



09.053

**KVG. Massnahmen
zur Eindämmung
der Kostenentwicklung**

**LAMal. Mesures
pour endiguer
l'évolution des coûts**

Fortsetzung – Suite

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.09.09 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.09.09 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 25.11.09 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.11.09 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 02.12.09 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 07.12.09 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 03.03.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 20.09.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 27.09.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.09.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.10.10 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.10.10 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 15.12.10 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures pour endiguer l'évolution des coûts)

Art. 52a

Antrag der Mehrheit

Abs. 2, 3

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rielle, Rossini, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

Abs. 2

Bei gleicher Eignung für die Patientinnen und Patienten sind preisgünstige Medikamente zu verordnen und abzugeben. Für Arzneimittel mit der identischen Wirkstoffzusammensetzung vergütet die Krankenversicherung höchstens den um 10 Prozent höheren Preis des in der Spezialitätenliste aufgeführten günstigsten Arzneimittels, wenn von der Ärztin bzw. vom Arzt, von der Chiropraktorin bzw. vom Chiropraktor oder von der Apothekerin bzw. vom Apotheker kein besonderer Grund vorgelegt wird. Wird therapeutisch begründet ein teureres Medikament verschrieben, so wird der volle Preis vergütet.

Art. 52a

Proposition de la majorité

Al. 2, 3

Maintenir





Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rielle, Rossini, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

Al. 2

Si plusieurs médicaments conviennent à un patient, ce sont les avantageux qui doivent être prescrits et remis. Lorsque plusieurs médicaments ont une composition identique, l'assurance prend en charge un montant qui correspond au prix du médicament le moins cher figurant sur la liste des spécialités majoré de 10 pour cent au plus, lorsque aucune raison particulière n'est évoquée par le médecin, le chiropraticien ou le pharmacien. Si un médicament plus cher est prescrit pour des raisons thérapeutiques, l'assurance prend en charge la totalité du prix.

AB 2009 N 2148 / BO 2009 N 2148

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Als Erstes möchte ich sagen, dass es hier bei meinem Antrag, wie beim Konzept des Ständerates, nur um Absatz 2 von Artikel 52a geht, Absatz 1 hingegen bleibt, wie er im geltenden Recht enthalten ist. Ich will, dass bei gleicher Eignung für die Patientinnen und Patienten preisgünstige Medikamente verordnet und abgegeben werden. Für Arzneimittel mit identischer Wirkstoffzusammensetzung vergütet die Krankenversicherung höchstens den um 10 Prozent höheren Preis des günstigsten Medikaments. Wir haben in diesem Bereich eine wichtige Sparmöglichkeit, die sich auf die Krankenkassenprämien positiv auswirken würde und ohne die in Zukunft die Prämien noch mehr steigen und die Kaufkraft der Versicherten noch geringer ist.

Der Ständerat hat schon eine Lösung vorgeschlagen, die tatsächlich zu tieferen Kosten führt und gleichzeitig die Interessen der Patientinnen und Patienten an einer möglichst hohen therapeutischen Qualität wahrt. Der Antrag der Mehrheit der SGK-NR hingegen entspricht dem Status quo und bringt keine zusätzlichen Einsparungen.

Ich habe meinen Antrag gestellt, weil es entscheidend ist, dass die Wirkstoffzusammensetzung massgebend ist. Gleichzeitig muss klar festgehalten sein, dass Ausnahmen möglich sind, wenn therapeutische Gründe es rechtfertigen. Zu den therapeutischen Gründen gehören nebst der therapeutischen Qualität auch die Compliance oder die Patientensicherheit. Diese Ausnahmen müssen klar gerechtfertigt werden. Aber damit die chronischkranken Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheiten nicht benachteiligt werden, wollen wir – ich betone: nur wenn therapeutische Gründe es rechtfertigen –, dass Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren oder auch Apothekerinnen und Apotheker in gewissen Fällen die Originalpräparate abgeben können. Damit wären die Versicherten nicht benachteiligt. Wieso erwähne ich auch die Apotheker und die Apothekerinnen? Die Verschreibung ist schon eine Kompetenz der Ärzte, aber die Apotheker haben eine wichtige Rolle, vor allem weil sie wissen, wann Interaktionen zwischen Medikamenten vorliegen.

Aus den genannten Gründen bitte ich Sie, meinem Minderheitsantrag zu folgen.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Le groupe PDC/PEV/PVL soutiendra la majorité de la commission, car sa proposition apporte une possibilité réelle d'économies sans entraver la qualité des traitements. Permettez-moi de m'expliquer. Le droit en vigueur donne la possibilité aux pharmaciens de remettre un médicament générique meilleur marché s'il n'y a pas de contre-indication exprimée expressément par le médecin ou le chiropraticien. La version de la majorité à l'alinéa 2 institue une obligation de prescrire et de remettre un médicament avantageux et, à l'alinéa 3, de remettre un médicament avantageux lorsque le médicament est prescrit sous son principe actif. Il est clair que si une contre-indication thérapeutique existe, celle-ci devra être motivée pour permettre la remise de l'original. Mais la différence est notable avec le droit en vigueur et cela permettra des économies sans nuire à la qualité.

La version de la minorité Carobbio Guscetti est déjà meilleure que celle du Conseil des Etats, dans le sens où elle donne plus de poids aux prestataires de santé qui prescrivent ou qui remettent le médicament. Mais la grande difficulté des deux versions – celle du Conseil des Etats et celle de la minorité Carobbio Guscetti –, c'est la référence au médicament le moins cher – et il n'y en a qu'un qui soit moins cher, avec une majoration possible de 10 pour cent. Cela s'explique par le fait que le médicament est souvent le seul traitement conduisant à la guérison, au maintien de l'état de santé, ou au ralentissement de la dégradation de l'état de santé. Et il faut qu'il soit pris et bien toléré. Avec la nouvelle réglementation, le patient, sauf exception, se verra remettre un générique moins cher en lieu et place de son médicament habituel. Nous soutenons cet effort. Cependant, avec la version du Conseil des Etats ou celle de la minorité Carobbio Guscetti, il est possible qu'après trois mois le patient doive changer de médicament pour prendre le médicament le moins cher, majoré de 10 pour cent



seulement. Et il devra peut-être changer à nouveau de médicament trois mois plus tard s'il y a un changement de prix. Le cas échéant, le patient devra éventuellement prendre en charge la différence du prix au cas où il ne désire pas changer de médicament, alors qu'il a déjà fait l'effort de prendre un médicament beaucoup moins cher que l'original.

Les médicaments ne sont pas des bonbons. Il faut qu'ils soient pris régulièrement pour la réussite du traitement, sinon nous aurons peut-être plus de frais médicaux à cause de la détérioration de l'état de santé des patients; ou nous aurons aussi de multiples motivations des prescripteurs afin de ne pas remplacer l'original, pour avoir la paix et être sûrs que le médicament soit pris à satisfaction; nous aurons peut-être aussi une paperasserie importante, qui obligera à donner une motivation pour ne pas changer de médicament à chaque ordonnance délivrée.

Chers collègues, nous travaillons tous dans le but d'obtenir un traitement de qualité et aussi un traitement au juste prix. En votant la majorité, nous atteindrons mieux notre but. Je vous demande de suivre la majorité.

Weber-Gobet Marie-Thérèse (G, FR): L'acceptation de la proposition de la minorité Carobbio Guscetti entraînerait de lourdes conséquences pour le traitement des maladies chroniques. Les patientes et patients, en particulier celles et ceux souffrant de maladies chroniques, devraient changer régulièrement – annuellement ou même semestriellement – les médicaments ou les combinaisons pour avoir toujours les produits les moins chers, sinon ils devraient prendre à leur charge les coûts supplémentaires. Dès lors, la prescription de médicaments ne serait plus déterminée en premier lieu par son efficacité, mais par son seul prix.

Or tout changement de médicament engendre une charge considérable pour les médecins et peut, surtout pour des patients atteints de maladies chroniques, provoquer des effets secondaires indésirables et donc engendrer des frais de santé supplémentaires. En outre, pour les personnes concernées, un changement de médicament constitue toujours une mesure importante, en particulier en cas de traitement à l'insuline, et entraîne de nombreuses conséquences personnelles, parfois graves.

Si la proposition de la minorité est adoptée, ce ne sera plus le médecin traitant mais la caisse-maladie qui décidera du traitement adéquat et seuls les aspects financiers seront encore pris en compte. En outre, la proposition de la minorité transférerait les compétences en matière de prescription du médecin traitant aux caisses-maladie. Le médecin serait en effet contraint de prescrire les médicaments entièrement remboursés par les caisses-maladie, laissant le diagnostic thérapeutique du spécialiste au second plan. Qui plus est, les caisses-maladie pourraient alors décider de la pertinence de la raison thérapeutique. La proposition de la minorité va à l'encontre du bien-être des patients et donne aux caisses-maladie un pouvoir de décision qui ne leur appartient pas.

Une partie du groupe des Verts vous demande donc de soutenir la majorité, c'est-à-dire la version du Conseil national.

Triponez Pierre (RL, BE): Nach den ausführlichen Darlegungen von Frau Kollegin Thérèse Meyer kann ich mich eigentlich kurzhalten. Die FDP-Fraktion empfiehlt Ihnen praktisch einstimmig, der Mehrheit der Kommission zu folgen und so zu entscheiden, wie wir das bereits in der ersten Lesung mit grossem Mehr getan haben.

Wir haben eine klare Forderung, nämlich dass bei der Abgabe von Medikamenten bei gleicher Eignung immer preisgünstige Arzneimittel abzugeben sind, wenn nicht – das ist in Absatz 1 festgelegt – der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe von Originalpräparaten verlangt. Diese Lösung ist einfach und klar, und sie ist vor allem anwendbar.

Der Ständerat ist diesem Gedankengang im Prinzip gefolgt, hat dann aber versucht, mit einer 10-Prozent-Quantifizierung

AB 2009 N 2149 / BO 2009 N 2149

im zweitletzten Satz eine sehr komplizierte Regelung zu treffen. Auch Frau Meyer hat sich vorhin dazu ausgesprochen. Die Version des Ständerates ist praxisfremd. Sie ist kompliziert, und sie ist ungeeignet, weil damit ein ständiger Medikamentenwechsel riskiert würde und wir praktisch einen Discountwarenhandel für Arzneimittel schaffen würden. Deshalb hat auch niemand die Version des Ständerates übernommen.

Es gibt noch einen Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, der hier begründet worden ist. Er ist etwas besser als die ständerätliche Version. Aber vom Grundsatz her bereitet er die gleichen Probleme. Auch er basiert auf einem 10-prozentigen Preisunterschied. Das ist eine sehr komplexe Regelung, die man wahrscheinlich in der Praxis nur mit Mühe umsetzen könnte.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen und am Beschluss unseres Rates festzuhalten.



Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich möchte zuerst darauf hinweisen, dass die Fahne einen kleinen Fehler aufweist: Der Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti betrifft Absatz 2; Absatz 1 nach geltendem Recht würde also erhalten bleiben.

Die Kosten für Medikamente machen einen Viertel der Kosten im Gesundheitswesen aus; Einsparungen in diesem Bereich sind deshalb sehr stark spürbar. Gleichzeitig sind die Medikamente auch der Bereich mit dem grössten Sparpotenzial im Gesundheitswesen. Es geht bei diesem Minderheitsantrag nicht nur um die Frage des Ersatzes von Originalpräparaten durch Generika; es geht auch um die Frage, wie teuer Generika sind, also um die Preisunterschiede bei den Generika. Sie haben in den Medien kürzlich lesen können, dass Generika in der Schweiz doppelt so teuer sind wie im vergleichbaren Ausland.

Ich gebe zu, dass es gute Argumente für beide Konzepte gibt, sowohl für das von unserem Rat bereits beschlossene Konzept als auch für das Konzept der Minderheit Carobbio Guscetti. Die erste Variante ist aber deutlich schwächer, enthält eine Kann-Formulierung und legt die Umsetzungsmacht ganz in die Hände des Bundesrates. Wie konsequent und standhaft der Bundesrat bei der Umsetzung dieser Variante wäre, würde sehr stark von der Lobbymacht und dem Lobbydruck der Pharmaindustrie abhängen. Ein Blick in die Vergangenheit stimmt mich da nicht so optimistisch; wenn ich daran denke, was in den letzten Tagen und Wochen vonseiten der Pharmaindustrie auch hier im Haus wieder an Lobbying gemacht worden ist, glaube ich noch weniger daran, dass eine Kann-Formulierung reicht. Ich bin deshalb der Meinung, dass wir gesetzgeberisch deutlich mehr Druck machen und der Minderheit Carobbio Guscetti folgen müssen. Die Antragstellerin, Frau Carobbio Guscetti, übernimmt als Ärztin quasi die Garantie dafür, dass dieser Antrag umsetzbar ist. Sie arbeitet tagtäglich in diesem Bereich, verschreibt tagtäglich Medikamente und weiss wahrscheinlich besser als wir alle, was es heisst, wenn diese Bestimmung umgesetzt wird. Wenn sie der Meinung ist, das sei umsetzbar, dann wird es, davon dürfen wir ausgehen, auch so sein.

Der Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti hat folgende Vorteile: Erstens stärkt er die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Apothekern. Diese muss verbessert werden, das ist eine Entwicklung, die für das Gesundheitswesen noch sehr wichtig sein wird. Zweitens kann man in der Verordnung festhalten, was "therapeutisch begründet" heisst, unter welchen Bedingungen also auch teurere Medikamente abgegeben werden können. Drittens können, wenn die Verordnung entsprechende Leitplanken setzt, auch Nachteile gegenüber Chronischkranken vermieden werden.

Es ist offen gestanden ziemlich ärgerlich, dass bei diesem Artikel wieder Angstmacherei betrieben wird, wo doch nur die Interessen der Pharmaindustrie dahinterstecken. Immerhin zeigt uns das Beispiel Holland, dass eine Regel umsetzbar ist, die noch viel strenger ist als jene, die von der Minderheit vorgeschlagen wird, und zwar nicht zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Was Holland in diesem Bereich kann, werden wir wohl auch noch hinkriegen.

Ich bitte Sie aus diesen Überlegungen heraus, dem Druck der Pharmaindustrie zu widerstehen und dem Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti zuzustimmen.

Triponez Pierre (RL, BE): Frau Kollegin, Sie haben jetzt die Pharmaindustrie genannt, und Sie haben Frau Carobbio als Ärztin – das ist sie ja auch – und als Urheberin des Minderheitsantrages erwähnt. Meine Frage: Ist Ihnen klar, dass sich die Ärzte, die FMH und die Apotheker geschlossen gegen die Variante des Ständerates geäussert haben?

Fehr Jacqueline (S, ZH): Herr Triponez, erstens unterstützt die Pharmasuisse den Antrag; die Apotheker unterstützen ihn also. Zweitens, was noch wichtiger ist, höre ich sehr viel lieber auf die Praktikerinnen und die Praktiker als auf die Verbände.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Madame Fehr, j'ai entendu au moins cinq ou six fois que nous soutenions le lobby pharmaceutique. Je m'élève contre votre jugement. Ne pensez-vous pas que c'est aussi grave si un patient doit changer tous les trois mois de médicament, ou s'il doit avoir un papier de son médecin ou de son pharmacien attestant qu'il ne peut pas changer de médicament, ou alors s'il doit payer la différence de prix? Ne pensez-vous pas que la meilleure solution consiste à obliger à substituer la préparation originale par le générique, mais sans toutes ces tracasseries?

Fehr Jacqueline (S, ZH): Frau Meyer, dass Sie sich von der Lobby der Pharma nicht beeinflussen lassen, das weiss ich. Sie wissen aber so gut wie ich, wie aktiv diese Lobby in diesem Hause ist.

Ich habe als Beispiel Holland erwähnt, das eine noch strengere Regelung kennt, als wir sie hier vorschlagen. Dort funktioniert es sehr gut, insbesondere auch bei den chronischkranken Patienten, weil ein Rhythmus in Gang kommt, der für die Chronischkranken sehr berechenbar ist, indem die Zeitpunkte der Preisüberprü-



fung festgehalten werden. Zudem gibt es eben gerade bei Chronischkranken die Möglichkeit, therapeutische Gründe für die Beibehaltung eines Medikamentes geltend zu machen, sodass kein Wechsel mehr nötig ist.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Man erhält hier wieder einmal den Eindruck, man prügte auf den Medikamenten herum, um von den tatsächlichen Mängeln abzulenken.

Frau Fehr hat vorhin zwei Dinge gesagt. Einmal hat sie die Preisunterschiede gegenüber verschiedenen an der Grenze zur Schweiz liegenden Staaten erwähnt, die beträchtlich seien. Das hat mit diesem Antrag aber überhaupt nichts zu tun, denn die Preise werden ausserhalb der Gesetzgebung festgelegt; also hat es damit nichts zu tun. Der zweite Punkt, den sie erwähnt hat, betrifft das Beispiel Holland: Es ist tatsächlich so, dass es dort ein funktionstüchtiges System gibt. Allerdings ist zu beachten, dass dort der Vertragszwang für die Leistungserbringer aufgehoben ist, und das ist der entscheidende Punkt in diesem Zusammenhang. Wenn man den Vertragszwang aufhebt, sind die Leistungserbringer sehr viel mehr daran interessiert, günstige und wirksame Leistungen zu verschreiben.

Die Lösung des Ständerates ist, so sehe ich es, wieder einmal eine von Interessenvertretern begünstigte Lösung. Wir wissen, dass in der dortigen Kommission vor allem Kassenleute das Sagen haben. Sie müssen sich einmal die Formulierung zu Gemüte führen! Ich bin überzeugt, dass damit eine bürokratische Übung eingeführt werden soll, die letztlich mehr Ärger als vernünftige Lösungen bringen wird. Und sie ist zweifellos nicht im Interesse der Versicherten. In diesem Artikel kommt auch der Kampf der Ärzte gegen die Kassen zum Ausdruck, und, wie gesagt, die Interessen der Patienten bleiben meiner Meinung nach auf der Strecke.

Es gibt genügend Möglichkeiten, gegen Auswüchse bei der Medikamentenabgabe anzutreten. Der Nationalrat hat einen Text formuliert, der eindeutig ist – und das ist auch die Meinung der Kommissionsmehrheit. Er genügt dem Anliegen

AB 2009 N 2150 / BO 2009 N 2150

und entspricht dem, was man erreichen will, nämlich dass wirklich günstige, zweckmässige Leistungen verschrieben werden. Was endlich anzustreben wäre, ist eine Überprüfung der therapeutischen Ergebnisse. Damit würde ersichtlich, was als günstig bezeichnet werden kann und was nicht.

Ich bitte Sie also, der Mehrheit zu folgen und beim Entscheid des Nationalrates zu bleiben.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Tout d'abord, j'aimerais dire que je ne crois pas qu'il soit bon de réduire un tel débat à une question de pression plus ou moins forte d'une industrie ou d'une autre. Il ne s'agit pas de mesurer la pression d'une industrie, mais de choisir entre deux concepts celui qui, si possible, est bon et praticable. Vous avez en effet devant vous deux concepts qui visent tous deux à réduire les coûts.

Dans le débat de tout à l'heure il a été dit que la proposition venant de votre conseil et reprise par la majorité de la commission était en fait quasiment le statu quo; ce n'est pas vrai. Elle pourrait être un peu plus musclée, c'est juste, mais ce n'est pas le statu quo. Il s'agit clairement de la volonté de ne pas seulement faire une "Kann-Formulierung", mais de pousser réellement à la substitution. L'alinéa 2, en particulier, est clair et peut être considéré comme un réel progrès. Si l'on arrive véritablement à cette substitution, il en va quand même d'une somme qui peut aller jusqu'à 70 millions de francs avec le concept de la majorité. Celui-ci fait pression sur les prix.

Le concept de la minorité, qui vient du Conseil des Etats aussi et qui a été amélioré dans la formulation de la minorité Carobbio Guscetti, a en fait, à mon avis, un certain nombre de défauts. Tout d'abord, il déplace le coût et les économies non pas tellement sur le fait de baisser les prix, mais sur le fait que ce sont les assurés qui paieront la différence de prix.

J'aimerais quand même aussi rappeler dans ce débat que c'est dans le secteur des médicaments que les mesures urgentes auront le plus d'effet, pas tellement par les mesures législatives, mais essentiellement par les mesures prises dans le cadre des ordonnances. Il a déjà été décidé pour l'année prochaine et progressivement des mesures qui représentent des économies de 400 millions de francs, c'est-à-dire 2 points de pour cent des primes. Si avec cette mesure l'on peut apporter quelque chose de plus, c'est évidemment positif.

J'aimerais aussi vous dire qu'au Conseil des Etats et ici aussi un peu, il a été dit que le concept de la minorité était quelque chose qui était appliqué dans beaucoup de pays en Europe. Mais dans les faits, il n'y a aucun pays qui applique exactement ce concept-là. Plusieurs pays ont un prix de référence fixé d'autorité qui indique le montant remboursé en principe par l'assurance sociale. Mais les modalités varient fortement de pays à pays. Un système avec prix de référence qui peut fluctuer, comme le prévoit la version de la minorité Carobbio Guscetti et celle du Conseil des Etats, c'est vraiment très difficilement praticable. Cela crée une insécurité juridique et ça augmente les coûts. Le système de la minorité Carobbio Guscetti peut aussi impliquer que les



patients chroniques doivent changer de médicament régulièrement, ce qui n'est pas souhaitable. Ce système a donc également des désavantages d'un point de vue plus médical.

Par ailleurs, il résulte d'un tel système – encore une fois si le patient veut garder un médicament plus cher sans justification médicale – qu'il doit payer lui-même la différence de prix. Le Conseil fédéral estime qu'il est préférable d'agir avec vigueur sur la formation des prix et non sur le fait de faire rembourser davantage par l'assuré lui-même.

En conséquence, nous vous demandons de bien vouloir maintenir la décision de votre conseil, c'est-à-dire de soutenir la majorité de votre commission.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Im Namen der Kommission, die mit 13 zu 10 Stimmen bei 2 Enthaltungen Festhalten beschlossen hat, bitte ich Sie, bei Ihrem Beschluss zu bleiben.

Die Kommission hat zur Kenntnis genommen, dass im Medikamentenbereich mit Preissenkungsmassnahmen bei Originalpräparaten, bei Generika und bei den Margen Einsparungen von 600 Millionen Franken erreicht werden. Wir haben bereits in der Herbstsession lange über diesen Artikel debattiert, wie das auch der Ständerat letzte Woche getan hat. Dabei sind auch unkorrekte Aussagen gemacht worden. Es war die Rede davon, dass sechzehn Länder das Billigstpreissystem kennen würden und dass es bei Chronischkranken mit der Substitution keine Probleme gebe. Ein Billigstpreissystem im Sinne von "das billigste Medikament mit einem Zuschlag" kennen indes nur vier Länder. Holland, das bereits zitiert wurde, ist eines davon. In Holland sind die Rahmenbedingungen aber generell ganz anders: Herr Bortoluzzi hat auf die Vertragsfreiheit hingewiesen; an die Zulassung von Generika werden viel tiefere Anforderungen gestellt; die Krankenversicherer haben generell einen weit stärkeren Einfluss auf die Behandlung.

Die Therapiefreiheit soll mit diesem Artikel ja nicht eingeschränkt werden, daher muss der volle Preis vergütet werden, wenn therapeutisch begründet ein teureres Medikament verschrieben wird. Wenn also die Therapiefreiheit nicht eingeschränkt wird, dann nützt diese Massnahme nichts, weil niemand den Tiefstpreis durchsetzen kann. Es wird nur zu einem zusätzlichen Bürokratieschub oder zu einem Ausweichen auf die teureren Originalpräparate kommen, dabei müssen wir eigentlich den Generika-Anteil steigern, der international deutlich höher liegt.

Wenn das Billigstpreissystem wirken soll, ist die Therapiefreiheit eingeschränkt, und das führt dazu, dass Patientinnen und Patienten mit Dauermedikation immer wieder, nämlich dann, wenn wieder ein günstigeres Generikum auf den Markt kommt, umstellen müssen. Wenn man davon ausgeht, dass viele chronischkranke Menschen polymorbid sind und mehrere Medikamente schlucken müssen, dann wird klar, dass das heikel sein und zu einer Verschlechterung der Compliance führen dürfte. Auf diese Problematik wurden wir von der FMH, also der Ärzteschaft, wie auch von Patientenorganisationen, insbesondere der Diabetesgesellschaft, hingewiesen.

Die Kommissionsmehrheit ist daher der Meinung, dass wir über die Folgen einer solchen Massnahme zu wenig wissen und dass diese zuerst studiert und evaluiert werden müssen, bevor wir ein Billigstpreissystem einführen. Die nationalrätliche Fassung konkretisiert die WZW-Kriterien; diese müssen nun umgesetzt werden. Dazu brauchen vor allem auch die Krankenversicherer die nötigen Instrumente.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, bei der Fassung des Nationalrates zu bleiben. Die Kommission hat ihren Entscheid mit 13 zu 10 Stimmen bei 2 Enthaltungen gefällt.

Baettig Dominique (V, JU), pour la commission: L'article 52a traite du droit de substitution. Le droit en vigueur est assez bien fait puisqu'il permet déjà aux pharmaciens de remplacer sur une ordonnance médicale une substance originale par un générique qui est, par définition, meilleur marché. On peut d'ailleurs s'interroger sur le droit d'intervention dans la relation médecin/malade, mais, soit, on peut comprendre la pression sur les coûts.

Dans le cadre des mesures urgentes, il est prévu de faire subir une pression sur le prix des médicaments, sans finalement trop se préoccuper de savoir si ce sont les assurés, les assureurs, les médecins, les pharmaciens, les assurances, l'industrie ou les emplois qui paieront la facture finale. Le Conseil national a compliqué un peu les choses en introduisant la notion de "médicament avantageux" et en disant qu'à propriétés égales, c'est le plus avantageux qui doit être prescrit. Le Conseil des Etats a poursuivi dans la notion de "médicament avantageux" et a aussi introduit la notion de "médicament le moins cher figurant sur la liste des spécialités majoré de 10 pour cent". La minorité Carobbio Guscetti de la commission du Conseil national a repris cette notion du Conseil des Etats.

AB 2009 N 2151 / BO 2009 N 2151

Finalément, il n'est pas du tout prouvé que des pressions ou des modifications au niveau des concepts





changing grand-chose dans les prix et les coûts. On n'a considéré dans cette réflexion que les aspects purement économiques, sans tenir compte des aspects thérapeutiques. Il est de l'ordre de la relation médicale de savoir ce qui doit être prescrit et d'informer les partenaires des éventuelles différences de coûts à la charge de l'un ou l'autre des partenaires. Donc, au sein de la commission, une majorité s'est ralliée à la position du Conseil national – c'est finalement la plus simple –, car elle considère la proposition de la minorité et le projet du Conseil des Etats comme étant trop compliqués.

C'est la raison pour laquelle je vous appelle à soutenir la proposition de la majorité de la commission qui maintient la décision du Conseil national.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.053/3275)

Für den Antrag der Mehrheit ... 123 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 41 Stimmen

Art. 62 Abs. 2ter

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 62 al. 2ter

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 64 Abs. 2, 2bis

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Borer, Carobbio Guscetti, Goll, Humbel, Stahl, Weibel, Wehrli)

Festhalten

Art. 64 al. 2, 2bis

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Borer, Carobbio Guscetti, Goll, Humbel, Stahl, Weibel, Wehrli)

Maintenir

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich bin eigentlich erstaunt, dass ich hier die Minderheit zu vertreten habe.

Der Bundesrat schlug in seinem ursprünglichen Entwurf eine Praxisgebühr vor, also die Einführung eines neuen Elements in unser Gesundheitswesen. Die Kommission des Nationalrates verwarf dieses Element, schlug aber eine Alternative vor. Sie beantragte, die Eigenverantwortung auf der Basis des bereits bestehenden Selbstbehalts zu stärken. Wenn Sie nun der Mehrheit folgen und dieses Element streichen, können Sie die ganze Übung vergessen. Man müsste dann einmal mehr zum Schluss gelangen, dass sich beim Gesundheitswesen vor allem das Parlament ziellos im Kreise dreht und keine Lösungen, die greifen, vorschlägt.

Was ist die Absicht des differenzierten Selbstbehalts? Zuerst einmal ist festzuhalten: Es gilt generell ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Das ist die Grundlage. Zurückhaltendes Verhalten der Versicherten, also von uns Patienten, wird sodann mit einem Selbstbehalt von 10 Prozent belohnt. Die Inanspruchnahme des Hausarztes als Erstkonsultation oder die Inanspruchnahme eines Netzwerks wird mit diesem tieferen Selbstbehalt belohnt. Das heisst, ohne dass ich hier auf all die Details eingehen will: Wer sich etwas einschränkt, wird bei einem Selbstbehalt gemäss der heute gültigen Fassung verbleiben; alle anderen werden für die Inanspruchnahme von Leistungen einen höheren Selbstbehalt bekommen.

Zusammengefasst ist festzuhalten:

1. Man stärkt mit dem Antrag der Minderheit die Hausärzte. Man stärkt die Netzwerke, also Angebote, die eine effiziente Versorgung garantieren.



2. Es ist ein Anreiz für die Versicherer, im Interesse ihrer Kunden, der Versicherten, solche effizienten Modelle zu fördern.
3. Wie bereits gesagt wird die Eigenverantwortung des einzelnen Versicherten, also des Patienten, belohnt. Ich bitte Sie also, der Minderheit zu folgen und den differenzierten Selbstbehalt, den ich als Kernstück dieser Vorlage bezeichnen möchte, beizubehalten.

Goll Christine (S, ZH): Die Meinungen innerhalb der Fraktionen gehen auseinander, wie dies die beim Minderheitsantrag aufgeführten Namen bestens illustrieren. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: In der Sache ist sich die SP-Fraktion einig. Die SP-Fraktion will Managed-Care-Modelle gesetzlich verankern, die eine soziale Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung garantieren; sie will Managed-Care-Modelle, die eine Versorgung von hoher Qualität für alle Bevölkerungsteile gewährleisten; sie will die Qualität und Effizienz von medizinischen Behandlungen verbessern, indem die Versorgungsleistungen optimal aufeinander abgestimmt und von einer Grundversorgungsstelle koordiniert werden. Und wir wollen Modelle fördern, welche eine kostenlenkende und kostendämpfende Wirkung entfalten können, indem sie die heutigen Mängel des Systems ausschalten, Mängel wie Doppelspurigkeiten oder Intransparenz bei den erbrachten Leistungen.

Alle diese Ziele sind erfüllbar mit dem von der SGK des Nationalrates in Artikel 64 entwickelten Modell, auch wenn dieses Modell unbedingt optimiert werden muss. Das Modell der SGK des Nationalrates verlangt, dass eine Anlaufstelle, also eine Hausärztin, ein Kinderarzt oder eine andere Stelle der ambulanten Krankenpflege, die Behandlungskette koordiniert. Die Zuweisung zu spezialisierten Leistungserbringern erfolgt in Absprache mit den Versicherten durch die in Absatz 2bis klar definierten Anlaufstellen. Dieses Gatekeeping macht jedoch nicht in allen Fällen Sinn; deshalb soll der direkte Zugang zu periodischen Vorsorge- und Routineuntersuchungen, beispielsweise zur Gynäkologin oder zum Augenarzt, möglich sein. Damit wird der heute nicht kontrollierten Mengenausweitung entgegengewirkt, wird also eine der Hauptursachen der Kostenexplosion bekämpft.

Natürlich muss dieses Modell noch verbessert werden. So muss beispielsweise auch der direkte Zugang zur psychiatrischen Versorgung möglich sein. Der heute in der Verordnung festgelegte Selbstbehalt von maximal 700 Franken pro Jahr muss ebenfalls auf Gesetzesstufe verankert werden.

Der Ständerat hingegen will einmal mehr eine Managed-Care-Lösung auf der Basis von Verträgen, welche die Entscheidungsmacht der Krankenkassen stärkt, was letztlich einer Dumpingmedizin Vorschub leistet. Der Ständerat hat deshalb das Anliegen mit einem eigenen Vorschlag in eine Vorlage 2 ausgegliedert.

Es bleibt also noch die Frage nach dem zum heutigen Zeitpunkt geeigneten Vorgehen. Die nächste gesundheitspolitische Vorlage, welche die Nationalratskommission zu beraten haben wird, ist genau diejenige über Managed Care. Alle wollen Managed Care. Auch Bundesrat Didier Burkhalter sieht in der Förderung von Managed Care ein geeignetes Mittel gegen die steigenden Gesundheitskosten. Nur, Einsparungen allein dürfen nicht zum Ziel werden, weil sie sonst auf Kosten einer guten Versorgungsqualität gehen.

Heute geht es darum, Farbe zu bekennen. Die Managed-Care-Vorlage, die dann in der Nationalratskommission beraten wird, ist seit fünf Jahren – seit fünf Jahren! – in der Pipeline. Zufriedenstellende und entscheidungsreife Resultate liegen bis heute nicht vor. Wollen Sie heute also wirklich auf die nächste Ankündigung einer Managed-Care-Reform warten und sich darauf verlassen, dass dann schon eine Lösung kommen wird? Ein tauglicher Ansatz für ein Managed-Care-Modell liegt heute auf dem Tisch, weshalb Sie dem heute

AB 2009 N 2152 / BO 2009 N 2152

auch zustimmen sollten. Das Modell ist zwar optimierungsbedürftig, aber durchaus verbesserungsfähig, und die genannten Verbesserungen können dann eben auch im Rahmen der Managed-Care-Vorlage, die noch beraten wird, gemacht werden.

Danke, wenn Sie bei Artikel 64 vorläufig ein taugliches Modell unterstützen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Die Grünen bleiben zurzeit bei der Version von Ständerat bzw. Bundesrat. 20 Prozent Selbstbehalt ist für viele Haushaltbudgets, vor allem für Familien mit Kindern, deutlich zu hoch. Viele würden dann zu spät zum Arzt oder zur Ärztin gehen, die Folgekosten wären deutlich höher und die Einsparungen verschwindend klein. Für uns sind 10 Prozent Selbstbehalt mehr als genug. Wir wollen, dass die medizinische Versorgung, wenn nötig auch diejenige durch Spezialisten und Spezialistinnen, weiterhin gewährleistet bleibt und dass sie für alle zugänglich bleibt. Sie muss aufseiten der Patienten und Patientinnen möglichst bezahlbar sein. Die Idee des KVG war es einmal, durch die Versicherung die Arztrechnung bzw. die Spitalrechnung beglichen zu haben. Die immer höheren Selbstbehalte höhlen dieses Prinzip aus. Wenn die Patienten und Patientinnen 10 Prozent zu bezahlen haben, ist das wie gesagt mehr als genug; uns wäre es lieber, es wäre noch weniger.



Wir bevorzugen zum heutigen Zeitpunkt die einfachere Variante des Bundesrates bzw. des Ständerates, warten auf die dringend nötige Managed-Care-Vorlage und werden dann wieder diskutieren. Zurzeit unterstützen wir den Antrag der Mehrheit.

Ruey Claude (RL, VD): L'idée de différencier la quote-part, c'est-à-dire de créer un incitatif qui permette d'aller d'abord vers le médecin de famille, n'est en soi ni contestable ni contestée, mais c'est la manière et la méthode qui sont en cause ici. Il faut en effet créer des incitatifs; encore faut-il avoir un système simple, encore faut-il avoir un système réellement efficace, encore faut-il avoir un système réalisable. Et vous voyez qu'on a aligné les exceptions à l'article qui vous est soumis – lettres a à e –, et on est plutôt en train de travailler à une usine à gaz qu'à un système vraiment cohérent.

Ce serait un moindre mal si on ne se trouvait pas en plus dans la situation assez abracadabrantesque d'une part de prendre maintenant des mesures d'urgence avec, d'autre part, tout un travail qui se fait sur le "managed care". Or, il s'agit de ne pas mettre la charrue avant les boeufs. Il s'agit en effet de discuter clairement et complètement de ce que doivent être les conditions-cadres des réseaux de soins intégrés – le "managed care"; il faut donc avoir discuté ceci et adopté les conditions-cadres pour obtenir un réel effet incitatif dans le domaine de la quote-part.

Nous ne remettons pas en cause la nécessité de créer un effet incitatif, encore faut-il que la solution soit prise de manière cohérente, qu'elle soit efficace, raison pour laquelle nous vous invitons, au nom du groupe libéral-radical, à suivre la majorité.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Si vous voulez une vraie réforme de "managed care", il faut voter à ce stade pour la majorité. Cela peut paraître paradoxal puisqu'il s'agit de biffer ce qui était proposé et d'examiner cette question dans le cadre du projet 2, comme le Conseil des Etats l'a décidé. Le but de la majorité de la commission n'est pas de stopper les améliorations, bien au contraire; le but est d'améliorer la situation dans le cadre de la révision fondamentale liée au "managed care". Et c'est dans ce cadre-là qu'il faut également traiter de la participation aux coûts.

Madame Goll a parlé un peu du "managed care". Elle a dit – et cela montre à quel point les visions sur ce dossier peuvent être différentes – que suivant ce qui se passe, c'est plutôt une baisse de qualité. Pour nous, très clairement, le "managed care" fera l'objet d'une révision ces prochains mois, c'est quelque chose qui augmente la qualité et qui permet d'être plus efficace et de réduire les coûts. C'est aussi une réforme – et je crois qu'on peut le dire maintenant de manière générale – qui doit être réalisée rapidement; il ne s'agira pas d'attendre trop longtemps avant d'avoir un projet.

Si vous suivez la majorité, vous renvoyez le projet au Conseil des Etats et aussi à la sous-commission de la CSSS-CN qui a un projet très intéressant en la matière. C'est dans ce cadre-là qu'il faut le faire. Le projet soutenu maintenant par la minorité est un projet compliqué. Comme l'a dit Monsieur Ruey, la liste des exceptions est longue et il serait impossible pour un assureur de contrôler si la consultation chez un spécialiste a été justifiée par l'urgence ou si elle correspond à une prescription d'un des médecins considérés comme de premier recours. Contrairement à un système de "managed care" où le médecin référent – le "gatekeeper" comme on l'appelle en français dans le texte – s'engage à coordonner toute la chaîne de traitement et où le patient s'engage lui aussi à le consulter en premier, ni les médecins de premier recours ni les patients ne prendraient d'engagements dans le modèle proposé.

Dès lors, en vue aussi d'une élimination des divergences dans ce paquet et surtout afin d'ouvrir la voie à une véritable réforme du "managed care" qui ne doit pas se faire ici mais qui doit se faire dans le débat qui est annoncé l'année prochaine, je vous invite à vous rallier sur ce point au Conseil des Etats et à supprimer la divergence.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Ich möchte nur kurz daran erinnern, dass wir das letzte Mal, also in der Herbstsession, diesen Artikel als Gegenkonzept zur Praxisgebühr von alt Bundesrat Couchepin beschlossen haben, zur Förderung der Hausarztmedizin und zur Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten, als Anreiz, bewusst zu wählen, zuerst zum Hausarzt zu gehen. Schliesslich haben wir ihn als Übergangslösung beschlossen, bis Managed Care eingeführt ist. Der Ständerat hingegen will die Frage der differenzierten Selbstbehalte auf die Managed-Care-Vorlage verschieben, und es scheint, dass inzwischen Konsens darüber besteht, dass die Managed-Care-Vorlage relativ zügig behandelt wird und dass dann in diesem Zusammenhang auch die Frage der differenzierten Selbstbehalte definitiv gelöst werden kann.

Die Kommissionsmehrheit empfiehlt daher bei einem Verhältnis von 13 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, dem Ständerat zu folgen.



Baettig Dominique (V, JU), pour la commission: L'article 64 traite de la participation aux coûts de l'assuré. Dans le cadre des mesures urgentes, il s'agissait de responsabiliser le consommateur-usager et de le sensibiliser aux coûts de la médecine et des soins.

Monsieur le conseiller fédéral Couchepin a proposé un ticket modérateur de 30 francs qui n'a pas trouvé grâce à nos yeux. Notre conseil a proposé, dans cette même logique, d'introduire le principe de la quote-part différenciée et de l'augmenter à 20 pour cent, mais elle est assortie de toute une série d'exceptions. Le projet se transforme ainsi en une sorte d'usine à gaz où tout le monde bénéficie d'une exception – mis à part les psychiatres qui n'ont pas un lobby suffisant dans ce Parlement!

Le Conseil des Etats a décidé de biffer la proposition du Conseil national et de revenir à une quote-part de 20 pour cent, sauf pour les assurés qui se feraient soigner dans un système de réseaux de soins, de "managed care", comme on dit en français.

La majorité de la commission s'est ralliée à la décision du Conseil des Etats qui a biffé l'article 64 alinéa 2, ce que je vous recommande de faire, et elle a donc décidé de renvoyer le projet 2, qui traite du "managed care" et de franchises différenciées, à la sous-commission du Conseil national qui planche sur la question des réseaux de soins.

Je vous remercie donc de suivre la majorité de la commission.

AB 2009 N 2153 / BO 2009 N 2153

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.053/3276)

Für den Antrag der Minderheit ... 91 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 72 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Festhalten

Abs. 2

Es gilt bis zum 31. Dezember 2013. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Antrag der Minderheit

(Cassis, Meyer Thérèse, Gilli, Robbiani, Ruey, Triponez)

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 1

Maintenir

Al. 2

Elle a effet jusqu'au 31 décembre 2013. Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Proposition de la minorité

(Cassis, Meyer Thérèse, Gilli, Robbiani, Ruey, Triponez)

Al. 1, 2





Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Hier liegt ein Minderheitsantrag von Herrn Cassis und nicht von Frau Meyer Thérèse vor; es ist auf der Fahne falsch vermerkt.

Cassis Ignazio (RL, TI): Lo choc dei premi di cassa malati nel mese di giugno ha creato un attivismo politico senza precedenti. Oggi siamo arrivati quasi alla fine di questa maratona estiva e autunnale che il Consiglio federale ha voluto porre sotto il principio del diritto d'urgenza. Ma cosa resta oggi delle misure proposte dal Consiglio federale lo scorso 29 maggio? Poco, e in gran parte è senza nessuna conseguenza immediata sui costi. Non c'è dunque più nessuna ragione per mantenere in vigore la clausola d'urgenza.

Im April 2009 wurde für 2010 ein schockierender Anstieg der Krankenkassenprämien angekündigt, was einen unvergleichbaren politischen Aktivismus auslöste. Im Sommer und Herbst 2009 versuchten zahlreiche Politikerinnen und Politiker, das Gesundheitswesen zu heilen. So wurden zuerst in den Medien und anschliessend in den parlamentarischen Kommissionen nicht weniger als 40 Vorstösse lanciert, alle strikt mit Dringlichkeitsrecht versehen, vor allem, um eine Blockierung durch ein Referendum zu verhindern. Dies führte zu einer langwierigen Debatte, die heute vielleicht ihr Ende findet.

Was ist geblieben? Eigentlich wenig. Der Berg hat eine Maus geboren, und das ganze Spektakel kann mit Fug und Recht als Pflästerlipolitik bezeichnet werden. Das wenige, das geblieben ist, ist zwar nicht schlecht, braucht aber die Dringlichkeitsklausel nicht. Die Zielsetzung der Übung für das Jahr 2010 war, prämienvirksame Massnahmen einzuführen. Aber heute ist es definitiv zu spät. Wir können die entscheidenden Artikel also problemlos mit dem ordentlichen Recht einführen. Die Minderheit der Kommission ist der Meinung, dass die Lösung über ordentliches Recht die bessere ist und den Souverän eher respektiert.

Im Namen der Kommissionsminderheit beantrage ich Ihnen, die Dringlichkeitsregelung zu streichen. Unterstützen Sie also bitte die Minderheit.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Notre groupe est, il est vrai, un peu divisé sur cette question, car certains tenaient à ce que cette loi soit déclarée urgente et qu'elle ait une durée de validité limitée à trois ans.

Seulement, comme l'a dit Monsieur Cassis, porte-parole de la minorité, que reste-t-il de ce projet de loi? Il reste l'interdiction des courtages, une mesure touchant les tarifs – qui n'est pas négligeable et plutôt intéressante –, une obligation de substituer les médicaments – qui apportera des économies sans toucher à la qualité des traitements – et une divergence au sujet de la quote-part différenciée, divergence sur laquelle le Conseil des Etats, je vous le dis, ne bastera pas. Donc, finalement, si les mesures que nous avons acceptées aujourd'hui peuvent être mises en vigueur peut-être avec quelques mois de retard, elles seront définitives, et nous n'aurons plus besoin de les discuter dans trois ans; je pense que c'est un avantage.

Alors, avec une partie de notre groupe, je vous demande de voter la version du Conseil des Etats et de préférer une mise en vigueur de cette loi au 1er janvier 2011. Il est vrai que si l'on avait pu laisser le soin au Conseil fédéral de mettre en vigueur ce projet de loi au moment où il était prêt, cela aurait été peut-être encore meilleur. Mais il ne faut pas limiter la durée de validité de ces mesures à trois ans, parce qu'elles sont tout à fait défendables pour assurer la pérennité de l'assurance-maladie.

Ma préférence va donc à la version du Conseil des Etats et, donc, à la version de la minorité.

Gilli Yvonne (G, SG): Sie alle erinnern sich an die Hektik, die das dringliche Massnahmenpaket, das von alt Bundesrat Couchepin auf den Tisch gelegt wurde, bei uns allen ausgelöst hat. Die Beratungen erfolgten unter Zeitdruck. Auf teilweise unüberlegte Vorschläge folgten neue, ebenfalls unüberlegte Vorschläge – weitgehend ohne Evidenz, ohne Kontrollmechanismen, die ihre Wirkung überprüft hätten. Die Wirkungsüberprüfung war eigentlich zugunsten der Patientinnen und Patienten vorgesehen, denn diese müssen immer mehr sogenannte Out-of-Pocket-Beiträge für ihre Gesundheitsversorgung leisten, und sie müssen immer höhere Prämien bezahlen.

Inzwischen wurden den Massnahmen, die mit diesem Paket vorgesehen waren, einige Zähne gezogen. Trotzdem gibt es noch Neuerungen. Bei ihnen muss zuerst der Beweis erbracht werden, dass sie umsetzbar sind, dass sie wirksam sind in dem Sinne, dass sie die Prämienhöhung in Zukunft dämpfen können, dass sie die Out-of-Pocket-Beiträge der Patientinnen und Patienten reduzieren können. Die Out-of-Pocket-Beiträge in der Schweiz gehören zu den weltweit höchsten.

Die grüne Fraktion ist der Meinung, dass dieses Gesetz jetzt dringlich verabschiedet werden sollte, damit diese Massnahmen auf drei Jahre befristet bleiben und in dieser Zeit evaluiert werden kann, was wirklich zur erwünschten Wirkung beiträgt und was nicht. Wir bitten Sie deshalb, dieses Gesetz dringlich zu verabschieden.



Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion empfiehlt Ihnen ebenfalls, der Mehrheit zu folgen und das Gesetz damit zeitlich zu beschränken, das heisst in seiner Laufzeit bis Dezember 2013 zu limitieren.

Ich glaube, dass das Konzept, wie es die Mehrheit vorschlägt, ein gutes Konzept ist, weil es einerseits die konkrete Inkraftsetzung dem Bundesrat überlässt, der somit auch den Zeitpunkt für die verschiedenen Massnahmen festsetzen kann. Andererseits limitiert es das Gesetz und macht damit klar, dass die neuen Bestimmungen, die wir eingefügt haben, in gewissem Sinne ausgetestet werden sollen und das, was sich bewährt, anschliessend ins ordentliche Recht

AB 2009 N 2154 / BO 2009 N 2154

überführt werden soll. Insbesondere mit Blick auf den Beschluss zum differenzierten Selbstbehalt scheint mir diese Beschränkung wichtig, weil wir letztlich nicht ganz genau wissen, wie sich der differenzierte Selbstbehalt entwickelt und welche Wirkung er entfaltet. Mit der Beschränkung auf drei Jahre können wir auch verhindern, dass Kreise, die diesen Massnahmen gegenüber sehr skeptisch eingestellt sind, jetzt ein Referendum beschliessen. Wir ermöglichen uns in diesem komplexen System also selber eine gewisse Testphase, wo wir neue Elemente ausprobieren können, Bewährtes anschliessend überführen können und Dinge, die sich nicht bewähren, auch einfach schicklich begraben können.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: L'urgence, qu'est-ce que cela signifie? Cela signifie qu'on veut une entrée en vigueur de la loi quasiment immédiate et qu'on veut limiter la durée de son effet. Qu'en est-il, alors? Le paquet actuel – maintenant qu'on peut pratiquement en faire le bilan, après l'examen de votre commission –, objectivement, n'a plus la même urgence. Peut-être – je dis bien peut-être – la limitation dans le temps se justifierait-elle désormais, avec la décision que vous avez prise à l'article 64 sur la participation des assurés aux coûts. Comme cela a été dit tout à l'heure, c'est un point de divergence et les choses peuvent encore évoluer au Conseil des Etats.

J'en arrive à un bref bilan. Du point de vue des mesures urgentes, le Conseil fédéral, via les ordonnances – il s'agit donc d'environ 400 millions de francs d'économies, 2 pour cent de baisse des primes – et les mesures législatives, arrive maintenant à un changement assez important par rapport au premier projet. Mais on peut en tout cas dire qu'il y a cinq mesures qui restent et qui sont assez importantes: la question du courtage, la substitution des médicaments, la compétence pour le Conseil fédéral de baisser les tarifs, la durée de contrat pour les franchises à option et la contribution au séjour hospitalier. Ces cinq mesures représentent en tout cas 240 millions de francs d'économies – donc un peu plus de 1 pour cent de primes pour ce qui est du paquet législatif. Ces cinq mesures, objectivement, pourraient tout à fait entrer dans le droit ordinaire.

Il vous appartient de décider si vous voulez ou non maintenir l'urgence – et donc la limitation dans le temps – sur ce paquet. Le Conseil fédéral pourrait aussi s'accommoder de la proposition de la minorité, qui veut maintenir la décision du Conseil des Etats. Le Conseil fédéral reconnaît toutefois que la proposition de la majorité présente un avantage: elle laisse le soin au Conseil fédéral de fixer la date d'entrée en vigueur, ce qui est toujours une bonne chose.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die SGK beantragt Ihnen mit 16 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung, an der Dringlichkeit festzuhalten.

Es ist klar, dass das Gesetz nicht per 1. Januar 2010, wie ursprünglich geplant, in Kraft treten kann. Deshalb hat die SGK die Kompetenz für die Inkraftsetzung dem Bundesrat übertragen. Die einzelnen Massnahmen können so zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft gesetzt werden. Vor allem zwei Gründe führen die SGK dazu, an der Dringlichkeit festzuhalten: die Befristung der Vorlage sowie die formelle Korrektheit der Gesetzgebung.

Zur Befristung: Mit der Dringlichkeit ist das Gesetz auf drei Jahre befristet. Die Befristung hat den Vorteil, dass die Massnahmen auf ihre Wirkungen hin evaluiert werden können und dann in dieser oder in veränderter Form in ordentliches Recht überführt werden können. Ich denke da gerade auch an den Beschluss, den wir bezüglich der differenzierten Selbstbehalte getroffen haben; dieser Beschluss muss mit Managed Care in veränderter Form übernommen werden.

Zum zweiten Punkt, zum Formellen: Was der Ständerat gemacht hat, ist nach Ansicht der Kommissionsmehrheit gesetzgeberisch problematisch. Ohne den ordentlichen Weg einer Vernehmlassung beschritten zu haben, hat er aus Dringlichkeitsrecht ordentliches Recht gemacht. Das führt zu einer parallelen Gesetzgebung, weil neben dem Weg, der mit den Vorlagen eingeschlagen wird, welche derzeit in der nationalrätlichen Kommission behandelt werden, noch ein zusätzlicher Gesetzgebungsweg beschritten wird. Das ist heikel.

Im Namen der Kommission, welche mit 16 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung entschieden hat, bitte ich Sie, bei Ihrem Beschluss der Herbstsession zu bleiben und Dringlichkeit zu beschliessen. Nur so können wir die



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Wintersession 2009 • Neunte Sitzung • 07.12.09 • 14h30 • 09.053
Conseil national • Session d'hiver 2009 • Neuvième séance • 07.12.09 • 14h30 • 09.053



Vorlage befristen und einen fragwürdigen Gesetzgebungsprozess verhindern.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.053/3277)

Für den Antrag der Mehrheit ... 140 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 37 Stimmen

