stefan (M-E, SO): Herr Kollege de Courten, Sie haben lamentiert, dass Artikel 47c bereits behandelt worden sei, und haben sich über die Kehrtwende beklagt. Im Juni 2018 hat der Nationalrat die Motion 18.3305, "KVG. Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmelement", von alt SVP-Nationalrat Heinz Brand ohne Opposition aus Ihren Reihen angenommen. Das ist doch genau das, was wir nun mit Artikel 47c auch verlangen. Wer hat denn nun die Kehrtwende gemacht? Wieso sind Sie jetzt dagegen? Ist nun einfach der Absender der falsche?

de Courten Thomas (V, BL): Sehr geehrter Herr Müller-Altermatt, ich habe weder lamentiert noch irgendetwas beklagt. Ich habe schlicht und einfach aufgezeigt, dass Ihre Fraktion im Ständerat offensichtlich falsch abgestimmt hat und dass Sie das jetzt noch korrigieren müssen. Sie tun dies unter dem Vorwand, dass wir gemäss Ihrer eigenen Initiative noch etwas korrigieren könnten. Das ist die aktuelle Kehrtwende.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je crois qu'il n'est pas nécessaire de rappeler trop en détail l'importance de ce projet pour la viabilité de notre système de santé.

J'aimerais tout de même mentionner le fait que les chiffres que nous avons maintenant à disposition pour l'année 2021 indiquent que les coûts de la santé continuent d'augmenter, et ce de manière assez importante. Cela montre qu'il est encore et toujours nécessaire d'agir dans ce domaine. Il faut continuer à élaborer et à mettre en oeuvre des mesures concrètes pour limiter la hausse à ce qui est médicalement justifiable.

Avec le paquet 1b de mesures pour la maîtrise des coûts, vous avez entre les mains des mesures dont le potentiel d'économies est significatif. Il permet de mesurer l'évolution de ces coûts et, ainsi, de contrôler l'évolution des primes.

J'évoque rapidement les rabais négociés; ils sont encore proposés par une courte majorité de votre commission. Ils ont été rejetés à l'unanimité par le Conseil des Etats. Je vous invite à suivre la minorité et à soutenir la version du Conseil des Etats. Nous craignons en effet que cette disposition conduise les assureurs à ne plus s'investir dans les négociations tarifaires et à tabler sur la possibilité de négocier bilatéralement un rabais.

Je passe rapidement sur le droit de recours des assureurs. Nous soulignons que votre commission soutient la position du Conseil fédéral qui vise à accorder aux fédérations d'assureurs un droit de recours. Je vous invite à suivre la majorité de votre commission sur ce point.

J'aimerais m'arrêter un peu plus longtemps, si vous le permettez, sur l'article que nous discutons maintenant et qui faisait l'objet de la question posée précédemment concernant les mesures de gestion des coûts. Après avoir rejeté cette mesure, aussi bien votre commission que celle du Conseil des Etats ont décidé de reprendre la discussion sur ce nouvel article 47c. Il s'agit, de l'avis du Conseil fédéral, d'un instrument de maîtrise des coûts extrêmement important.

J'aimerais dire quelques mots sur les questions posées par Mme Prelicz-Huber de manière très claire.



Frau Prelicz-Huber, Sie haben gefragt, ob es mit dieser Massnahme Risiken betreffend eine Rationierung der Leistungen gibt oder ob das Risiko besteht, dass die Langzeitpflege darunter leidet oder vermindert werden muss. Ich kann Ihnen sehr klar sagen: Die Antwort lautet Nein. Aber es genügt nicht, wenn ich einfach sage, die Antwort sei Nein. Darum werde ich jetzt die Gelegenheit nutzen, um Ihre Frage so ausführlich wie möglich zu beantworten.

Es war schon ganz am Anfang die Absicht des Bundesrates, dass es nicht so sein soll; die Antwort auf diese Frage war klar Nein. Das können Sie schon in der Botschaft von damals lesen, ich zitiere aus der Botschaft, weil es ein sehr wichtiger Artikel ist, ich möchte das wirklich klären. Wir haben in der Botschaft mit dem Gesamtbundesrat klar festgehalten: "Bei dieser Massnahme handelt es sich in keiner Weise um die Einführung eines Globalbudgets, da erstens keine Vorgabe eines Budgets vorgesehen ist und es zweitens weitgehend den Tarifpartnern überlassen wird, wie sie den Steuerungsmechanismus ausgestalten. Es handelt sich beim Vorschlag um die Steuerung von Kosten und nicht um die Steuerung von Mengen oder Leistungen. Daher wird es auch zu keiner Rationierung von Leistungen kommen." (BBl 2019 6115)

Es gibt noch ein anderes Zitat in der Botschaft, auf Seite 6142 f.: "Andererseits wird der Bundesrat auch darauf achten, dass die vereinbarten Massnahmen [...] auf keinen Fall die Versorgung oder die Qualität der Leistungserbringung gefährden [...]." Damit kann ich hier klar und gerne bestätigen, dass der Bundesrat dezidiert der Ansicht ist, dass diese neue Bestimmung keine Rationierung von Leistungen zur Folge haben kann und auch nicht haben wird.

Es gibt eine Minderheit, die diese neue Bestimmung nochmals klar im Gesetz verankern will. Wenn Sie den Text in Absatz 1 im Detail betrachten, wird klar, dass Massnahmen nur bei nicht erklärbaren Mengen und nicht erklärbarem Kostenwachstum zur Anwendung kommen sollen. In Absatz 6 wird auch klar geregelt, dass die Tarifpartner die nicht beeinflussbaren Faktoren angeben müssen, die eine Erhöhung der Mengen und der Kosten erklären können, und dass die Regeln dann – in Abgrenzung dazu – nur die ungerechtfertigten Erhöhungen betreffen.

In Absatz 3 gemäss Minderheitsantrag Humbel ist auch klar geregelt, dass der Bundesrat bei der Genehmigung der Verträge eine drohende Unterversorgung berücksichtigen muss. Das ist auch klar gesagt.

Noch einmal, kurz gesagt: Es ist nicht das Ziel, medizinisch begründete Massnahmen einzuschränken, und das wird auch nicht passieren. Das ist eine Verpflichtung, zu der ich mich auch im Namen des Bundesrates bekennen kann. Er hat wirklich alles unternommen, damit so etwas nicht passieren wird. Es geht vielmehr darum, den Kostenanstieg auf das medizinisch vertretbare Mass zu beschränken.

Ich danke für die Frage. Sie hat mir Gelegenheit gegeben, diese Bestimmung in einem Moment, in dem es einen gewissen Klärungsbedarf gibt, vor dem Rat zuhanden des Amtlichen Bulletins zu klären.

Ich mache Ihnen beliebt, in diesem Fall der Minderheit Ihrer Kommission zu folgen.

Humbel Ruth (M-E, AG), für die Kommission: Mit Artikel 44a, "Verhandelte Rabatte", möchte die Kommissionsmehrheit den Handlungsspielraum der Tarifpartner erweitern sowie die Tarifautonomie und den Preiswettbewerb fördern. Versicherer und Leistungserbringer sollen jederzeit günstigere Preise und Tarife vereinbaren können, als sie in den Tarifverträgen festgelegt sind oder behördlich festgesetzt wurden. Mindestens 75 Prozent der erzielten Einsparungen müssen den versicherten Personen als Prämienreduktion oder zur Reservebildung zugutekommen. Die restlichen 25 Prozent stehen den Versicherern zur freien Verfügung.

Der Ständerat ist seiner einstimmigen Kommission gefolgt und hat Artikel 44a gestrichen. Er tat dies insbesondere aus zwei Gründen: Erstens führt Artikel 44a zur Aufhebung des Gewinnverbots für die Versicherer in der Grundversorgung. Zweitens steht der neue Artikel 44a im Widerspruch zu Artikel 52 Absatz 3 KVG, wonach Analyseliste, Arzneimittel und der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände zu einem tieferen Preis vergütet werden können als zum behördlich festgesetzten. Im Bereich der behördlich festgesetzten Preise können also tiefere Preise ausgehandelt werden. Vergünstigungen müssen aber grundsätzlich den versicherten Personen weitergegeben werden, oder es muss gemäss Artikel 56 Absatz 3bis KVG, der mit der Qualitätsvorlage ins Gesetz aufgenommen worden ist, ein Teil davon zur Verbesserung der Qualität eingesetzt werden.

AB 2022 N 15 / BO 2022 N 15

Die Kommissionsminderheit folgt dieser Argumentation. Die Kommissionsmehrheit hingegen will am Beschluss des Nationalrates zu Artikel 44a festhalten, weil mit dieser Bestimmung der Wettbewerb gefördert wird und ein Anreiz für Versicherer besteht, tiefere Preise auszuhandeln. Knapp, mit 13 zu 12 Stimmen, hat die SGK Festhalten an Artikel 44a beschlossen.

Ich komme zu Artikel 47c, "Kostenmonitoring und Korrekturmassnahmen": Hier geht es nicht um Kostenziele, diese werden im indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative diskutiert. In Artikel 47c geht es um



ein Kostenmonitoring und allfällige Korrekturmassnahmen; er ist ein Kernartikel des Kostendämpfungspakets 1b. Der Entwurf des Bundesrates zu Artikel 47c hiess "Überwachung der Kosten" und wurde bekanntlich in beiden Räten äusserst knapp abgelehnt: Der Nationalrat lehnte den Artikel mit 92 zu 91 Stimmen ab, während er im Ständerat mit Stichentscheid des Präsidenten abgelehnt wurde. Im Ständerat wurde ein modifizierter Einzelantrag Würth abgelehnt, der den Kantonen in ihrem Zuständigkeitsbereich Kompetenzen zuweisen wollte. Diese angepasste Version wurde zuvor nicht in der Kommission vorberaten.

Deshalb hat Ihre Kommission mit 12 zu 11 Stimmen beschlossen, auf Artikel 47c, "Kostenmonitoring und Korrekturmassnahmen", zurückzukommen; Rückkommen wurde auch von der Schwesterkommission, der SGK-S, beschlossen. Daraufhin wurde ein modifizierter Antrag zu Artikel 47c in die Kommission eingebracht. Basis bildete der Einzelantrag Würth, der zuvor in der ständerätlichen Kommission noch nicht behandelt worden war; er bezieht die Kantone mit ihren Kompetenzen mit ein.

Der neue Antrag sieht subsidiäre Interventionskompetenzen für diejenige Behörde vor, die für den Tarif oder die Preise zuständig ist. Für kantonale Tarife werden die Kantone in die Verantwortung genommen, und für nationale Tarifstrukturen bleibt der Bund verantwortlich. Zudem geht es im neuen Antrag nicht einfach um die Überwachung der Kostenziele, sondern es geht um ein Kostenmonitoring. Wie erwähnt worden ist, geht es um den Fall einer nicht erklärbaren Mengen- und Kostenentwicklung. Für diese Situation müssen die Tarifpartner Korrekturmassnahmen vorsehen. Faktoren, welche von den Tarifpartnern nicht beeinflusst werden können, insbesondere medizintechnischer Fortschritt, soziodemografische oder politische Entwicklungen, müssen definiert und berücksichtigt werden. Wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können, kann die zuständige Behörde subsidiär das Monitoring oder Korrekturmassnahmen festlegen.

Nach der materiellen Diskussion lehnte die SGK den jetzt als Minderheit vorliegenden Antrag mit Stichentscheid des Präsidenten ab. In der Kommission herrschte mit 12 zu 12 Stimmen Stimmengleichheit; der Präsident lehnte den Antrag zu Artikel 47c mit Stichentscheid ab. In der Kommission wurden denn auch formelle und materielle Gründe dagegen vorgebracht. Es gibt diejenigen, die finden, solche Bestimmungen sollten im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative beraten werden. Das entspricht auch dem Einzelantrag Prelicz-Huber, der auf dem Tisch liegt. Es gibt aber auch eine fundamentale Gegnerschaft gegen diesen Artikel, das sind diejenigen, die ein Monitoring grundsätzlich ablehnen.

Ich gestatte mir noch eine Bemerkung zum Lobbying gegen Artikel 47c über Medien, Social Media und persönliche Kontakte: Das Lobbying war enorm, und ich habe das Gefühl, dass die meisten ...

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Entschuldigen Sie, Frau Humbel. Wenn Sie hier vorne schreien müssen und ich Sie trotzdem fast nicht verstehe, dann ist es definitiv zu laut in diesem Saal. Geschätzte Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie noch Gespräche führen möchten, dürfen Sie sehr gerne in die Wandelhalle gehen, und sonst dürfen Sie auch sehr gerne Frau Humbel zuhören.

Humbel Ruth (M-E, AG), für die Kommission: Ich gestatte mir, den Satz zum Lobbying gegen Artikel 47c noch fertig zu machen, denn aus den Zuschriften muss ich entnehmen, dass die meisten Opponenten noch nicht realisiert haben, dass wir als Minderheit einen neuen Artikel 47c beantragen. Wie bereits ausgeführt, wurde Artikel 47c mit Stichentscheid des Präsidenten abgelehnt.

Ich komme noch zu Artikel 53 Absatz 1bis, da geht es um das Beschwerderecht der Versicherten gegen Beschlüsse der Kantonsregierung bei der Spitalplanung. Die Kantone sind zuständig für die Spitalplanung, heute können aber betroffene Spitäler gegen kantonale Entscheide zur Spitalplanung Beschwerde einreichen. Versicherte und Versicherte können dies nicht tun. Das soll in Zukunft möglich sein. Es ist aber nicht so, dass ein einzelner Versicherter Beschwerde erheben kann; nur Versicherungsverbände bekommen diese Möglichkeit. Es geht mit diesem Beschwerderecht um ein Kräftegleichgewicht, auch wenn dies von Gegnerinnen des Artikels und von der Minderheitssprecherin bestritten worden ist. Bei der Planung müssen die Interessen der Leistungserbringer und die Interessen der Versicherten und der Versicherten hinreichend berücksichtigt werden. In der Kommission wurden dann beispielsweise die Bürgenstock-Hotels erwähnt, welche auf die Spitalliste gekommen sind. Das geschah wohl eher aus volkswirtschaftlichen denn aus versorgungspolitischen Überlegungen, denn in der Rehabilitation haben wir gesamtschweizerisch eine ausreichende Versorgung. Im Übrigen bestand schon einmal eine Beschwerdemöglichkeit der Versicherten, nämlich bis 2010. Damals, Ende 2010, änderte das Bundesverwaltungsgericht seine Praxis und hielt fest, dass der Gesetzgeber klar entscheiden müsse, ob er den Versicherten ein Beschwerderecht zugestehen wolle. Das beantragt die Mehrheit mit diesem Antrag. Die Kommission hat mit 12 zu 11 Stimmen der Fassung des Ständerates und des Bundesrates zugestimmt.

Zusammenfassend bitte ich Sie, den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.



Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La santé, c'est quelque chose de compliqué. La preuve, c'est que nous sommes dans les divergences de la deuxième partie du premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé – bloc 1. Dans ce premier bloc, trois minorités sont en discussion.

La première concerne l'article 44a relatif aux rabais négociés. Cet article avait été accepté par notre conseil et rejeté par le Conseil des Etats. Ici, il est question de permettre aux assureurs de négocier des tarifs inférieurs à ceux qui ont été adoptés par la Confédération ou par les partenaires tarifaires et d'utiliser un quart des rabais négociés pour encourager les assurés ou les fournisseurs de prestations à proposer ces tarifs négociés. En résumé, il y aurait la possibilité pour les assureurs de soutenir la mise en oeuvre des rabais négociés en employant le quart disponible, par exemple pour financer l'assuré qui choisirait un fournisseur de prestations meilleur marché ou alors un fournisseur de prestations, un médecin par exemple, pour qu'il invite son patient à choisir un fournisseur de prestations plutôt qu'un autre qui serait meilleur marché. Cette solution est évidemment contraire à un certain nombre de dispositions de la LAMal. La LAMal a comme principe que tous les fournisseurs de prestations doivent être logés à la même enseigne, que les prix doivent être les mêmes pour tous et que, en fin de compte, on doit traiter tous les fournisseurs de prestations sur un pied d'égalité. La logique que l'on veut – c'est ce qui a été dit en commission –, c'est que 100 pour cent du rabais finisse dans la poche de l'assuré; c'est ce qui est dit d'ailleurs à l'article 56 de la LAMal, qui serait en contradiction avec la proposition de l'article 44a.

La logique de la majorité de la commission, qui soutient encore cet article, est de dire qu'il vaut mieux accepter 75 pour cent d'un rabais existant, que 100 pour cent d'un rabais que nous n'aurons jamais. Parce qu'en fin de compte, en l'absence d'un rabais négocié, en l'absence de cet encouragement des 25 pour cent, aucun acteur dans le système de la santé n'est véritablement encouragé à négocier quelque chose. C'est ce que l'on constate au quotidien: la pratique des tarifs négociés ne crée aucun incitatif.

Une minorité considère que cette proposition doit être rejetée – c'est la position du Conseil des Etats – parce que, d'une

AB 2022 N 16 / BO 2022 N 16

part, elle serait contraire au principe de la LAMal qui veut qu'en aucun cas l'assureur ne doit pouvoir réaliser un bénéfice, ce qui serait possible en l'espèce, et, d'autre part, parce qu'il y aurait une contradiction avec l'article 56 de la LAMal. Cela dit, la majorité de la commission, qui s'est prononcée par 13 voix contre 12, a estimé que cette disposition n'était pas contradictoire et que des règles d'interprétation étaient possibles, notamment le principe de la *lex specialis* qui prime la *lex generalis*.

A l'article 47c, il y a une mesure extrêmement importante, centrale dans le paquet de mesures qui a été proposé par le Conseil fédéral: elle concerne les mesures de gestion des coûts dans les conventions tarifaires. Cette mesure avait été rejetée à la fois par notre conseil et par le Conseil des Etats, mais les deux commissions des deux chambres ont accepté de repêcher la mesure et de vous la proposer à nouveau aujourd'hui. Il s'agit d'introduire dans les conventions tarifaires des objectifs en matière de volumes et en matière de quantités de prestations. Actuellement, les conventions tarifaires prévoient les prestations, leurs prix, mais ne prévoient pas d'objectifs en matière de coûts. Les prestataires de soins ainsi que les partenaires tarifaires auraient l'obligation de fixer des objectifs. Si ces objectifs étaient dépassés, il y aurait l'obligation, l'année suivante, de prendre des mesures de réduction des tarifs afin d'encourager les partenaires tarifaires à modérer les prestations fournies. Pour la majorité de la commission, un plafonnement par le biais du tarif revient à une réduction de la qualité, à un plafonnement des dépenses, à un budget global – ce qui existe dans un certain nombre de pays, est contraire à la volonté de la majorité des personnes dans notre pays et créerait un monstre démocratique. La minorité Humbel estime par contre que c'est là la seule véritable mesure efficace pour faire baisser les coûts, que l'introduction d'un monitoring des coûts de la santé est indispensable et qu'il y a un besoin de pilotage dans le système de la santé. Après de longs débats en commission, puisque nous sommes revenus sur un projet qui avait déjà été rejeté une fois, cette mesure a été rejetée par 12 voix contre 12, avec la voix prépondérante du président.

En tant que rapporteur de la commission, je vous invite à en faire autant.

A l'article 53 alinéa 1bis, nous allons discuter encore une fois du droit de recours des assureurs. Il s'agit d'un droit de recours des assureurs contre les décisions des cantons en matière de planification hospitalière. Selon l'article 39 de la loi sur l'assurance-maladie, ce sont les cantons qui planifient les hôpitaux remboursés par l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral proposait d'introduire un droit de recours des assureurs contre ces décisions. Le Conseil national avait refusé ce droit de recours. Le Conseil des Etats l'a réintroduit. La majorité de la commission propose aujourd'hui de le reprendre.

En faveur de cette mesure, la majorité considère que les décisions que prennent les cantons doivent pouvoir



être contrôlées et que la légalité de ces décisions n'est pas toujours établie. Les cantons ont parfois, même très souvent, plusieurs casquettes. Ils sont à la fois propriétaires d'hôpitaux et planificateurs. Ce n'est pas toujours la décision la plus économique qui est prise. Le droit de recours doit permettre de contrôler des décisions qui pourraient être douteuses. L'effet suspensif de tels recours peut être retiré au besoin, ce qui éviterait que les recours n'empêchent la mise en oeuvre de décisions urgentes et nécessaires dans les cantons.

La minorité Feri Yvonne estime quant à elle que la rapidité des procédures exige que les cantons ne soient pas soumis au contrôle des assureurs et que les recours ne vont pas améliorer la planification.

Ici aussi, la proposition a été rejetée à une très courte majorité, comme pour les deux autres propositions de minorité. Cela s'est joué à 12 voix contre 11 et une seule abstention.

Ainsi, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique s'est réunie le 12 janvier et le 3 février 2022 pour traiter de ce sujet. Je rappelle que ce paquet a été adopté par notre conseil le 29 octobre 2020. Il a été revu par le Conseil des Etats le 9 décembre 2021. Cela fait maintenant deux ans que nous travaillons sur cet objet.

Je vous remercie de suivre la majorité pour tous ces points.

Art. 44a*Antrag der Mehrheit*

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Hess Lorenz, Aebischer Matthias, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 44a*Proposition de la majorité*

Maintenir

Proposition de la minorité

(Hess Lorenz, Aebischer Matthias, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24446)

Für den Antrag der Minderheit ... 98 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 97 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 47c*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Humbel, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mäder, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Titel

Kostenmonitoring und Korrekturmassnahmen

Abs. 1

Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor.

Abs. 2

Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen in kantonal oder gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert werden. Betreffen die Massnahmen gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen, müssen sie in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen festgelegt werden.

**Abs. 3**

Die Verträge nach Absatz 2 bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder bei gesamtschweizerischem Geltungsbereich durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde berücksichtigt dabei sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise.

Abs. 4

Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens vorsehen:

- a. die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind;
- b. die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten oder Volumen.

Abs. 5

Sie müssen Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörden berücksichtigen.

AB 2022 N 17 / BO 2022 N 17

Abs. 6

Die Verträge nach Absatz 2 definieren die von den Leistungserbringern und den Versicherern nicht beeinflussbaren Faktoren, die eine Erhöhung der Mengen und der Kosten erklären können (insbesondere medizintechnischer Fortschritt und soziodemografische oder politische Entwicklungen), und müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten oder Volumen gegenüber einem im Vertrag definierten Zeitraum vorsehen.

Abs. 7

Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt die zuständige Kantonsregierung das Monitoring sowie Korrekturmassnahmen fest. Vorbehalten bleiben Massnahmen bezogen auf gesamtschweizerische Tarifverträge oder auf gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen, diese kann der Bundesrat festlegen.

Abs. 8

Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände sind verpflichtet, den Kantonsregierungen und dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos die Informationen zu liefern, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.

Abs. 9

Bei einem Verstoß gegen die Pflicht zur Informationslieferung nach Absatz 8 kann die zuständige Behörde gegen die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer und gegen die betroffenen Leistungserbringer und Versicherer Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

Abs. 10

Alle Leistungserbringer und Versicherer müssen sich an die nach Absatz 1 vereinbarten oder die nach Absatz 7 festgelegten Massnahmen im entsprechenden Bereich halten.

Antrag Prelicz-Huber/Sauter

Die Behandlung von Artikel 47c, "Massnahmen zur Steuerung der Kosten", ist auszusetzen und in der Subkommission "Prämiententlastung und Kostenbremse" der SGK-N im Rahmen der Vorlagen 21.063 und 21.067 zu behandeln.

Schriftliche Begründung

Mit Artikel 47c sollen Massnahmen zur Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen festgelegt werden. Ebenso wollen das die Vorlagen 21.063 ("Prämien-Entlastungs-Initiative") und 21.067 ("Kostenbremse-Initiative" und indirekter Gegenvorschlag). Für letztere zwei Geschäfte hat die SGK-N eine Subkommission eingesetzt, um die Fragen einer sinnvollen Steuerung im Gesundheitswesen gemeinsam bearbeiten und eine Lösung finden zu können. Es ist sachlogisch, Artikel 47c in diesem Rahmen zu diskutieren und damit erst später zu entscheiden.

Art. 47c**Proposition de la majorité**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Humbel, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mäder, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Titre

Monitoring des coûts et mesures de correction

Al. 1

Les assureurs et les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives prévoient, dans les domaines pour lesquels ils doivent conclure une convention tarifaire conformément à l'article 43 alinéa 4, un monitoring commun de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts ainsi que des mesures de correction en cas d'évolution inexplicable des quantités, des volumes et des coûts.

Al. 2

Les mesures visées à l'alinéa 1 doivent être intégrées dans des conventions tarifaires dont la validité s'étend au territoire cantonal ou à toute la Suisse. Si les mesures concernent des structures tarifaires uniformes fixées sur le plan suisse, elles doivent être définies dans des conventions valables pour toute la Suisse.

Al. 3

Les conventions visées à l'alinéa 2 doivent être soumises pour approbation au gouvernement cantonal compétent ou, si leur validité s'étend à toute la Suisse, au Conseil fédéral. L'autorité d'approbation tient compte de manière appropriée de la menace d'une insuffisance ou d'un excédent de l'offre.

Al. 4

Les mesures visées à l'alinéa 1 doivent au moins prévoir, pour chaque domaine pertinent pour la catégorie de fournisseurs de prestations concernée:

- a. une surveillance de l'évolution quantitative des diverses positions prévues pour les prestations;
- b. une surveillance de l'évolution des coûts facturés ou des volumes.

Al. 5

Elles doivent prendre en compte les décisions de planification et de gestion des autorités compétentes.

Al. 6

Les conventions visées à l'alinéa 2 définissent 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 (en particulier le progrès médical et technique et les développements sociodémographiques ou politiques). Elles doivent prévoir des règles correctrices en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts ou des volumes par rapport à une période définie dans la convention.

Al. 7

Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les modalités du monitoring et les mesures de correction, le gouvernement cantonal compétent fixe ces modalités et ces mesures. Sont réservées les mesures relatives aux conventions tarifaires en vigueur dans toute la Suisse ou aux structures tarifaires uniformes fixées sur le plan suisse; celles-ci peuvent être fixées par le Conseil fédéral.

Al. 8

Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives sont tenus de communiquer gratuitement aux gouvernements cantonaux et au Conseil fédéral, sur demande, les informations nécessaires pour fixer les mesures.

Al. 9

En cas de manquement à l'obligation de communiquer les informations prévues à l'alinéa 8, l'autorité compétente peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations, des assureurs et des fédérations concernés. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

Al. 10

Tous les fournisseurs de prestations et tous les assureurs sont tenus de respecter les mesures convenues conformément à l'alinéa 1 ou fixées en vertu de l'alinéa 7 pour le domaine en question.

Proposition Prelicz-Huber/Sauter

Le traitement de l'article 47c "Mesures de gestion des coûts" doit être suspendu et traité par la sous-commission "Allègement des primes et frein aux coûts" de la CSSS-N dans le cadre des objets 21.063/21.067.



Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Frau Prelicz-Huber hat ihren Antrag zurückgezogen. Frau Sauter hat diesen Antrag nun aber als ihren eigenen übernommen. Mit dem Antrag wird die Sistierung verlangt, was einer Rückweisung an die Kommission gleichkommt.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24447)

Für den Antrag Prelicz-Huber/Sauter ... 83 Stimmen

Dagegen ... 111 Stimmen

(1 Enthaltung)

AB 2022 N 18 / BO 2022 N 18

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Die Abstimmung über den Antrag der Minderheit Humbel gilt auch für Ziffer III Absatz 2.

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24448)

Für den Antrag der Minderheit ... 103 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 87 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Art. 53 Abs. 1bis

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Feri Yvonne, Aebischer Matthias, Aeschi Thomas, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Festhalten

Art. 53 al. 1bis

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Feri Yvonne, Aebischer Matthias, Aeschi Thomas, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Maintenir

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24449)

Für den Antrag der Mehrheit ... 98 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 94 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Änderung anderer Erlasse

Modification d'autres actes

Ziff. 3 Art. 26 Abs. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 3 art. 26 al. 4

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté



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

Ziff. III Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Humbel, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mäder, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Die Verträge über das Kostenmonitoring und die Korrekturmassnahmen nach Artikel 47c Absatz 2 sind der zuständigen Genehmigungsbehörde innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung vom ... zur Genehmigung vorzulegen.

Ch. III al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Humbel, Crottaz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Lohr, Mäder, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Les conventions qui visent à définir le monitoring et les mesures de correction conformément à l'article 47c alinéa 2 doivent être soumises pour approbation à l'autorité compétente dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du ...

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit Humbel wurde bei Artikel 47c abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Minderheit

Adopté selon la proposition de la minorité

Block 2 – Bloc 2

Zulassung und Inverkehrbringen sowie Abgabe von Arzneimitteln

Autorisation, mise sur le marché et remise de médicaments

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Humbel wird von Herrn Lorenz Hess vertreten. Herr Hess äussert sich auch gleich für die Mitte-Fraktion. Der Antrag der Minderheit Nantermod wird von Frau Sauter vertreten.

Hess Lorenz (M-E, BE): Wir kommen zu Artikel 52a, wo es um das Substitutionsrecht geht. Die Mitte-Fraktion empfiehlt Ihnen, der Minderheit Humbel zu folgen. Ich spreche einerseits als Stellvertreter von Frau Humbel, andererseits auch für die Fraktion. Wir haben übrigens auch hier die Möglichkeit, eine Differenz zu bereinigen, worum es in dieser Phase schliesslich auch geht.

Grundsätzlich ist sicher niemand dagegen, wenn Generika gefördert werden, d. h., dass Apotheker und Apothekerinnen bei gleicher medizinischer Eignung von Arzneimitteln das günstigere abgeben können. Dagegen ist nichts einzuwenden. Nach Ansicht der Minderheit geht es nun aber darum, dass der Arzt oder die Ärztin trotzdem die Möglichkeit haben soll – so sieht es die Version des Ständerates vor –, explizit die Abgabe des Originals zu verlangen. Warum ist das wichtig, in den Fällen, in denen der Arzt oder die Ärztin das empfiehlt? Es geht hier um die Patientinnen und Patienten, und zwar geht es z. B. um die Verträglichkeit und die Qualität. Diese sind aufgrund von Unterschieden bei den Arzneimitteln nicht in allen Fällen gegeben, auch wenn das eine Produkt, das günstigere, offensichtlich und objektiv gesehen, eigentlich dem gleichen Zweck dient. Es geht darum, dass der Arzt entscheiden können muss, ob es aufgrund kleiner Unterschiede vertretbar oder eben nicht vertretbar ist, das Generikum abzugeben. In einem solchen Fall sollen die Ärzte und Ärztinnen die Möglichkeit haben, zu verlangen, dass das Original abgegeben wird.

Unterstützen Sie bei Artikel 52a die Minderheit Humbel; das ist auch die Empfehlung der Mitte-Fraktion.



Ich spreche in Absprache mit der Präsidentin gleich im Namen der Mitte-Fraktion weiter. Die Mitte-Fraktion hat die Artikel 9 und 14 HMG sowie 16a THG beraten und bittet Sie, den Mehrheitsantrag zu unterstützen. Inhaltlich geht es im Wesentlichen um die Frage, welche Arzneimittel noch eine Zulassung brauchen, bzw. darum, Fälle zu schaffen, in denen keine Zulassung mehr benötigt wird. Das mag auf den ersten Blick verlockend oder nicht ganz unvernünftig tönen, weil wir gerade bei der Behandlung von medizinischen Fällen im Rahmen von Therapien davon ausgehen, dass es bei neuen Produkten möglicherweise länger geht, bis sie zugelassen sind. Trotzdem überwiegt in diesen Fragen aus Sicht der Mitte-Fraktion die Sicherheit und die Rolle von Swissmedic. Mit den vorliegenden Minderheitsanträgen würde Swissmedic, ein bisschen überspitzt formuliert, zumindest teilweise umgangen werden. Es würde auch keinen Sinn machen, wenn man als Folge davon dafür sorgen möchte, dass zumindest Listen geführt würden, wie das auch

AB 2022 N 19 / BO 2022 N 19

vom BAG verlangt wurde, wo man nachsehen könnte, welches dieser Produkte keine spezielle Zulassung braucht.

Wir sind klar der Meinung, dass wir hier im Sinne der Sicherheit, aber eben auch wegen der Rolle von Swissmedic, keinen Paradigmenwechsel vornehmen sollten. Deshalb bitten wir Sie, in diesen Zulassungsfragen der Mehrheit zuzustimmen und die Minderheitsanträge abzulehnen.

President (Candinas Martin, emprim vicepresidente): (*discurra sursilvan*) Il pled per la minoritad Nantermod ha dunna Sauter che discurra er gist per la fracziun liberal-democratica.

Sauter Regine (RL, ZH): Ich vertrete hier die Minderheit Nantermod.

Einer der Gegenstände dieser Vorlage ist die Förderung der Abgabe von Generika. Generika sind preisgünstigere Medikamente mit der gleichen Wirksamkeit. Wenn es gelingt, in der Schweiz mehr Generika abzugeben, ist davon auszugehen, dass das zu einer Kostenreduktion im Bereich der Medikamente führt.

Ebenfalls ist feststellbar, dass Generika im Ausland erheblich günstiger sind als in der Schweiz. Hier setzt nun der Minderheitsantrag Nantermod an. Es soll möglich sein, Generika aus dem Ausland direkt zu importieren und dadurch von günstigeren Preisen zu profitieren.

Ich möchte Folgendes betonen: Es geht hier um Medikamente, die im europäischen Raum von der europäischen Zulassungsbehörde zugelassen worden sind. In diesem Sinne kann ich das Argument der mangelnden Sicherheit nicht nachvollziehen. Man kann davon ausgehen, dass Medikamente, die für deutsche Bürgerinnen und Bürger, für Österreicher oder Franzosen zugelassen worden sind, auch für Schweizer gut genug sind.

Im Übrigen hat Kollege Nantermod hier zu einem Kompromiss Hand geboten. Es ist nun so, dass diese Produkte auf einer Liste des BAG enthalten sein müssen. Man erhält dort zum einen Auskunft über diese Medikamente. Zum andern müssen die Importeure von solchen Medikamenten dem Schweizerischen Heilmittelinstitut vor dem Import eine Mitteilung machen. In diesem Sinne ist eine Kontrolle gewährleistet.

Es ist nun nicht so, dass wir hier von etwas sehr Abstraktem reden. Es ist zum Beispiel vorstellbar, dass es im grenznahen Raum Einkaufsgemeinschaften gibt, die auf der anderen Seite der Grenze solche Medikamente beziehen und entsprechend von den Preisvorteilen profitieren können. Wir müssen nicht davon ausgehen, dass Medikamente quer durch Europa gekarrt werden, falls die Gegner dieser Bestimmung dieses Bild haben sollten.

In diesem Sinne bitte ich Sie, hier der Minderheit Nantermod zuzustimmen und einen Beitrag zu leisten, damit wir auch im Bereich der Medikamente und der Generika mehr Wettbewerb haben und dadurch von tieferen Preisen profitieren können.

Im Übrigen bitte ich Sie im Namen unserer Fraktion, bei Artikel 52a Absatz 1 dem Minderheitsantrag Humbel zuzustimmen; es geht hier um das Substitutionsrecht, um die Substitution von Originalpräparaten durch Generika, wodurch man sich wieder eine Kostenersparnis verspricht.

Bei Artikel 14 Absatz 3 des Heilmittelgesetzes bitten wir Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen. Hier geht es wiederum darum, dass die Produkte von einem vereinfachten Zulassungsverfahren profitieren können sollen, dass also administrativer Aufwand entfällt, wie beispielsweise Beschriftung, Etikettierung usw., und dadurch auch eine Kostenersparnis möglich ist.

President (Candinas Martin, emprim vicepresidente): (*discurra sursilvan*) Il pled ha signur de Courten che discurra er gist per la fracziun da la Partida populara svizra.

de Courten Thomas (V, BL): Mein Minderheitsantrag in diesem Punkt ist relativ einfach zu erklären. Es geht hier um die Kompromisslösung, die der Ständerat dem Antrag Nantermod bezüglich der Direktimporte gegen-



übergestellt hat. Mein Minderheitsantrag – wir sind ja schliesslich in einer Differenzbereinigung – nimmt die Lösung des Ständerates, also die dispositive Lösung, auf: Swissmedic "kann", muss aber nicht zwingend. Die Mehrheit unserer Kommission steht für ein "muss" ein, obwohl das gar nicht nötig ist. Es sind durchaus auch Situationen denkbar, in denen es sinnvoll ist, dass Swissmedic nicht zwingend Vereinfachungen vorsehen muss, damit die Versorgungssicherheit entsprechend gewährleistet ist. Wir hätten damit eine weitere Differenz mit dem Ständerat ausgeräumt.

Für die SVP-Fraktion kann ich auch gleich zum Substitutionsrecht Stellung nehmen, das ist Artikel 52a. Dort hat der Ständerat eigentlich die Version des Nationalrates übernommen, möchte aber zusätzlich noch einmal explizit die sogenannten "sic"-Rezepte, in denen der Arzt ausdrücklich sagt, der Patient soll – auch in der Apotheke – nur dieses Originalpräparat erhalten, ins Gesetz schreiben. Das ist der Punkt, den uns der Ständerat in Auftrag gegeben hat: nochmals zu prüfen, ob diese explizite Erwähnung im Gesetz nötig ist. Sie ist es nicht. Ich erlaube mir, aus der Kommission zu zitieren und das zuhänden der Materialien auch in diesem Plenum hier festzuhalten. Die Verwaltung hat uns in der Kommissionssitzung explizit gesagt, mit dem Entwurf des Bundesrates beziehungsweise dem Beschluss des Nationalrates sei es möglich, dass ein Arzt aus medizinischen Gründen sagt, man dürfe das Präparat nicht substituieren. Es ist vorgesehen, dass es, medizinisch begründet, möglich ist, ein Präparat zu substituieren; der Arzt kann im Rezept aber auch weiterhin, ohne dass das explizit im Gesetz steht, "nicht zu substituieren" vermerken, und der Apotheker hat sich daran zu halten. Daher braucht es diese Ergänzung im Gesetz nicht. Wir könnten also auch diese Differenz bereinigen.

Was die Parallelimporte angeht, die Herr Nantermod mit seinem Minderheitsantrag nochmals aufs Tapet bringt, obwohl unser Rat wie auch der Ständerat diese Option klar verworfen haben, müssen wir uns einfach bewusst sein, dass sich Swissmedic nicht einfach durch irgendeine europäische Zulassungsbehörde ersetzen lässt. Mit Swissmedic haben wir in der Schweiz vielmehr ein Referenzinstitut, das für den Wirtschaftsstandort, die Gesundheitsversorgung, die Leistungserbringer und alle entsprechend beteiligten Stakeholder von zentraler Bedeutung ist. Wir würden dieses Institut massiv schwächen, wenn wir es ermöglichen würden, wie das Herr Nantermod verlangt, dass man irgendwo in Europa zugelassene Medikamente automatisch, ohne Prüfung durch Swissmedic, in der Schweiz in Verkehr bringt.

Die Argumentation, die Frau Sauter vorgetragen hat, berücksichtigt diese Rolle des Institutes nicht. Sie berücksichtigt auch nicht, dass in der europäischen Umgebung x Fälschungen unterwegs sind. Wenn wir den Weg von Herrn Nantermod gehen würden, hätten wir keine Ahnung mehr, was alles an Medikamenten in der Schweiz kursiert; wir hätten keine Möglichkeit, Fälschungen aufzuzeigen; wir hätten keine Möglichkeit mehr, die Medikamentenkette zu verfolgen; und wir hätten keine Möglichkeit mehr, bei negativen Wirkungen oder falschen Chargen entsprechende Rückrufe zu tätigen, weil all das nicht mehr unter der Kontrolle unserer Arzneimittelbehörde stünde. Deshalb ist es ein viel zu gefährlicher Weg.

Der Weg des Ständerates ermöglicht einfache Parallelimporte, die per se eigentlich heute schon möglich sind. Aber die entscheidenden Hürden werden mit dem vorgezeichneten Vorgehen des Ständerates abgebaut, und deshalb ist das der richtige Weg.

Mäder Jörg (GL, ZH): Die Zusammenfassung gleich am Anfang: Bitte stimmen Sie allen drei Anträgen der Mehrheit zu.

In der ersten Runde hat der Nationalrat aus guten Gründen eine Bestimmung beschlossen, um Parallelimporte zu erleichtern. Es ist aber ganz klar: Es ist eine nicht ganz einfache Thematik. Mein Vorredner hat soeben einige Aspekte, insbesondere rund um Swissmedic, sehr kompetent angetönt. Entsprechend gab es dann auch Rückmeldungen; man sollte wissen, was denn wirklich genau die Auswirkungen des ersten Beschlusses aus dem Nationalrat wären. Der Ständerat hat diese Befürchtungen und Überlegungen

AB 2022 N 20 / BO 2022 N 20

aufgenommen, das Gesetz entsprechend korrigiert und einen besseren Beschluss gefasst, dem wir zustimmen möchten. Es soll künftig mehr möglich sein. Es ist nicht nötig, dass wir uns komplett abschotten. Es soll Erleichterungen geben. Deshalb unterstützen wir den Ansatz des Ständerates.

Den Antrag der Minderheit Nantermod lehnen wir ab. Er ist zwar ein Kompromiss, der irgendwo in der Mitte liegt, aber wesentliche Elemente und wesentliche Bedenken aus der Diskussion werden nicht aufgenommen. Deshalb ist er insgesamt immer noch abzulehnen.

Wir schaffen eine kleine – man könnte sagen: unbedeutende – Differenz zum Ständerat mit der Formulierung in Artikel 14 bezüglich der Verbindlichkeit. Es ist ein kleiner Unterschied. Ob er im Alltag extrem viel ausmacht, ist eine offene Frage. Ich finde es aber trotzdem wichtig, hier ein Statement abzugeben, auch gegenüber den Behörden, auch gegenüber Swissmedic, dass das Thema Parallelimporte offener und besser anzugehen ist



als bisher. Wir müssen nicht komplett Angst haben, wenn ein Medikament von ausserhalb kommt. Deshalb unterstützen wir hier die verbindliche Formulierung seitens der Mehrheit.

Auch bezüglich Artikel 52a und der Substitution seitens der Apotheker kann ich meinem Vorredner zustimmen: Wir haben es abgeklärt, es ist nicht notwendig, diese Ergänzung zu machen. Ja, ein Arzt kann sagen – und soll das, wenn es begründet ist, auch ganz klar tun –, dass ein Medikament nicht substituiert werden darf, sei es wegen kleiner Unterschiede in der Zusammensetzung oder sei es auch nur schon wegen Unterschieden in der Verabreichungsform. Ein Arzt wird wissen, wann welches Medikament angesagt ist und wann nicht.

Wenn es aber keine solchen speziellen Bedenken bezüglich des Medikaments gibt, dann genügt es in dem Sinn hinzuschreiben, was die Wirkung sein soll. Dann soll der Apotheker mit seinem Wissen die richtigen Medikamente inklusive Generika berücksichtigen. Was wir in jedem Fall verhindern müssen, ist, dass ein Apotheker sich dann noch überlegen muss, ob er nochmals beim Arzt nachfragen muss, ob er das Medikament ersetzen darf oder nicht. Das wäre schlicht und einfach nicht praktikabel. Es käme zu Zeitverzögerungen in der Apotheke, der Kunde müsste warten, das Personal würde unnötig belastet, der Arzt wäre vielleicht nicht erreichbar. In so einem Fall würde kein Apotheker sich jemals mehr überlegen, ob er ein Generikum einsetzen kann. Der Apotheker soll dies aber tun dürfen. Wenn es begründet ist – warum auch nicht? –, soll der Arzt einen Vermerk auf das Rezept schreiben. Er muss ihn nicht begründen. Er kann einfach sagen: "Nicht ersetzen." Damit ist die Sache erledigt.

Wie gesagt, ich bitte Sie, dreimal mit der Kommissionsmehrheit zu stimmen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich gebe Ihnen die Position der SP-Fraktion zu Block 2 bekannt. Ich beginne bei Artikel 52a, dem Substitutionsrecht: Hier geht es darum, Einsparungen im Bereich der Medikamente zu erzielen, indem es Apothekerinnen und Apothekern einfacher gemacht wird, als Alternative günstigere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung abzugeben. Das ist ja heute schon möglich, aber mit der Formulierung gemäss Entwurf des Bundesrates kann die Substitution eben unabhängig von der Art des Arzneimittels erfolgen, also unabhängig davon, ob es sich um ein Originalpräparat, ein Generikum oder ein Biosimilar handelt. Das ist der Unterschied zum geltenden Recht.

Mit dem Entwurf des Bundesrates – Kollege de Courten hat ganz klar aus der Kommission zitiert – ist es nach wie vor möglich, dass man nicht substituiert. Wenn nämlich die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt das explizit auf dem Rezept vermerkt, dann haben sich selbstverständlich auch die Apothekerin und der Apotheker daran zu halten. Wir haben uns zudem davon überzeugen lassen, dass es die Ergänzung, wie sie vom Ständerat eingefügt wurde, hier nicht braucht. Ich bitte Sie also, beim Substitutionsrecht der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen.

Dann geht es um die grosse Frage: Wollen wir bei den Arzneimitteln Direktimporte ermöglichen, oder wollen wir Parallelimporte vereinfachen? Bekanntlich ist die Situation bei den Medikamentenpreisen unbefriedigend. Wir sehen grosse Preisunterschiede zu den umliegenden Ländern, und wir stellen auch ein ungenutztes Einsparpotenzial fest. Im Rahmen der Kostendämpfungspakete haben wir auch über das Referenzpreissystem diskutiert, das ebenfalls abgelehnt wurde. Ferner stellen wir fest, dass noch zu wenig Parallelimporte gemacht werden, obwohl die Möglichkeit dazu besteht.

Welche Massnahmen wollen wir hier nun einführen, ohne die Qualität und die Patientensicherheit zu gefährden? In den Konzepten gibt es jetzt doch noch beträchtliche Differenzen zwischen den Kammern. Der Nationalrat wollte Direktimporte mit Umgehung der Zulassungsbehörde, also Swissmedic, ermöglichen, während der Ständerat vorerst gar nichts wollte. Angesichts dieser Differenzen konnte die Verwaltung in der Diskussion mittels zwei Berichten aufzeigen, dass der Beschluss des Nationalrates, Direktimporte zu ermöglichen, trotz allem Risiken für die Qualität der Arzneimittel mit sich bringt und so die Patientensicherheit gefährden kann.

Gleichzeitig wurde aber auch festgehalten, und deswegen ringen wir um eine Lösung, dass es doch noch Möglichkeiten gibt, Parallelimporte zu vereinfachen und zu fördern und somit auch die Kosten der Generika zu senken. Wie wollen wir das machen? Wir wollen es machen, indem die aktuelle Regelung für die Anforderungen an die Kennzeichnung – die Schweizer Kennzeichnung ist ja immer ein grosses Thema – und an die Arzneimittelinformation vereinfacht wird. Sie haben in der Fahne auch gesehen, dass sich der Nationalrat in Differenz zum Ständerat für eine verbindlichere Formulierung entschieden hatte. Wir wollen nicht nur eine Kann-Formulierung einfügen, sondern die Zulassungsbehörde auffordern, diese Vereinfachung zu machen.

Ich bitte Sie deshalb im Namen der SP-Fraktion, bei den Differenzen sowohl im Heilmittelgesetz als auch im Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen und die Minderheiten Nantermod und de Courten abzulehnen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Zuerst komme ich zum Substitutionsrecht. Für uns Grüne ist klar: Wir möch-



ten möglichst das günstigste Medikament. Interessanterweise ist die Situation aber doch nicht so klar. Entgegen den Ausführungen in der Kommission ist es nämlich nicht so, dass alle Krankenkassen die Medikamentenkosten übernehmen, wenn ein Arzt oder eine Ärztin hinschreibt, dass es das Originalmedikament sein muss. Dass sogar gewisse Krankenkassen kommen und sagen, es brauche eine Regulierung, weil es nicht klar sei, hat uns hellhörig gemacht. Es muss so sein, dass ein Arzt oder eine Ärztin das Originalpräparat ohne Schwierigkeiten seitens der Krankenkassen abgeben kann, denn leider ist gleich nicht immer gleich. Nebenprodukte können anders sein, was dann beispielsweise für Allergiker oder Allergikerinnen fatale Folgen haben wird. Ein Teil unserer Fraktion wird deshalb neu dem Minderheitsantrag zustimmen, um dies klar festzuhalten.

Bei den anderen Erlassen, wie bei Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g und bei Artikel 14 Absatz 3 des Heilmittelgesetzes, sind wir klar bei der Mehrheit. Wir sind hier auf der vorsichtigen Seite. Wir wollen bei Artikel 9 keine Abschwächung der Kontrolle. Gerade die Pandemie hat gezeigt, dass bei den Medikamenten Missbrauch betrieben und irgendetwas wider die Gesundheit der Menschen importiert werden kann. Wir wissen ebenfalls, dass im Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse leider eben keine Prüfung der Medikamente vorgesehen ist. Für uns ist deshalb klar: Die Prüfung soll weiterhin via Swissmedic laufen. Wir möchten hier keine Abschwächung.

So ist es auch bei der Zulassung: Hier wollen wir die Mehrheit unterstützen und, wenn möglich, selbstverständlich Vereinfachungen in den Beschreibungen und Informationen erreichen. Aber, wie gesagt, die Zulassung soll nicht nur via das Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse, sondern via Swissmedic erfolgen. Deshalb bitten wir Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Voici, pour ce deuxième bloc, quelques éléments de ma part sur les points qui sont encore ouverts.

AB 2022 N 21 / BO 2022 N 21

Il est ici question du droit de substitution et de la possibilité de prévoir des simplifications dans le domaine des importations parallèles. J'aimerais vous inviter à soutenir les propositions de votre commission.

Dans ce deuxième bloc, il faut quand même le dire, nous avons des éléments qui sont importants, mais nous devons aussi avoir la possibilité d'inscrire toutes ces mesures dans le cadre légal existant aujourd'hui.

En conclusion, j'aimerais rappeler, d'une part, que les pharmaciens n'iront jamais à l'encontre de la recommandation explicite d'un médecin concernant la substitution d'un médicament, et, d'autre part, que si la facilitation des importations parallèles des médicaments est pertinente, elle ne doit pas mettre en jeu la sécurité des patients.

Je vous invite à suivre la majorité de votre commission.

Humbel Ruth (M-E, AG), für die Kommission: In Artikel 52a Absatz 1 geht es um das Substitutionsrecht. Nach geltendem Recht können Apotheker und Apothekerinnen unter gewissen Bedingungen Originalpräparate der Spezialitätenliste durch günstigere Generika dieser Liste ersetzen. Für die Nachahmerpräparate von biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln gilt diese Regel heute nicht. In diesem Bereich wird das Einsparpotenzial aber auf 100 Millionen Franken geschätzt. Die günstigeren Nachahmerpräparate von Biologika, die sogenannten Biosimilars, müssen daher analog zu Generika gefördert werden. In der Kommission wurde der Antrag gestellt, Artikel 52a Absatz 1 KVG zu ergänzen, um Biosimilars explizit einzuschliessen. Von der Verwaltung wurde versichert, dass eine explizite Erwähnung von Biosimilars nicht notwendig ist, weil in Artikel 52a Absatz 1 KVG von Arzneimitteln die Rede ist. Folglich wird nicht die Art des Arzneimittels definiert, sondern es ist von mehreren Arzneimitteln mit gleichen Wirkstoffen die Rede, weshalb Biologika durch Biosimilars ersetzt werden können.

Es geht daher nur noch um die Differenz, also darum, ob die Frage der Substitution noch präzisiert werden soll oder nicht. Apothekerinnen und Apotheker können Arzneimittel gleicher Wirkstoffzusammensetzung durch ein günstigeres Medikament ersetzen. Heute steht im Gesetz, dass auf ausdrückliche Anweisung der Ärztin oder des Arztes ein Präparat nicht substituiert werden darf. Der Ständerat möchte diese Präzisierung beibehalten. Seitens der Verwaltung wurde gesagt, dass dies ohnehin gelte. Trotzdem könnte es zu gewissen Missverständnissen führen, wenn das heutige Recht abgeändert würde. Die Kommissionsmehrheit hat den Ausführungen der Verwaltung vertraut, dass es auch ohne Präzisierung, d. h. ohne den ständerätlichen Zusatz, funktioniert, und hat den Antrag, der ständerätlichen Präzisierung zu folgen, mit 16 zu 9 Stimmen abgelehnt.

Bei der Änderung anderer Erlasse geht es um eine Anpassung des Heilmittelgesetzes sowie des Bundesgesetzes über die technischen Handelshemmnisse. Parallelimportierte Generika sollen von der Zulassung durch Swissmedic ausgenommen werden. Heute müssen zugelassene parallelimportierte Arzneimittel von Swissmedic zugelassen werden. Wenn sie auf der Spezialitätenliste stehen, müssen sie um 15 Prozent günstiger sein



als entsprechende Produkte von Schweizer Anbietern. Die Mehrheit beantragt Ihnen, dem Beschluss des Ständerates gemäss Konzept des Bundesrates zu folgen und das Zulassungsverfahren für Generika beizubehalten.

Der Antrag der Minderheit Nantermod geht nach Ansicht der Kommissionsmehrheit zu weit, weil er hohe Risiken für die Qualität der Arzneimittel und damit für die Patientensicherheit mit sich bringt. Ohne Zulassungsunterlagen ist Swissmedic nicht in der Lage, die Überwachung adäquat wahrzunehmen oder zu erkennen, ob die Schweiz mitbetroffen ist von einem Problem, das im Ausland erkannt wird. Von der Verwaltung wurde uns auch dargelegt, dass es in der EU Bemühungen gibt, die Problematik mit Direktimporten und Fälschungen in den legalen Vertriebsketten zu unterbinden. Dazu gibt es eine Serialisierung jeder Packung, die in die EU geht und die durch die Abgabestelle gecheckt wird. Das wird dann in einer zentralen Datenbank der EU registriert. Die Schweiz ist dort nicht dabei, weshalb wir auch keinen Zugriff haben. Umso mehr sind wir darauf angewiesen, dass die Sicherheit durch Swissmedic geprüft wird.

In Artikel 14 Absatz 3 HMG werden indes gewisse Erleichterungen für parallelimportierte Medikamente festgelegt. Um das Potenzial von parallelimportierten Arzneimitteln zu fördern – es geht in dieser Frage immer um Medikamente, deren Patentschutz abgelaufen ist – und die Kosten von Generika so zu senken, dass dieses Potenzial auch besser ausgeschöpft wird, soll mit einer neuen Regelung die Kennzeichnung von Arzneimitteln vereinfacht werden. Das hat der Ständerat mit Absatz 3 von Artikel 14 HMG beschlossen. Der Ständerat will, dass Swissmedic im Rahmen des Zulassungsverfahrens für parallelimportierte Arzneimittel Vereinfachungen in Bezug auf die Kennzeichnung und die Arzneimittelinformation vorsehen kann. Ihre Kommission möchte mehrheitlich eine verpflichtende Bestimmung, wonach Swissmedic vereinfachende Bestimmungen einführen muss. Sie hat dies mit 15 zu 6 Stimmen bei 2 Enthaltungen beschlossen.

Ich bitte Sie, in Block 2 der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans ce deuxième bloc, il est pour l'essentiel question des médicaments.

A l'article 52a alinéa 1, il subsiste encore une petite divergence, essentiellement rédactionnelle. Cet article prévoit la substitution, soit la possibilité offerte au pharmacien de remettre au patient un générique plutôt que le médicament qui a été prescrit par le médecin. La proposition de modification vise à élargir cette possibilité aux biosimilaires pour les médicaments issus de la recherche génétique. La minorité vise à prévoir expressément dans le texte la possibilité, pour le médecin qui a prescrit le médicament, d'exclure ce droit de substitution. Dans les faits, l'Office fédéral de la santé publique et les autorités ont constaté que le pharmacien ne va jamais à l'encontre de la décision du médecin. Si ce dernier prescrit expressément un médicament original, il n'y a pas de remise d'un générique ou d'un biosimilaire. La minorité de la commission estime qu'il est important de prévoir expressément dans la loi cette différence pour permettre, en tout état de cause, au patient de faire valoir son droit. Par 16 voix contre 9, la commission a estimé qu'il n'était pas nécessaire de continuer à préciser cette petite différence.

A l'article 9 alinéa 2 lettre g et à l'article 95c de la loi sur les produits thérapeutiques, ainsi qu'à l'article 16a alinéa 2 lettre a et alinéa 2bis de la loi sur les entraves techniques au commerce, il est question de ces fameuses importations parallèles de génériques. Il s'agit d'une proposition acceptée par notre conseil, qui a été refusée au Conseil des Etats, visant à permettre d'importer directement des médicaments génériques autorisés en Europe. Ce mécanisme est déjà connu pour d'autres produits qui viennent du continent. Après un long débat, la majorité de la commission a décidé de suivre le Conseil des Etats. Il est en effet apparu, après discussion, qu'il est extrêmement dangereux d'importer des médicaments en provenance de l'Union européenne: les médicaments que vous trouvez dans les pharmacies en France, en Allemagne ou en Italie, peuvent mettre votre santé en danger! Ils n'ont pas été autorisés par Swissmedic et ils pourraient ainsi – et nous le voyons dans les pays qui nous entourent – provoquer de graves problèmes de santé publique. Ainsi, tout médicament qui se trouve en Europe et qui n'a pas été autorisé par Swissmedic pose de graves problèmes pour la santé des citoyens suisses. Pour cette raison, il est extrêmement important que tout médicament générique fasse l'objet d'une nouvelle autorisation en Suisse.

Par ailleurs, ces médicaments n'ont pas, pour la distribution en Suisse, d'emballages adaptés au système suisse. En effet, il est indispensable pour la vente en Suisse d'avoir systématiquement des emballages dans les trois langues. Heureusement, la législation suisse actuelle s'assure que, où que vous soyez en Suisse, l'emballage comporte toujours les informations dans les trois langues. Ainsi, lorsque vous faites une importation parallèle en Suisse, vous devez sortir le médicament de l'emballage et le réemballer dans un



emballage avec des informations en français, en italien et en allemand, pour s'assurer que toutes les personnes en Suisse comprennent le compendium. Il n'existe aucune solution plus adaptée.

Une minorité estime quant à elle, suivant en cela la première décision du Conseil national, qu'il aurait été possible de prévoir des solutions plus adéquates, que les autorisations de l'organisme européen de régulation sont adaptées et permettent aussi de réguler le marché et de s'assurer de la sécurité de médicaments, notamment de ceux qui font l'objet, comme c'est le cas des génériques, de décennies d'expérience. Mais cela n'a pas convaincu la majorité qui estime qu'il y a en effet un danger trop grand pour la santé.

C'est par 15 voix contre 8 et 1 abstention que la commission vous invite à suivre l'avis avisé de Swissmedic et du Conseil des Etats.

S'agissant de l'article 14 alinéa 3 LPTh, il s'agit d'un compromis proposé par le Conseil des Etats concernant l'emballage des médicaments. Le Conseil des Etats a proposé une alternative pour une solution d'importation parallèle. Swissmedic, selon le Conseil des Etats, pourra prévoir une procédure qui intègre des simplifications concernant l'étiquetage. Cette solution pourrait passer par l'introduction d'un code QR sur les médicaments qui renverrait à des informations en ligne, ce qui éviterait de devoir, comme je l'ai dit tout à l'heure, refaire tout le packaging des médicaments importés. La majorité propose ici de rendre ce changement obligatoire avec une formule obligatoire, plutôt que la formule potestative du Conseil des Etats. Une minorité de Courten propose de maintenir la formule potestative du Conseil des Etats pour donner une plus large marge de manœuvre à Swissmedic. Ici, la majorité de la commission a estimé qu'il était malgré tout judicieux d'imposer à Swissmedic ce changement, considérant que la technologie moderne et la numérisation permettaient, avec un étiquetage simplifié obligatoire, d'aller plus vite vers des importations directes qui mettent une pression sur des coûts qui sont, qu'on le veuille ou non, malgré tout bien trop élevés en Suisse – puisque, selon le rapport du Conseil fédéral, 500 millions de francs sont dépensés en trop en Suisse chaque année pour les médicaments génériques.

C'est par 15 voix contre 6 et 2 abstentions que la commission vous invite à adopter ici une formulation impérative plutôt que potestative.

Art. 52a Abs. 1

Antrag der Mehrheit
Festhalten

Antrag der Minderheit

(Humbel, Dobler, Herzog Verena, Hess Lorenz, Lohr, Moret Isabelle, Nantermod, Roduit, Sauter)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 52a al. 1

Proposition de la majorité
Maintenir

Proposition de la minorité

(Humbel, Dobler, Herzog Verena, Hess Lorenz, Lohr, Moret Isabelle, Nantermod, Roduit, Sauter)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24450)
Für den Antrag der Minderheit ... 121 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit ... 70 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Änderung anderer Erlasse
Modification d'autres actes**Ziff. 1 0**

Antrag der Mehrheit
Art. 9 Abs. 2 Bst. g
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Art. 14 Abs. 3

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

Antrag der Minderheit

(Nantermod, Aebischer Matthias, Dobler, Glarner, Maillard, Moret Isabelle, Sauter)

Art. 9 Abs. 2 Bst. g

Festhalten

Art. 95c Titel

Übergangsbestimmung der Änderung vom (Datum)

Art. 95c Text

Das BAG führt eine Liste der Generika, die nach Artikel 16a Absatz 2 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 1995 über die technischen Handelshemmnisse (THG) eingeführt werden können. Die Liste muss mindestens 50 Prozent der in der Schweiz eingenommenen Generika abdecken. Nach 5 Jahren legt der Bundesrat einen Bericht über die Wirksamkeit und die Auswirkungen der Parallelimporte vor und unterbreitet gegebenenfalls Vorschläge.

Antrag der Minderheit

(de Courten, Amaudruz, Gysi Barbara, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Art. 14 Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 10

Proposition de la majorité

Art. 9 al. 2 let. g

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Art. 14 al. 3

L'institut prévoit dans le cadre ...

Proposition de la minorité

(Nantermod, Aebischer Matthias, Dobler, Glarner, Maillard, Moret Isabelle, Sauter)

Art. 9 al. 2 let. g

Maintenir

Art. 95c titre

Disposition transitoire de la modification du (date)

Art. 95c texte

L'OFSP tient à jour une liste des médicaments génériques qui peuvent faire l'objet d'une importation au sens de l'article 16a alinéa 2 lettre a de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les entraves techniques au commerce (LETC). Cette liste doit couvrir au moins 50 pour cent des médicaments génériques consommés en Suisse. Après cinq ans, le Conseil fédéral rend un rapport sur l'efficacité et les effets des importations parallèles et, au besoin, soumet des propositions.

Proposition de la minorité

(de Courten, Amaudruz, Gysi Barbara, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Art. 14 al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Art. 9 Abs. 2 Bst. g; 95c – Art. 9 al. 2 let. g; 95c

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer 4 Artikel 16a Absatz 2 Buchstabe a und Absatz 2bis.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24451)

Für den Antrag der Mehrheit ... 165 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 28 Stimmen

(2 Enthaltungen)

AB 2022 N 23 / BO 2022 N 23

Art. 14 Abs. 3 – Art. 14 al. 3

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 19.046/24452)

Für den Antrag der Mehrheit ... 140 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 55 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Ziff. 4 Art. 16a

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. a

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Nantermod, Aebischer Matthias, Dobler, Glarner, Maillard, Moret Isabelle, Sauter)

Abs. 2 Bst. a

a. Gemäss Nationalrat, aber:

... in der Schweiz abgelaufen ist und die von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) zugelassen sind;

Abs. 2bis

Eine Liste der im Sinne von Absatz 2 Buchstabe a eingeführten Arzneimittel muss zehn Tage vor deren Inverkehrbringen dem Schweizerischen Heilmittelinstitut übermittelt werden.

Ch. 4 art. 16a

Proposition de la majorité

Al. 2 let. a

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Nantermod, Aebischer Matthias, Dobler, Glarner, Maillard, Moret Isabelle, Sauter)

Al. 2 let. a

a. Selon Conseil national, mais:

... a expiré en Suisse et qui bénéficie d'une homologation délivrée par l'Agence européenne des médicaments (EMA);

Al. 2bis

Une liste des médicaments importés au sens de l'alinéa 2 lettre a doit être transmise à l'Institut suisse des produits thérapeutiques dix jours avant leur mise sur le marché.

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit Nantermod wurde bei Ziffer 1 0 Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité