



04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung**

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 20.09.05 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 07.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.06 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 20.03.07 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.03.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 24.09.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 03.10.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.10.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 17.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 20.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 20.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.12.07 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.12.07 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag Leuenberger-Solothurn

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, zur Vermeidung eines Kantonsreferendums eine tragfähige Lösung für die Spitalfinanzierung mit den Kantonen zu finden.

Antrag Hess Hans

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, eine tragfähige Lösung für die Spitalfinanzierung mit den Kantonen zu finden.

Antrag Wicki

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, über den Vorschlag der SGK vom 30. August 2005 betreffend die Spitalfinanzierung vorerst in geeigneter Form bei den Kantonen eine Vernehmlassung durchzuführen.

Proposition Leuenberger-Solothurn





Renvoi à la commission

avec mandat de trouver conjointement avec les cantons une solution viable pour le financement hospitalier, afin d'éviter que les cantons ne demandent la tenue d'un référendum.

Proposition Hess Hans

Renvoi à la commission

avec mandat de trouver conjointement avec les cantons une solution viable pour le financement hospitalier.

Proposition Wicki

Renvoi à la commission

avec mandat de faire une consultation auprès des cantons sur la proposition de la CSSS du 30 août 2005 concernant le financement hospitalier.

Präsident (Frick Bruno, Präsident): Wir werden die Debatte über Eintreten und Rückweisung gemeinsam führen.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Dans mon exposé d'entrée en matière, j'aimerais tout d'abord me concentrer sur les changements importants apportés par notre commission au projet du Conseil fédéral. Les autres questions – soit celles des données, des statistiques – n'ont pas prêté particulièrement à discussion au sein de notre commission et ce n'est pas ce matin encore que nous allons en débattre dans le détail.

L'essentiel du projet du Conseil fédéral consiste dans le passage d'un système dans lequel les cantons subventionnent les hôpitaux publics, ainsi que d'autres hôpitaux privés, à un système de paiement forfaitaire des prestations. Dans ce système, le financement se fait sur la base de l'activité, en fonction des prestations, et non plus en fonction de la structure ou de la durée de l'hospitalisation. Ainsi, par exemple, une appendicite sera financée à un coût tarifé, quelle que soit la gravité de l'intervention et la durée de l'hospitalisation.

Dans le domaine de l'assurance de base, le Conseil fédéral propose dès lors de financer chaque prestation selon un forfait fixé, à l'exclusion d'un certain nombre de cas particuliers, tels que la "multimorbidité" ou des problèmes d'ordre psychiatrique.

La commission, et avec elle d'ailleurs tous les protagonistes entendus par la commission, a suivi le Conseil fédéral dans sa proposition de passer d'un système de subventionnement à un système de paiement forfaitaire des prestations. C'est en effet un système qui a déjà été introduit dans certains cantons, qui donne d'excellents résultats quant à la transparence des coûts et qui permet la comparaison entre établissements hospitaliers. Tout le monde espère ainsi que la transparence permettra d'améliorer l'efficacité et, à terme, de faire des économies dans le domaine stationnaire.

En sortant du système financier institutionnel, le Conseil fédéral pose pourtant le problème essentiel du financement des hôpitaux. Il fixe, premièrement, comme principe – et nous l'avons aussi suivi sur ce point – que la forme juridique que revêt l'établissement hospitalier n'a plus aucune importance. Deuxièmement, il pose comme principe de répartir entre l'assurance-maladie de base et le canton la prise en charge du forfait de la prestation à raison de 50 pour cent chacun.

Cette répartition, qui paraît à première vue bien raisonnable, a toutefois un effet catastrophique sur l'augmentation des primes dans tous les cantons où la participation cantonale était jusqu'à présent globalement supérieure à 50 pour cent. Il semble qu'en moyenne suisse, les primes augmenteraient ainsi de 7 pour cent, alors que les assurés n'auraient, eux, rien de plus qu'un changement de système dans le financement hospitalier. Mais ils auraient une augmentation de leurs primes: ne serait-ce que pour cette raison, le projet du Conseil fédéral semblait voué à l'échec. Nous aurions pu sans doute proposer une répartition différente entre les cantons et l'assurance de base: par exemple 60 pour cent à la charge des cantons et 40 pour cent à la charge de l'assurance. Mais cette solution n'aurait pas tenu compte de l'extrême diversité cantonale, et la majorité des cantons l'aurait ainsi refusée.

D'autre part, le Conseil fédéral a repris dans son projet de loi l'obligation de passer à un système de financement moniste dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la LAMal ainsi modifiée, et la grande majorité de la commission ne pouvait croire à la faisabilité d'une telle promesse et mettait sérieusement en doute la volonté du Conseil fédéral de reprendre tout le dossier, après trois ans, après avoir obligé tous les établissements hospitaliers et les cantons à changer de système.

Enfin, la commission s'est penchée sur les inégalités de traitement existant entre prestations ambulatoires et stationnaires. Ces inégalités constituent une "maladie congénitale" – terme que je reprends d'une intervention de notre collègue Stähelin et que j'ai trouvé tout à fait pertinent – de la LAMal qu'il convient d'éliminer.



Historiquement, le domaine stationnaire est le domaine des cantons et le domaine ambulatoire celui des médecins. Il y a vingt ans encore, il était fort rare qu'un hôpital offre une prestation ambulatoire. Mais les choses ont bien changé et elles provoquent des incitations, parfois contradictoires, mais qui relèvent simplement du flux financier et en aucun cas du traitement le plus approprié pour le patient. Ainsi, par exemple, dans la mesure où le canton doit participer au financement, les assureurs tendent à faire hospitaliser leurs

AB 2005 S 680 / BO 2005 E 680

assurés, alors que les cantons, quant à eux, ont développé leurs prestations ambulatoires dans les hôpitaux, parce que ces prestations sont entièrement à la charge des assureurs.

Il faut noter aussi que nous avons déjà passé beaucoup de temps dans notre vie de parlementaires – moi en tout cas – pour définir ce qu'était une prestation ambulatoire ou stationnaire, et surtout pour définir ce que sont les soins semi-hospitaliers – définitions qui relèvent de la quadrature du cercle, et donc insolubles. C'est ainsi que notre commission a cherché une solution qui crée un flux financier identique dans les domaines stationnaire et ambulatoire. Cette mission a été confiée à une sous-commission, qui a siégé huit fois entre le mois de janvier et aujourd'hui et qui a transmis son rapport à la commission plénière qui l'a adopté à l'unanimité. La solution trouvée est certes innovante, mais elle répond en tous points au mandat qui a été confié à la sous-commission: premièrement, les flux financiers sont les mêmes dans les domaines ambulatoire et stationnaire; deuxièmement, les cantons doivent participer selon une quote-part définie, qui ne peut être inférieure, sauf exception, à la moyenne nationale, et troisièmement, l'obligation de contracter est inscrite dans la loi.

Avec les chiffres dont nous disposons et qui nous ont été donnés par l'administration fédérale sur la base de l'année 2002, nous sommes arrivés au résultat que les cantons payaient en moyenne 30 pour cent de l'ensemble des prestations, tant ambulatoires que stationnaires. Cette part résulte de l'addition de tout ce que les cantons paient en subventions ou en infrastructures aux hôpitaux, en subventions aux établissements médicosociaux et aux soins à domicile, à l'exclusion bien sûr des subventions directes à l'égard des primes.

Dans quelques cantons, il est difficile de séparer la recherche et la formation universitaire des coûts hospitaliers. D'autres cantons ont déjà procédé à cette séparation. Il est donc possible que les chiffres que nous avançons soient d'une précision insuffisante, et il appartiendra par la suite de les préciser et de les actualiser. Les cantons qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, ont une quote-part supérieure à la moyenne nationale peuvent la diminuer de 0,5 pour cent par année, mais ils n'en ont pas l'obligation. Les cantons qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, ont une quote-part inférieure à la moyenne nationale doivent augmenter leur participation de 1 pour cent par an, sauf pour les cantons dont la prime moyenne de l'assurance de base est inférieure à la prime moyenne nationale. Il n'est en effet pas raisonnable d'imposer dans ces cantons une augmentation des charges alors qu'ils ont déjà une prime qui est très basse. Aucun canton ne peut toutefois diminuer sa quote-part de telle sorte qu'elle soit inférieure à celle qu'il verse à l'entrée en vigueur de la loi, quelle que soit l'évolution des primes par la suite. Cela va certainement améliorer la situation au niveau des primes car les cantons, jusqu'au moment du changement intervenu par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances relatif aux prestations, avaient diminué de manière assez constante leur participation aux coûts.

Dans la proposition de la commission, ce sont les cantons qui fixent leurs quotes-parts en se basant sur les dispositions de la loi et sur les statistiques de la Confédération. Contre cette décision cantonale – qui fixe la quote-part dans ce cadre –, pour le canton il n'y a aucun droit de recours. Il faut insister dans ce contexte sur le fait que le Conseil fédéral propose que les cantons versent leur contribution de 50 pour cent pour toutes les prestations hospitalières, qu'elles soient fournies selon le standard de la division commune ou des divisions semi-privée ou privée.

La commission a donc suivi la logique du Conseil fédéral qui est celle de l'interprétation de la loi actuelle par le Tribunal fédéral des assurances, à laquelle les cantons ne veulent pas se rallier. Lorsque les cantons prétendent que le système proposé par la commission coûtera près de 2 milliards de francs de plus que le système actuel, il s'agit premièrement d'un premier milliard pour les prestations cantonales en division semi-privée et privée, conformément au projet du Conseil fédéral, et deuxièmement d'un deuxième milliard qui concerne les établissements médicosociaux et les soins à domicile; ce dernier milliard de francs est encore à l'heure actuelle à la charge des cantons. C'est comme cela que les cantons arrivent à dire que ce système leur coûte deux milliards de francs de plus. La proposition de la commission, quant à elle, n'entraîne aucune charge supplémentaire, ni pour les assurés, ni pour les cantons – d'après la loi actuelle –, ni pour la Confédération.

Il convient d'apporter dans le débat d'entrée en matière quelques précisions sur les compétences de planification des cantons.

Il existe une première phase, qui est simplement l'autorisation de police sanitaire d'ouvrir un établissement



hospitalier. Puis, dans une deuxième phase, celle de la "Zulassung", le canton doit dire quels sont les établissements hospitaliers qu'il reconnaît et auxquels il doit donner un mandat de prestations de manière que les prestations fournies soient prises en charge par l'assurance de base. Il s'agit donc de la planification hospitalière que doit établir chaque canton et dont le résultat figure dans ce que l'on appelle la liste de planification. Tous les établissements hospitaliers qui ne figurent pas sur cette liste de planification ou qui offrent des prestations qui ne sont pas comprises dans leur mandat ne reçoivent pas la part cantonale pour ces prestations. Les cantons peuvent donc notablement diminuer leurs coûts s'ils entreprennent une planification qui correspond véritablement aux besoins de la population. Ils peuvent d'ailleurs toujours dire que c'est Berne qui leur impose cette planification. Par conséquent, cela peut sauver quelques têtes au niveau des élections cantonales.

Les cantons peuvent aussi octroyer des mandats de prestations couvrant un intérêt général, comme par exemple l'obligation de prise en charge, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale – alors que les prestations ne sont pas entièrement couvertes par les forfaits –, ainsi que la recherche et la formation universitaire. Ces prestations d'intérêt général sont alors prises en charge uniquement par les cantons.

Nous avons, d'autre part, tenu compte de la plainte des cantons se rapportant au fait qu'ils ne pouvaient pas exercer leur compétence en matière de planification jusqu'à présent, parce que les établissements hospitaliers exclus de la planification faisaient toujours recours, que les procédures étaient extrêmement longues et qu'en général ces établissements obtenaient de surcroît gain de cause. Nous avons donc réduit la durée de la procédure de manière drastique et, en cas de recours dans le cadre de la compétence de planification, nous avons restreint les griefs qui peuvent être invoqués contre la violation du droit fédéral en excluant totalement le grief d'inopportunité de la décision.

Malgré la vive opposition que sa proposition semble susciter, la commission est persuadée de son bien-fondé. Elle rappelle, notamment à l'égard de celles et ceux qui disent qu'elle n'a pas travaillé de façon assez approfondie, qu'elle s'est réunie à cinq reprises pour examiner cet objet, qui a été traité de surcroît huit fois en séance de sous-commission. Elle rappelle aussi que les représentants des cantons ont été auditionnés dans le cadre général des auditions, puis ensuite de manière beaucoup plus approfondie dans une discussion au sein de la sous-commission. Elle estime donc avoir étudié le dossier avec toute l'attention qui s'impose et en tout cas sans précipitation. C'est un des reproches qui me touche particulièrement, parce que c'est vraiment une contrevérité que de dire qu'elle a travaillé dans la précipitation.

Par conséquent, la commission, à l'unanimité, vous invite à entrer en matière.

En ce qui concerne les propositions de renvoi, la commission n'a pas eu l'occasion d'en discuter, puisque, au vote sur l'ensemble, elle a accepté, à l'unanimité, ce système.

En ce qui concerne les propositions qui nous demandent de chercher et de trouver conjointement avec les cantons une solution viable pour le financement hospitalier, que voulez-vous que je vous dise? Il y a des utopies auxquelles on croit.

AB 2005 S 681 / BO 2005 E 681

Pour ma part, je ne crois pas qu'au stade actuel nous puissions organiser demain une rencontre avec les représentants des cantons – ce que par ailleurs nous avons déjà fait deux fois – pour trouver une solution qui satisfasse aussi bien les cantons que nous-mêmes, ainsi que le Conseil fédéral, qui est quand même le troisième sommet de ce triangle, et pas le moindre.

De plus, les propositions de renvoi Leuenberger-Solothurn et Hess Hans, qui demandent à la commission de trouver une solution viable avec les cantons, me paraissent entraîner quand même une confusion des pouvoirs. Nous sommes là pour légiférer. Nous sommes là pour auditionner les représentants des cantons, des organismes intéressés, des hôpitaux, enfin les représentants de tous les acteurs de la santé – ce n'est d'ailleurs pas ce qui manque dans le domaine de la santé –, mais nous ne pouvons pas déléguer simplement notre compétence de décision aux cantons en leur disant: "Vous avez une solution merveilleuse, alors développez-la." Ceci d'autant moins que jusqu'à présent les cantons, en fait de proposition, nous ont fait celle de rester ce que j'appelle au statu quo ante, c'est-à-dire à la situation d'avant le jugement du Tribunal fédéral des assurances. Ils ne veulent pas entendre parler de ce milliard de francs supplémentaire qu'ils devraient payer en application de l'interprétation actuelle de la LAMal.

Si je peux, quant à moi, en tant que socialiste, me rallier facilement à une solution de ce type, c'est-à-dire celle d'exclure de la démarche tous les organismes privés, il me paraît quand même difficile de trouver dans notre conseil et au Conseil national une majorité qui accepte d'exclure toutes les cliniques privées et toutes les prestations privées. C'est la raison pour laquelle j'ai aussi participé avec intérêt aux travaux de la commission pour trouver une proposition moyenne qui n'ait pas les inconvénients de celle du Conseil fédéral en ce qui



concerne l'augmentation des primes, mais qui aille quand même plus loin que la proposition des cantons qui ne demande que de revenir au statu quo ante.

Toutefois, après une petite discussion avec l'ensemble des membres de la commission ce matin, il semble que tout le monde soit d'accord, à la fin du débat d'entrée en matière – et dans la mesure où nous entrons en matière –, de suivre la proposition de renvoi Wicki qui demande de procéder à une consultation auprès des cantons. Je reconnais que – comme c'est nouveau, innovant, que cela demande du temps, qu'il faut arriver à entrer dans le sujet, et Dieu sait s'il est complexe! – nous aurions peut-être bien fait de faire une petite consultation sur ce premier volet, comme nous l'avons d'ailleurs entreprise sur le deuxième volet de cette loi, sur la compensation des risques.

Donc, la commission – je crois que je peux parler en son nom – serait d'accord, à la suite de la discussion, d'accepter la proposition de renvoi Wicki et d'entreprendre une consultation.

Präsident (Frick Bruno, Präsident): Ich gebe das Wort nun den drei Rückweisungsantragstellern – und das in alphabetischer Reihenfolge. Das Wort hat Herr Hans Hess.

Hess Hans (RL, OW): Ich bin eigentlich davon ausgegangen, dass Herr Ernst Leuenberger als Erster spricht, aber nichtsdestotrotz mache ich das – oder, Ernst Leuenberger? Wir haben uns so abgesprochen. Wenn er das erste Wort will, bin ich gerne bereit, es ihm zu geben.

Leuenberger Ernst (S, SO): Es gab Zeiten, da galten noch die Reglemente, und die Anträge wurden in der Reihenfolge der Eingabe begründet, aber das ist nur ein Detail.

Ich habe im Gesundheitswesen keine Interessen zu deklarieren. Ich sage das deshalb so deutlich, weil wir in der Debatte feststellen werden, dass sie stark Elemente einer Insiderdiskussion haben wird, da sehr viele Leute in dieser Sache sehr, sehr sachkundig sind und das Gros dieses Rates etwas weiter weg von der Materie ist. Ich gebe zu: Ich bin relativ weit weg von dieser Materie, ich habe keine Interessen zu deklarieren, und ich bitte darum, dass dann die Interessen schön reglements-konform deklariert werden.

Ich möchte der Kommission für ihre umfangreichen und intensiven Vorarbeiten danken. Wir wissen es alle: Das Gesundheitswesen gehört zu den ganz schwierigen Materien, es ist auch ein milliardenschweres Geschäft, und daraus lässt sich schliessen, dass hier besonders hart gerungen und gekämpft werden wird. Und nicht der geringste Vorwurf ist der Kommission zu machen – wie etwa, sie habe etwas nicht, etwas zu wenig intensiv oder etwas falsch gemacht. Einzig und allein müssen wir uns eingestehen, dass es offenbar nicht gelungen ist, die Kantone, jedenfalls ihre Regierungen, von der vorgelegten Lösung zu überzeugen – ein Kollege hat heute früh gefragt: Wer sind denn eigentlich die Kantone? Das ist eine Frage, die ich mir seit dreissig Jahren stelle, je nachdem sind es mal die Regierungen, mal die Parlamente, mal die Kantonsvölker.

Ich möchte festhalten – und die Frau Kommissionspräsidentin hat das zu Recht unterstrichen -: Eintreten ist nicht bestritten, und das heisst doch wohl, dass niemand den Handlungsbedarf auf diesem Gebiet bestreitet. Das ist, glaube ich, eine ganz, ganz wichtige Feststellung, und auch die "Rückweiser" werden allesamt bekennen, dass sie den Handlungsbedarf auf diesem Gebiet anerkennen – und sei es nur, weil da eben ein bundesgerichtliches Urteil eine neue Situation geschaffen hat.

Im Gesundheitswesen ist der Interessenausgleich besonders schwierig, weil hier das "Mikadoprinzip" bis zum Gehtnichtmehr gilt: Wer sich zuerst bewegt, der hat schon verloren. Das wissen alle, und entsprechend verhalten sich auch alle so; das weiss ich ganz genau. Auch wenn ich heute dafür plädiere, die Kantone noch stärker einzubeziehen, weiss ich, dass bei diesem Geschäft selbstverständlich auch aufseiten der Kantone ein gewisses Beharrungsvermögen zum Tragen kommt.

Umso mehr – und das gehört immer noch zu den Präliminarien – bedaure ich, dass wir uns als Gesamtheit des Ständerates eine grosse Möglichkeit des Dialogs mit den Kantonen einfach haben entgehen lassen: Es gibt doch die Tradition, dass die Konferenz der Kantonsregierungen am ersten Sessionstag vor allem mit Ständeratsmitgliedern ein Quartalsgespräch führt. Zu meinem Erstaunen – und ich werde das nie begreifen – wurde das Gespräch von gestern Abend abgesagt, mit der Begründung, es lägen keine Themen vor. Ich weiss nicht, wer da Regie geführt hat. Jedenfalls ist da eher unbedarft vorgegangen worden. Dieser gestrige Abend hätte allseits gut getan, indem man sich da irgendwo im "Rathauskeller" hätte treffen können und einige Missverständnisse hätte ausräumen können.

Weil das nicht der Fall gewesen ist, muss in dieser Debatte heute versucht werden, etwas Klarheit in die Dinge zu bringen. Lassen Sie mich formell zuerst mein kleines Erstaunen darüber ausdrücken, dass der Teil Risikoausgleich, den sehr viele, die ich angetroffen habe, als sehr gut betrachten, just heute nicht zur Debatte steht, sondern noch aussen vor in einer Vernehmlassung ist. Vielleicht kann mir jemand aus der Kommission noch coram publico erklären, weshalb man es als klug erachtet hat, diese beiden Teile zu trennen. Allein das



gleichzeitige Behandeln dieser beiden Teile hätte bei Leuten, die da voller Sorge sind, einige Erleichterung geschaffen.

Nun muss ich Ihnen sagen: Der Hauptgrund für meinen Antrag liegt darin, dass ich eigentlich zu jenen gehöre, die denken, Ziel ständerätlicher Gesetzgebungsarbeit sei es nicht, mutwillig ein Kantonsreferendum zu provozieren. Das habe ich in sechs Jahren ständerätlicher Arbeit gelernt. Ich hab's mühsam genug gelernt, denn ich bin ja kein geborener "Kantonese" – ein Begriff, den Ernst Nobs in seinen wilden Tagen seinerzeit eingeführt hat. Wenn ich von dieser Devise ausgehe, muss ich sagen: Das erste öffentliche Signal, das ich als Zeitungsleser empfangen habe, war eine klare Referendumsdrohung des Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz in einem Zeitungsinterview, in dem er sagt: "Wenn die Fassung der ständerätlichen Kommission beschlossen wird, sind wir Kantone dazu gezwungen, das

AB 2005 S 682 / BO 2005 E 682

Referendum zu ergreifen." Das fand dann seine Fortsetzung in verschiedenen Zuschriften, die wir erhalten haben, und auch in den Direktkontakten vieler von uns mit der Regierung ihres Kantons jeweils vor der Session. Ich nehme an, es gehe Ihnen wie mir. Wenn ich nur schon diesen Brief der Konferenz der Kantonsregierungen vom 14. September 2005 zur Hand nehme, wo mit grobem Geschütz aufgefahren wird! Nicht nur der Leitende Ausschuss der Konferenz der Kantonsregierungen wendet sich mit diesem Brief an uns, sondern auch der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der Vorstand der Finanzdirektorenkonferenz, ein nicht ganz unwichtiges Gremium. In bösen Tagen habe ich gesagt, die Finanzdirektorenkonferenz sei so etwas wie eine Gegenregierung, und das hat ja vor rund eineinhalb Jahren eine ziemliche Rolle gespielt.

In diesem Brief vom 14. September lese ich Vorwürfe, die hier und heute entkräftet werden müssen. So heisst es: "Die Kantone werden demnach zur Zahlstelle ohne adäquate Einflussmöglichkeiten auf das Leistungsangebot und die verrechenbaren Kosten." Das ist ein happiger Vorwurf. Es ist wichtig, dass zu diesem Vorwurf hier Stellung genommen wird.

Es wird dann festgestellt: "Die Kantonsbeiträge an das Gesundheitswesen sind gezielte Subventionen, mit denen die Kantone ihrem verfassungsrechtlichen Auftrag nachkommen, die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen." Hier ist zu klären, ob die Vorlage dieser Feststellung genügt. Es kommt dann – die Frau Kommissionspräsidentin hat es angesprochen; und es tönt prima vista eher erstaunlich – das dritte Zitat aus diesem Brief der Konferenz der Kantonsregierungen: "Die Kantonsbeiträge dürfen nicht gewinnorientierten privaten Leistungserbringern zufließen; deren Bereiche sind lukrativ und benötigen keinerlei Staatsbeiträge." Das ist ein Satz, den ich hier in jeder Finanzdebatte zwanzigmal höre: Man solle bloss subsidiär tätig werden und man solle nicht direkt finanzieren. Ich bitte jene, die mit diesen Sätzen nicht einverstanden sind, das jetzt nicht mir zu sagen, sondern den Verfassern dieses Briefes vom 14. September. Ich versuche ja nur, hier sozusagen als Niklaus von Flüe aufzutreten, damit sich die Kontrahenten irgendwo – nicht bei Philippi, sondern an einem friedlichen Ort – wieder treffen.

Weiter steht: "Die gezielten kantonalen Subventionen sind zum Ausgleich der mangelnden Wirtschaftlichkeit im nichtlukrativen Bereich der Grundversicherung notwendig." Dann kommt die ganze Zahlengeschichte. Die Frau Kommissionspräsidentin hat das angesprochen und versucht, eine Erklärung zu geben. Aber da ist einiges noch nicht ausgeräumt. Es geht um den Verteilschlüssel 30/70, vom dem die Kommission aufgrund von Zahlen, die ihr von der Verwaltung zur Verfügung gestellt wurden, ausgeht.

Da kommt nun die Gesundheitsdirektorenkonferenz mit einem Papier und sagt: Nach unseren Berechnungen sind das nicht 30 Prozent, sondern 21,4 Prozent. Das Plenum des Ständerates ist vielleicht nicht der geeignete Ort, um diese Prozentrechnung in Ordnung zu bringen. Aber wir müssen einen Ort suchen, wo diese Zahlen erhärtet werden können. Dann sollen sie hier in aller Klarheit auf den Tisch des Hauses gelegt werden.

Noch härter tönt es in einem Schreiben, das ich von meinem Kanton erhalten habe, wo man keck behauptet – und auch das wird zu verifizieren oder zu falsifizieren sein -: "Mit der vom Ständerat vorgeschlagenen Finanzierung ist der Mengenausweitung im ambulanten und stationären Bereich Tür und Tor geöffnet." Das ist eine Formulierung, die für mich immerhin sehr erstaunlich tönt, und ich nehme an, dass auch hierzu noch das eine oder andere gesagt werden soll.

Noch zu einem Vorwurf, den ich Ihnen nicht schriftlich belegen kann, den ich aber mündlich gehört habe in Anwesenheit von mindestens 60 weiteren Zeuginnen und Zeugen. Da hat nämlich ein erwachsener kantonaler Gesundheitsdirektor gesagt: Für uns Kantone sind die Krankenkassen Blackboxes, da sehen wir überhaupt nicht rein. Wir haben keine Ahnung, was da drinnen vorgeht. Das ist immerhin als Vorwurf eine mittelprächtige Ungeheuerlichkeit, die wir so nicht einfach stehen lassen können.

All diese Gründe bringen mich dazu – und ich tue es als Nichtinsider schweren Herzens –, Sie zu bitten, heute diese Debatte zu führen, um auch zu zeigen, dass wir die Einwände von allen Seiten ernst, sehr ernst, neh-



men. Ich bitte Sie, dann aber doch die Rückweisung an die Kommission zu beschliessen, damit hier noch eine Ehrenrunde gedreht wird und sozusagen nach allen vorangegangenen noch ein weiterer Versuch unternommen wird, mit den Kantonen das Gespräch noch einmal, zum x-ten Mal, zu führen und eine Verständigung anzustreben.

Ich halte nach den Ausführungen der Kommissionspräsidentin fest, dass die Kommission offenbar mit dem mildesten der Rückweisungsanträge, jenem von Herrn Wicki, einverstanden ist, sodass die Rückweisung schon so gut wie beschlossen ist, mindestens in dieser Form. Aber nichtsdestotrotz bitte ich Sie noch einmal, hier und heute eine Debatte über diese unerfreuliche Ausgangssituation zu führen und damit dieses Geschäft jetzt in Angriff zu nehmen.

Ich bitte Sie, der Rückweisung zuzustimmen.

Hess Hans (RL, OW): Jetzt stimmt für mich die Regie wieder, und ich kann beginnen. Ich will nicht wiederholen, was Ernst Leuenberger bereits gesagt hat, sonst hätte ich am Anfang schon umstellen müssen. (*Heiterkeit*) Nur so viel: Wenn Sie sich den Entwurf des Bundesrates, die Anträge unserer Kommission und die Anliegen der GDK vor Augen halten, stellen Sie leicht fest, dass es heute gar nicht möglich ist, eine einigermaßen befriedigende Lösung zu finden. Es ist beispielsweise klar abzusehen, dass die Versicherer beim Vorschlag unserer Kommission nur an kostengünstigen Leistungserbringern ohne Berücksichtigung des Spitalstandortes interessiert sind. Der Druck auf die kleinen Spitäler – wie beispielsweise auf das Kantonsspital Obwalden in Sarnen, welches kleine Fallzahlen aufweist – wird steigen. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherer über den Preisdruck Spitalschliessungen erzwingen werden.

Wir müssen aber vermeiden, dass Regionalpolitik über das KVG betrieben wird. Die kleinen Kantone haben ihre Spitäler in den letzten Jahren unter grossem Aufwand massiv reorganisiert, und die Spitäler arbeiten auch auf verschiedenen Fachgebieten sehr eng zusammen. Es wird in diesen Spitälern schon lange nicht mehr die ganze Palette der medizinischen Leistungen angeboten. Was wir aber auch in den kleinen Kantonen brauchen, ist eine Grundversorgung; gerade anlässlich des aktuellen Hochwasserereignisses vor bald vier Wochen hat es sich gezeigt, wie schnell Verkehrsverbindungen unterbrochen sein können und wie wichtig es ist, eine angemessene Grundversorgung anbieten zu können. Speziell die Notfallabteilungen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen, weil es immer schwieriger sein wird, Nachfolger für die hausärztlichen Landpraxen zu finden.

Alleine aus diesen Überlegungen heraus trägt der Vorschlag unserer Kommission bzw. der Vorschlag des Bundesrates dem effektiven Bedürfnis der kleinen Spitäler nicht oder zu wenig Rechnung. Es ist deshalb richtig, wenn wir das Geschäft an die Kommission zurückweisen mit dem Auftrag, eine möglichst tragfähige Lösung zu suchen. Das heisst nun aber nicht, dass die Kantone hier alleine das Sagen oder gar ein Vetorecht haben sollen. Ich bin auch der Meinung, dass es eigentlich nicht viel bringt, wenn, wie unser Kollege Franz Wicki verlangt, auf der Basis der Ergebnisse der SGK vom 30. August 2005 eine Vernehmlassung durchgeführt wird. Diese Vernehmlassung haben wir ja bereits durchgeführt, die Kantone haben bereits geantwortet, und wir wissen bereits, was sie wollen. Ich glaube – Ernst Leuenberger hat es gesagt –, es ist wichtig, dass man mit den Kantonen zusammensitzt und nach Lösungen sucht. Wie ich bereits gesagt habe, heisst dies nicht, das Diktat der Kantone entgegenzunehmen, sondern eben Lösungen zu suchen.

Wicki Franz (C, LU): Herr Leuenberger hat uns aufgefordert, zuerst die Interessenbindungen bekannt zu geben. Ich kann Ihnen sagen, ich bin seit rund sechzig Jahren treuer Krankenkassenprämienzahler und gottlob ein sehr schlechter Leistungsbezüger. Das sind meine Interessen.

AB 2005 S 683 / BO 2005 E 683

Ich stelle Ihnen den Antrag, auf die Vorlage einzutreten und sie an die Kommission zurückzuweisen mit dem Auftrag, dass über den Vorschlag betreffend die Spitalfinanzierung – den die SGK am 30. August 2005 einstimmig genehmigt und dann publiziert hat – bei den Kantonen in geeigneter Form eine Vernehmlassung durchgeführt wird. Die SGK – die Subkommission, aber auch die Kommission –, zusammengesetzt aus Personen, die meines Erachtens sicher viel von der Materie verstehen, hat sich eingehend mit der Veränderung des Krankenversicherungsgesetzes befasst. Hinsichtlich der Spitalfinanzierung schlägt sie den sofortigen Übergang zu einem wettbewerbsneutraleren und leistungsorientierteren System vor. Vor allem sollen der stationäre und der ambulante Bereich in Zukunft als Ganzes betrachtet werden.

Ist dies nun eine Revolution oder ein Putsch? – So lautete die Überschrift der schön gedruckten Papiere der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ja, die GDK hat auf den Vorschlag unserer SGK recht heftig reagiert; ich verzichte hier darauf, diese Äusserungen zu wiederholen, Herr Leuen-



berger hat sie Ihnen vorhin zum Teil vorgelesen. Die Konferenz der Kantonsregierungen ist in zwei Schreiben an unseren Rat gelangt. Tatsache ist, dass die heutige Regelung der Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung viele Fehlanreize beinhaltet. Die heutige Regelung gibt den Akteuren auch die Möglichkeit, diese Fehlanreize auszunutzen. Der Handlungsbedarf ist unbestritten, und es ist unserer SGK zu verdanken, dass nun endlich Zug in diese Sache gekommen ist.

Ich will mich hier nicht näher mit der materiellen Seite dieses Vorschlages auseinander setzen. Mir geht es darum, dass das Parlament möglichst bald zu einer guten Lösung kommt, zu einer Lösung, die auch hält. Eine solche Lösung ist nur möglich, wenn die Kantone mit einbezogen und mit eingebunden werden. Daher mein Antrag, bei den Kantonen in geeigneter Form eine Vernehmlassung zu diesem Vorschlag durchzuführen.

Herr Hess hat gesagt, das sei bereits erfolgt. Wenn ich die Zuschriften der Konferenz der Kantonsregierungen sehe und wenn ich an die Gespräche denke, die ich letzte Woche an der Föderalismuskonferenz in Freiburg mit verschiedenen Regierungsräten aus verschiedenen Kantonen und auch mit der Leitung der Konferenz der Kantonsregierungen geführt habe, dann stelle ich fest, dass es eben nicht so ist. Daher ist es richtig, wenn die Vernehmlassung durchgeführt wird.

Mit dem Antrag verbinde ich aber drei Anliegen:

1. Der Druck, der jetzt auf den Kantonen lastet, ist auszunutzen. Die Kantone haben sich daher in kurzer Frist dazu zu äussern.
2. Ich appelliere an die Kantone, zu den Vorschlägen der SGK nicht nur Nein zu sagen, sondern ausgehend von dieser Vorlage auch konstruktive Vorschläge zu machen.
3. Unsere SGK sollte sich wegen der heutigen Rückweisung nicht frustrieren lassen und die Vorlage baldmöglichst wieder unserem Rat unterbreiten.

Schwaller Urs (C, FR): Vor einigen Tagen war in einer Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit zu lesen, dass sich letztes Jahr die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung vor Abzug der Kostenbeteiligung der Patienten im Vorjahresvergleich um sage und schreibe 6,8 Prozent auf 19,1 Milliarden Franken erhöht haben. Die Zunahme liegt über dem durchschnittlichen Jahreswachstum von 5,5 Prozent seit Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996. Die Zunahme im vergangenen Jahr ist gemäss BAG vor allem auf den hohen Anstieg der Kosten für den stationären Spitalbereich um 11,1 Prozent zurückzuführen. Im ambulanten Spitalbereich erhöhten sich die Kosten lediglich – lediglich! – um 2,4 Prozent. Wahrscheinlich ist unter anderem, dass die Einführung des neuen Abrechnungssystems Tarmed im Jahre 2004 zu einer Umlagerung der Kosten vom ambulanten in den stationären Bereich geführt hat.

Damit sind wir beim Thema. Das heutige intransparente System der Spitalfinanzierung trägt wesentlich zu den jährlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bei. Ein Systemwechsel drängt sich auf, auch wenn nach der Anzahl der in den letzten Tagen erhaltenen Schreiben und Briefe zu schliessen ist, dass die meisten Akteure mit dem heutigen System der Spitalfinanzierung gar nicht einmal so schlecht leben. Das genügt aber nicht, um nicht zu handeln und nun die Sache auf die lange Bank zu schieben. Der Vorschlag Ihrer Kommission will mit einem konsequenten Systemwechsel einen entscheidenden Beitrag leisten für effizientere Spitalstrukturen, zur Beseitigung falscher Anreize und für mehr Transparenz bei der Finanzierung und damit insgesamt für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Ich erkläre mich kurz: Wer von effizienteren Spitalstrukturen spricht, ist bereit, von allen Kantonen eine verbindliche Spitalplanung zu verlangen. In unserem Kommissionsvorschlag tun wir dies, indem wir den Kantonen die abschliessende Kompetenz geben, die Versorgung für ihr Kantonsgebiet und für alle Versicherten integral zu planen. Von den Kantonen verlangt dies im Gegenzug, dass sie für ihr Kantonsgebiet entscheiden müssen, welches Spital welche Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen darf und mit welchen Kapazitäten dies erfolgen soll. Gleichzeitig muss der Kanton auch festlegen, welches Spital einen Leistungsauftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen erhält. Mit diesem Vorgehen wird ein wichtiger Beitrag zum Abbau von Überkapazitäten erreicht.

Verschiedene Kantone haben diesbezüglich ihre Aufgaben nicht gemacht. Es ist also völlig falsch zu sagen, die Kantone würden zu blossen Zahlstellen degradiert. Wir stärken, im Gegenteil, die heutige Planungskompetenz der Kantone, indem wir gerade auch die Beschwerdemöglichkeiten einschränken.

In das Kapitel Effizienz fällt auch die Gleichbehandlung der von den öffentlichen und privaten Spitälern erbrachten Leistungen. In der Tat trägt diese Gleichbehandlung zu einem Preis- und Qualitätswettbewerb bei.

Ein weiterer entscheidender Punkt der Vorlage ist, dass wir mit der Gleichbehandlung der ambulanten und der stationären Leistungen die heute bestehenden falschen Anreize beseitigen wollen. Worum geht es? Ambulant und stationär erbrachte Leistungen werden heute unterschiedlich abgerechnet. Die Versicherer werden bei einer ambulanten Leistungserbringung mehr belastet als bei einer stationären Leistungserbringung. Dagegen



bezahlen die Kantone bei einer ambulanten Leistungserbringung nichts. Noch einmal anders gesagt: Die Krankenkassen haben nicht immer ein Interesse an einer ambulanten Behandlung, selbst wenn diese billiger wäre. Auf der anderen Seite haben die Kantone ein Interesse daran, mehr Leistungen als vielleicht notwendig vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu verschieben, weil sie hier ja nicht kostenpflichtig werden. Das Resultat ist klar: Wegen der ungleichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen kommt es ganz klar zu Fehlanreizen. Mit dem einstimmig verabschiedeten Modell entfallen die vielen Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zwischen stationären, ambulanten und teilstationären Behandlungen. Nicht zu vergessen ist zudem, dass die Spitäler – wir sehen das in allen Kantonen – immer weiter in den ambulanten Bereich eindringen und die Arztpraxen gleichzeitig immer mehr ausgebaute Infrastrukturen haben. Als weiterer Punkt, der für die Vorlage spricht, sei erwähnt, dass wir die Gleichbehandlung aller obligatorisch versicherten Personen wollen, d. h. unabhängig vom Bestehen einer allfälligen zusätzlichen Versicherungsdeckung. Um das geht es, und nicht um die Einführung neuer sozialversicherungsrechtlicher Beiträge. Es kann doch nicht sein, dass die Versicherten von den Kantonen verschieden behandelt werden, je nachdem, ob eine Zusatzversicherung da ist oder nicht.

In den letzten Tagen hat man uns, der Kommission, vorgeworfen, die Kantone neu mit 1 bis 2 zusätzlichen Milliarden Franken belasten zu wollen. Dazu möchte ich heute Morgen lediglich sagen, dass dies in dieser Form nicht stimmt. Wir wollen Transparenz über die Mittelflüsse; die Höhe der heutigen Mittel zulasten der Kantone und Versicherer wollen wir nicht verändern und haben wir nicht verändert. Die in der

AB 2005 S 684 / BO 2005 E 684

Vorlage erwähnten 30 Prozent zulasten der Kantone entsprechen dem Gesamtbetrag, wie ihn die Kantone heute gemäss dem uns gerade auch von den Kantonen zur Verfügung gestellten statistischen Zahlenmaterial tatsächlich erbringen; das sind diese 30 Prozent.

Dieser Prozentsatz ist sicher im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses noch genauer zu berechnen, eventuell anzupassen. Im Übrigen – ich unterstreiche dies – bestimmt jeder Kanton in unserem Modell seinen Anteil letztlich selber. Aber es geht auch darum, das Modell bis zum Schluss durchzulesen.

So weit meine Bemerkungen. Ich bin davon überzeugt, dass wir auf dem richtigen Weg sind und der von uns eingeschlagene Weg eher und besser zum Ziel führt als erstens der Entwurf des Bundesrates, welcher nur einen Zwischenschritt macht, und zweitens der Vorschlag der Gesundheitsdirektorenkonferenz, welche nicht nur einen, sondern zwei Schritte zurück in die Zeit vor dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes von 1998 oder 1999 tun will.

Ich bitte Sie daher, auf die Vorlage einzutreten. Wenn Sie Rückweisung beschliessen wollen, dann höchstens mit dem Ziel, die konsolidierte Meinung der Kantone und nicht nur des Vorstands der Gesundheitsdirektorenkonferenz einzuholen. Wenn Sie von der Kommission eine einvernehmliche oder tragfähige Lösung – oder wie Sie das immer nennen wollen – mit den Kantonen verlangen bzw. eine Lösung, die dem Willen der Gesundheitsdirektorenkonferenz entspricht, dann ist die Vorlage so oder so gestorben. Dann machen wir eben so weiter, wie wir es während den letzten zehn Jahren gemacht haben.

Die Interessenlage ist in dieser Frage so konträr, dass es nie möglich sein wird, alle Akteure in allen Punkten zufrieden zu stellen. Es ist ja auch nicht so, dass wir nie mit den Kantonen gesprochen hätten; das Gegenteil ist der Fall. Wir haben verschiedene Gespräche geführt, wir haben auch verschiedene sogenannte Hearings durchgeführt.

Damit es eine Lösung gibt, müssen sich auch die Kantone bewegen. Ich bin damit einverstanden, die konsolidierte Meinung einzuholen, aber diesmal der Kantone und nicht bloss des Vorstands der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Versperren Sie uns deshalb nicht mit einer zu einschränkenden Formulierung des Rückweisantrages den Weg dazu, überhaupt eine Lösung zu finden.

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Vorerst komme ich einmal dem Wunsch von Kollege Leuenberger gerne nach und bekenne, dass ich keine Interessen zu deklarieren habe. Ich bin lediglich, wie Sie alle auch, versichert. Heute geht es darum, die Spitalfinanzierung, die bekanntlich mit falschen Anreizen dafür sorgt, dass die Spitalkosten höher als notwendig ausfallen, zu reformieren. Der Bundesrat will diesen Vorgaben mit einer integralen Planung im stationären Bereich und einer dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen entsprechen. Die Finanzierung soll über leistungsbezogene Pauschalen erfolgen.

Die Kommission hatte sich zum Ziel gesetzt – Sie haben es heute schon einige Male gehört –, über die Vorlage des Bundesrates hinauszugehen und neue Wege zu beschreiten. Sie ist damit in den vergangenen Tagen unter Beschuss geraten. In der Diskussion ging es dabei bis heute vor allem darum, die Differenzen der Konzepte zu markieren, dies ungeachtet der Tatsache, dass die Konzepte des Bundesrates und der Kommission



durchaus gemeinsame Elemente enthalten. Mit der Neuordnung verfolgen beide die gleichen Ziele: effizientere Spitalstrukturen, Beseitigung falscher Anreize, mehr Transparenz bei der Finanzierung der Leistungen und damit insgesamt tiefere Gesundheitskosten.

Nochmals: Konzentrieren wir uns doch in diesem schwierigen Feld zunächst einmal darauf, Gemeinsamkeiten zu betonen und nicht Differenzen hochzuspielen. Gemeinsam ist zum einen die Tatsache, dass künftig die Planung der Kantone im stationären Bereich integral erfolgen soll. Öffentliche Spitäler und private Spitäler sollen dabei gleichermassen in die Planung mit einbezogen werden. Die Kosten im Spital sollen künftig über Pauschalen oder Halbpauschalen finanziert werden. Künftig werden demnach Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt. Das System der Leistungsfinanzierung soll generell eingeführt werden, sodass Leistungen unter Berücksichtigung des Preis-Leistungs-Verhältnisses tarifiert werden können. Die Investitionskosten sollen bei der Tarifierung der Leistungen mitberücksichtigt werden. Beide Konzepte enthalten demnach unbestrittenenmassen neue Wettbewerbselemente.

Bei der Finanzierung allerdings, wo es um die Frage geht, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen sich Kantone und Versicherungen an den Spitalkosten beteiligen sollen, scheiden sich die Geister. Die Kommission will bei der Finanzierung zusätzliche Wettbewerbselemente einfügen. So sollen ambulant erbrachte und stationär erbrachte Leistungen künftig einheitlich abgerechnet werden. Das mögliche Interesse der Krankenkassen, ambulante Behandlungen rein aus rechnerischem Kalkül stationär abrechnen zu lassen, soll damit ebenso unterbunden werden wie dasjenige der Kantone, Patienten möglichst in privaten Kliniken behandelt zu wissen, weil die Kantone in diesem Fall keine Beiträge bezahlen müssen.

Das finanzielle Engagement der Kantone soll dabei – das wurde bereits von Kollege Schwaller dargelegt – im heutigen Umfang bestehen bleiben. Mit der Festsetzung einer gesamtschweizerischen Mindestbeitragsquote bei 30 Prozent der Kosten für die übernommenen Leistungen wird diese Vorgabe erreicht. Mit diesem Modell – das scheint mir wichtig – wird keine Kostenverschiebung, weder zulasten der Kantone noch zulasten der Versicherer, verursacht, dies im Gegensatz zur dual-fixen Finanzierung, wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wird. Mit der Finanzierung zu je 50 Prozent würde in jenen Kantonen, in denen der kantonale Beitrag an den stationären Bereich diesen Prozentsatz überschreitet, ein beachtlicher Prämien Schub ausgelöst. Der durchschnittliche Prämienanstieg würde gemäss Botschaft 7 Prozent betragen – in bestimmten Kantonen gar bis zu 20 Prozent. Das wollten wir in der Kommission nicht.

Zum Zweiten will die Kommission das Ziel "ein Kostenträger" schneller verwirklicht wissen als der Bundesrat. Zu diesem Zweck will sie bereits in dieser Vorlage einen Zwischenschritt in diese Richtung tun. Das Modell weist eine Ähnlichkeit mit der monistischen Finanzierung auf. Damit wird vermieden, dass alle Beteiligten ihre gesamten Rechnungssysteme zweimal umstellen müssen. Weder Leistungserbringer noch Kantone müssen sich vorerst auf das dual-fixe System einstellen, um dann nach wenigen Jahren ihre ganzen Systeme wiederum umstellen zu müssen.

Seit Jahren fordert die Politik – an vorderster Front die FDP und die CVP und meines Wissens auch nicht wenige Kantone –, dass das System "ein Kostenträger" endlich angegangen werden sollte. Nun, da die Kommission einen Schritt in diese Richtung gehen will, werden handkehrum wiederum alle Hebel in Bewegung gesetzt, um dies zu verhindern.

Seitens der Kantone wird geltend gemacht, das System sei untransparent und verhindere jegliche Kontrolle. Dieses Argument ist in meinen Augen nicht stichhaltig. Zum einen, da mit der Planung, den Leistungsaufträgen und den Fallpauschalen Strukturen geschaffen werden, die eine outputorientierte Leistungsfinanzierung erlauben. Zum anderen – so meine Meinung – ist das Interesse der Versicherer an wirtschaftlich erbrachten Leistungen genau dasselbe wie dasjenige der Kantone. Beide müssen bei hohen Rechnungen einen prozentual höheren Beitrag leisten. Die Kontrolle, egal ob in der Hand der Versicherer oder in der Hand der Kantone, wird letztlich im eigenen Interesse – eben der Versicherer und der Kantone – effizient angegangen werden. Wenn heute seitens der Kantone geltend gemacht wird, es sei intransparent, dann – da gehe ich mit Kollege Schwaller einig – denke ich, dass wir den Gedanken an lediglich einen Kostenträger gleich beerdigen können. In einem Punkt bin ich mir allerdings, nach all den Diskussionen, vor allem aber nachdem die Kantone zum Konzept der Kommission total in Opposition gegangen sind, nicht mehr sicher. Ich frage mich, ob wir mit unserer hehren Absicht

AB 2005 S 685 / BO 2005 E 685

einer integralen Planung durch die Kantone, das heisst, keine A- und B-Listen mehr zu erstellen, richtig liegen. Eine integrale Planung verlangt von den Kantonen eine gewisse Offenheit gegenüber dem Wettbewerbsgedanken. Wenn die Kantone bereit sind, nach ökonomischen Gesichtspunkten zu planen und nichtkonkurrenzfähige Strukturen auch tatsächlich aufzugeben, macht das Ganze Sinn und verstärkt die Wirtschaftlichkeit. Wenn die



Kantone ihre Mehrfachrolle aber trotz Artikel 39 Absatz 2, der besagt, dass private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind, dazu nutzen, unbeliebte Konkurrenten aus dem Verkehr zu ziehen, dann kann die Übungsanlage in eine gefährliche Richtung weisen. Es bleiben ineffiziente Strukturen bestehen, und zwar auf Kosten allfälliger effizienterer Spitäler.

Wollen die Kantone aus bestimmten Gründen, zum Beispiel aus regionalpolitischen Gründen, gewisse Strukturen erhalten, so steht ihnen dies, Kollege Hess, gemäss unserer Vorlage durchaus zu. Sie sind dann aber gefordert, die Kosten selber zu tragen. In dem Sinn können die Kantone also ihre Strukturen erhalten, wenn sie wollen, aber sie müssen sie dann halt finanzieren.

Nach all dem, was ich bisher seitens der Kantone gehört habe, hege ich wirklich Zweifel, ob die Kantone in der Lage sind, die ihnen in unserem Konzept zugedachte Rolle nutzbringend auszufüllen.

Ich bin der Meinung, dass das Konzept unserer Kommission in die richtige Richtung weist. Einige Probleme müssen aber, da gebe ich Ihnen Recht, noch einmal vertieft angegangen werden. Eine Rückweisung der Vorlage an die Kommission, wie sie von Ihnen vorgeschlagen wird, macht aber zumindest im Moment wenig Sinn. Ein zweijähriges Ringen, das zu einem einstimmig angenommenen Ergebnis geführt hat, erföhre eine erneute und unnötige Verzögerung. Vor allem, und das macht mir Probleme, scheint mir – im Wissen um die vielen Bemühungen der Subkommission, mit der GDK in ein Gespräch zu kommen – der Wunsch, sich mit der GDK zu verständigen, ein frommer Wunsch zu sein; es sei denn, und das ist die Voraussetzung, dass auch die GDK sich auf die Feststellung der Gemeinsamkeiten konzentriert und nicht einfach rundweg alles ablehnt, was aus der Kommission kommt. Denn wir können und wollen nicht hinter das seinerzeitige EVG-Urteil zurückgehen, das den Zusatzversicherten auf den Grundleistungen denselben Kantonsbeitrag zubilligt wie den OKP-Versicherten.

Ich ersuche Sie nochmals, die Kommissionsversion nicht einfach zu verdammen, und das wurde bis dato auch nicht so getan. Sie werden feststellen, dass wir versucht haben, innovativ zu sein, und ich bitte Sie, uns wenn nicht heute – falls Sie zurückweisen und eine neue Vernehmlassung machen wollen, gut so –, so doch später auf dem eingeschlagenen Weg zu folgen. Ich bin der Überzeugung, es ist die einzige Möglichkeit, aus den festgefahrenen Positionen ausubrechen.

In diesem Sinn bitte ich Sie um Eintreten.

Langenberger Christiane (RL, VD): Nous nous trouvons dans une situation que je qualifierais d'ubuesque; tous les partenaires de la santé font le même constat: les coûts de l'assurance-maladie continuent d'augmenter, et ceci malgré les cris d'alarme, et ils ont poursuivi leur ascension en 2004. Et pourtant, nous n'arrivons pas à nous mettre d'accord sur les mesures à prendre. Si je me réfère aux réactions suscitées par le projet de notre commission, la cacophonie est totale: Santésuisse applaudit; la FMH est aussi d'accord avec notre système; les cliniques privées estiment que nous allons dans la bonne direction, mais refusent l'attribution de la planification telle que nous l'avons prévue à l'article 39; "H+" partage cet avis, mais avec d'autres propositions; Economiesuisse soutient nos propositions, mais souhaiterait que l'on supprime la planification hospitalière cantonale; la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – on l'a répété et répété – refuse catégoriquement le financement moniste et dual fixe; et enfin, le Conseil fédéral est opposé à notre projet.

Pour ma part, n'étant pas membre de la sous-commission, il ne me reste qu'à tenter d'y voir clair dans les grandes lignes. Je rappelle simplement que dans son message de septembre 2004, il y a une année, sous les dispositions transitoires, le Conseil fédéral écrivait: "Comme déjà mentionné, le Conseil fédéral ne considère pas le financement moniste comme un objectif à court terme. Toutefois, le Conseil fédéral doit déjà soumettre une proposition au Parlement dans un délai de trois ans, afin de pouvoir imaginer un changement de système à moyen terme."

Dans le communiqué de presse de notre commission datant du mois suivant – octobre 2004 – nous relevions nos doutes par rapport au système dual fixe, estimant que la délimitation précise entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier s'estompait de plus en plus, l'envoi d'un patient dans un hôpital ou la durée de son séjour répondant à des considérations souvent économiques.

Nous demandions à l'administration de revoir le texte et d'y prévoir une égalité quant au financement entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Cette prise de position faisait suite à un long débat et des rencontres avec de multiples experts. Nos propositions actuelles n'ont donc rien de révolutionnaire; elles découlent de longues discussions.

Les défauts du financement dual fixe n'ont fait que se confirmer tout au long de nos débats. Ainsi, les conflits d'intérêts des cantons, l'absence de concurrence entre les hôpitaux, la distorsion des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire, ainsi que la pénalisation des modèles "managed care" ne disparaîtront pas. Le



financement paritaire, coûts d'investissement compris, de tous les hôpitaux inscrits sur les listes aurait pour conséquence des coûts considérables à charge des payeurs de primes. Vous-même, Monsieur le conseiller fédéral, n'êtes d'ailleurs pas opposé à un système moniste, mais vous souhaitez procéder par étape. Tout d'abord, vous voulez davantage de transparence en désengageant les cantons de la gestion directe des hôpitaux, et par là rationaliser le système avant de passer au système moniste.

Pour nous, et nous ne sommes quand même pas très éloignés, il nous paraît illusoire de vouloir imposer deux réformes complexes en quelques années. Les changements informatiques ou autres s'avèrent beaucoup trop lourds. Il faut donc opérer un choix raisonnable et l'effectuer en une fois.

Enfin, le modèle dual fixe est refusé par les cantons, nous l'avons entendu. La position des directrices et directeurs cantonaux de la santé signifie, quant à elle, le retour à un financement croisé massif de l'assurance de base par les assurances complémentaires. C'est contraire au jugement du Tribunal fédéral des assurances de 2001 et à la volonté du Parlement. Sans prétendre que notre modèle soit la panacée, il permet néanmoins:

1. l'égalité de traitement des prestations ambulatoires et stationnaires et, comme le souhaite le Conseil fédéral, l'égalité de traitement de toutes les personnes obligatoirement assurées, indépendamment d'une couverture d'assurance complémentaire;

2. l'égalité de traitement des prestations fournies par les hôpitaux publics et privés;

3. l'octroi de mandats de prestations en laissant le soin aux cantons de régler quelles prestations d'intérêt général les hôpitaux doivent fournir.

La Conférence des gouvernements cantonaux estime que les cantons sont réduits à de simples offices de paiement ne pouvant pas influencer sur l'offre de prestations et sur les coûts imputables. Or, il semblerait tout de même qu'avec l'article 39 concernant la planification, tel que proposé par le Conseil fédéral et la commission, les cantons soient en mesure d'influencer l'offre – encore que notre solution soit perfectible, car le risque est grand que les cantons privilégient, pour des raisons politiques, culturelles, institutionnelles, leurs hôpitaux publics lors de l'établissement des listes d'hôpitaux et de l'octroi de mandats de prestations. Il se pourrait que les hôpitaux privés soient évincés de la concurrence, ce qui serait une erreur.

AB 2005 S 686 / BO 2005 E 686

Quant à l'indemnisation axée sur les prestations avec forfait par cas, les assureurs ont tout intérêt à obtenir des tarifs économiques sans compromettre la qualité.

Avec un renforcement du système de compensation des risques tel que nous le préconisons, nous limitons aussi quelque peu l'incitation à la sélection de bons risques et préparons le terrain de la prise en compte des organisations de "managed care". Et je cite à cet égard l'étude du bureau BASS publiée en 2002 par l'OFAS – et cela est une réponse à Monsieur Leuenberger: "La compensation des risques constitue effectivement aujourd'hui un obstacle à la diffusion des modèles de 'managed care'. Le fait, d'une part, que la compensation des risques est rétrospective et d'autre part, que l'état de santé des assurés n'est pas pris en compte, est responsable de ce phénomène. Mais il ne faut pas croire qu'une modification de la compensation des risques suffira à elle seule à assurer une large diffusion des modèles de 'managed care'. D'autres obstacles doivent aussi être levés, comme le financement dual des hôpitaux et l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire."

Il me semble véritablement que dans l'ensemble, nos propositions forment ainsi un tout cohérent et vont dans la bonne direction, même si elles sont susceptibles d'être améliorées. En ce qui concerne le retour de ce travail à la commission, je partage un peu l'avis de Madame Forster: je doute de notre possibilité de trouver une entente avec les cantons. Néanmoins, dans des discussions individuelles avec certains directeurs cantonaux, il est possible que ce système moniste quelque peu transformé puisse obtenir quand même au moins leur écoute et que nous trouvions un terrain d'entente. Il est indispensable que nous le trouvions sur la base de ce système cohérent que nous avons formulé. Je doute fort, sinon, que la commission revienne en arrière, soit au système ex ante.

Jenny This (V, GL): Obwohl Mitglied der Kommission, neige ich nach heutigem Wissensstand ebenfalls dazu, diese Vorlage an die Kommission zurückzuweisen. Es besteht heute also eine verdächtige und seltsame Eintracht zwischen mir und Kollege Leuenberger; das wird dann morgen definitiv nicht der Fall sein. Ich möchte mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen der Kommission in aller Form dafür entschuldigen, dass ich diesen Rückweisungsantrag nicht bereits in der Kommission gestellt habe. Aber erstens habe ich die ganze Übung etwas unterschätzt, und zweitens habe ich in meiner endlosen Güte allzu stark meinen geschätzten Kolleginnen und Kollegen der Subkommission und Gurus auf diesem Gebiet vertraut, die – auch das muss ich sagen – ansonsten ohne Fehl und Tadel arbeiten.



Diese Vorlage – zu diesem Eindruck komme ich heute zumindest – ist in der Zwischenzeit ein wenig versicherungslastig geworden, um dies vorsichtig auszudrücken. Wieso sollen wir heute eine solche Vorlage gegen die fast geschlossene Front der Kantonsregierungen durchboxen? Was soll ich denn als kleiner Milizler gegenüber der geballten Kernkompetenz der Sanitätsdirektoren sagen? Ich will ihnen keinen Persilschein ausstellen – absolut nicht! –, aber einbinden bei einer so wichtige Vorlage müssten wir sie zumindest. Nicht sicherer macht mich natürlich auch der Umstand, dass der Bundesrat mit all seinen Fachexperten diese Vorlage ebenfalls ablehnt; auch hier Leute, die es eigentlich wissen müssten, mindestens so gut wie meine Wenigkeit.

Gesamthaft betrachtet sind das also miserable – miserable – Voraussetzungen für eine derart gewichtige Vorlage. So, wie ich es verstehe, führt unser Kommissionsmodell auch dazu, dass Gelder der öffentlichen Hand letztlich ohne direkte Steuerungsmöglichkeiten ebenfalls zu gewinnorientiert arbeitenden Spitälern und Ärzten fließen. Aber offenbar – und das ist ja der Trugschluss – wollen diese Privatspitäler das gar nicht. In der Schwarzwaldklinik haben die kein Interesse, mich in meinem Strassenanzug und mit meinem abgewetzten Koffer zu empfangen! Die wollen unter ihresgleichen sein, die wollen sich abheben. Was wollen wir also denen Gelder zufließen lassen, die es ja gar nicht wollen? Wo ich auch hinhöre: Unser Modell steht massiv im Gegenwind. Unter solchen Voraussetzungen ist ein derartiger Systemwechsel nie und nimmer durchsetzbar. Wir wären also gut beraten, unsere Vorschläge und vor allem auch die Anliegen der Kantone in der Kommission nochmals durchzuberaten. Es stellen sich nämlich tatsächlich einige Fragen: Weshalb sollen sich die Kantone plötzlich an den Ärztekosten im ambulanten Bereich beteiligen? Warum sollen die Privatversicherten neu mit 1 bis 2 Milliarden Franken begünstigt werden? Kollegin Forster kann mich nachher ergänzen und selbstverständlich Anmerkungen anbringen, da habe ich überhaupt nichts dagegen. Was sind die Beweggründe dafür, dass die Kantone mitzahlen sollen, obwohl die Privatspitäler nicht in ihrem Kompetenzbereich liegen? Die gewinnorientierten privaten Spitäler sind ja ohnehin lukrativ und benötigen keinerlei Staatsbeiträge. Wollen wir ihnen etwas aufzwingen? – Das ist natürlich auch die Meinung des Bundesrates. Das Verständnis habe ich nicht.

In dieser gesundheitspolitischen Landschaft sind einige Fragen tatsächlich erlaubt, und diese Fragen lassen es ratsam erscheinen, dass die genannten Aspekte nochmals einer eingehenden Prüfung unterzogen werden. Ich weiss, meine Kollegen sagen jetzt, ich hätte das ja in der Kommission sagen können; ich habe es nicht gemacht. Aber gescheiter werden ist ja auch für mich erlaubt.

Tatsache ist, dass die Schweiz weltweit die höchsten Spitalkosten aufweist. Ein wettbewerbsorientiertes Modell sollte die Vertragsfreiheit sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich beinhalten, dies selbstverständlich auch bei den Fallpauschalen.

Fazit: In der vorliegenden Form überzeugt weder das Modell des Bundesrates noch dasjenige unserer Kommission, aber auch nicht die "reine Lehre" der Kantonsregierungen. Deshalb wäre es ratsam, dass sich diese drei Gruppen nochmals zusammensetzten und nach tragfähigen Lösungen suchten. Vernehmlassungen allein reichen nicht aus, wie das Kollege Hess gesagt hat. Ich wäre dankbar, wenn ich diesen Leuten im gleichen Raum zuhören könnte, und dann kann man abwägen. Vernehmlassungen haben wir gehabt.

Ich beantrage Ihnen, diese Vorlage an die Kommission zurückzuweisen.

Heberlein Trix (RL, ZH): Meine Interessenbindung vorab: Ich habe es wie Herr Wicki, ich bin zum Glück gesund; ich habe aber seit Jahren auch Prämien für Zusatzversicherungen bezahlt; und als Prämienzahlerin habe ich auch den Anspruch, dass für mich, wenn ich einmal in einem Spital gepflegt werden muss, auch der Grundversicherungsanteil gezahlt wird. Herr Jenny, damit werden nicht die Privatspitäler subventioniert, sondern die Spitäler erhalten einen Beitrag aus der Grundversicherung an die Leistungen, die für den Patienten erbracht werden. Das müsste auch in Ihrem Verständnis ein Grundrecht sein: Alle Patienten, unabhängig von der Versicherungsstruktur, die sie haben, werden gleich behandelt, wenn sie sich in einem Spital mit Leistungsauftrag eines Kantons aufhalten.

Aber angesichts der Vorwürfe, die jetzt von verschiedenen Seiten gegen das Modell der Subkommission mit einer Leistungsabgeltung im stationären und im ambulanten Bereich gerichtet werden, insbesondere von der Gesundheitsdirektorenkonferenz, müsste man sich eigentlich schon fragen: Haben wir bis jetzt eigentlich eine so schlechte Gesetzgebung gehabt? Wollen wir eine unbegrenzte Ausweitung der Leistungen? Wollen wir eine unkontrollierbare Kostenentwicklung? Wir machten uns als Kommission für dieses Modell stark und mussten uns diese Vorwürfe auch vom zuständigen Departementschef anhören.

Die Kommissionspräsidentin hat Ihnen die Grundzüge der Vorlage erläutert. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass unser Parlament, und zwar in beiden Kammern, ganz klar einen Richtungsentscheid gefällt hat, der darauf abzielt, eine einheitliche, leistungsabhängige Finanzierung für stationäre und für ambulante Leistungen zu erreichen. Gemäss Vorlage, welche seinerzeit im Parlament gescheitert ist, wurde



AB 2005 S 687 / BO 2005 E 687

ein schrittweises Vorgehen geplant, wie das auch der Bundesrat in seinem jetzigen Vorschlag wieder vorsieht. Ziel war es, eine entsprechende Vorlage innerhalb von drei Jahren an das Parlament weiterleiten zu können; davon sind jetzt bereits zwei Jahre verstrichen. Weil die Zielsetzung klar und allgemein akzeptiert wurde, waren wir der Meinung, dass sich ein zweimaliger Aufwand nicht lohne. Dieser Meinung sind übrigens auch sämtliche Leistungserbringer, die sagen, der Aufwand einer zweimaligen Umstellung sei unendlich gross und der Nutzen sehr klein. Diese Zwei-Schritte-Prozedur erachteten wir daher als sinnlos, umso mehr, als wir uns, wie ich gesagt habe, in der Zielsetzung klar einig waren. Wir sind uns bewusst, dass unser Modell vielleicht nicht perfekt ist und dass noch einige Fragen offen sind, aber wir sind von der Richtung überzeugt.

Nun zu einigen Einwänden der Kantone:

Wenn uns vorgeworfen wird, die Zahler – und als das verstehen sich die Kantone, dabei zahlt der Bund doch auch einen rechten Anteil – hätten kaum mehr Einfluss auf den Umfang der Leistungen und keinen Zugang zu Daten, so ist dem entgegenzuhalten, dass das Gegenteil der Fall ist. Gerade die Kantone sind es, die die Planung zu machen haben und auch umzusetzen hätten, eine Arbeit, die viele von ihnen noch nicht gemacht haben, die mir aber – Erika Forster hat das ebenfalls erwähnt – in vielen Belangen äusserst weitgehend scheint; lesen Sie Artikel 39 Absatz 1 Litera d. Die ausgedehnte Planungskompetenz der Kantone lässt nur jenen Kantonen respektive jenen Gesundheitsdirektoren Raum für private Angebote, die das auch wollen. Es kann daher für Privatspitäler schwerwiegende Konsequenzen haben, wenn die Kantone die Planung integral erstellen müssen und die heutigen A- und B-Listen keinen Platz mehr haben. Es sind für diese Institutionen Leistungskapazitäten und Höchstkazitäten festzulegen. Mit den abgeltungsbedürftigen Leistungsaufträgen für die Versorgung der Bevölkerung können die Kantone Auflagen verbinden. Ich kann also nicht verstehen, weshalb sie sagen, sie gäben sämtliche Kompetenzen aus der Hand. Bei der Festlegung dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist auch kein Rechtsweg mehr möglich, wie das heute der Fall ist.

Also noch einmal: Die Beiträge gehen nicht an die Privatspitäler, sondern die Kantone erteilen Leistungsaufträge im Rahmen der Bedürfnisse, die sie haben. Die Kritik, die Kantone seien nur Zahlstellen und hätten keinerlei Kontrolle über Anzahl und Umfang der Leistungsanbieter und der Leistungen, ist daher im stationären Bereich sicher nicht gerechtfertigt. Ob und wie stark sie dies im ambulanten Bereich mit der Praxiszulassung wahrnehmen wollen, ist ihnen ebenfalls überlassen. Diese Kritik hätte auf der einen Seite allenfalls eine gewisse Berechtigung, aber auf der anderen Seite auch wieder das Gegenteil zur Folge, wenn wir gleichzeitig die Vertragsfreiheit im stationären und im ambulanten Bereich einführen. Konsequenterweise ist diese anzustreben. Der Grundsatz, wonach private Anbieter angemessen zu berücksichtigen sind – welcher ebenfalls im KVG enthalten ist –, ist im Rahmen dieses geänderten Rechtes mit einzubeziehen. Auch die Kantone haben sich dem Wettbewerb zu stellen, und als Richter in eigener Sache fällt ihnen dies oft schwer.

Die Versuchung, ihre eigenen Spitäler, die öffentlichen Spitäler, zu berücksichtigen und die privaten nicht – ohne Rücksicht auf Qualität und Angebot der Leistungen, auch ohne Rücksicht auf Preise –, ist sehr gross. Für das Schicksal der Vorlage ist es aber entscheidend, dass eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Kantonen gefunden werden kann.

Das von den Kantonen vorgeschlagene Modell trägt diesen Überlegungen keinerlei Rechnung, denn – wir haben es mehrmals gehört – es ist ein Modell, das einige Schritte zurückgeht: hinter das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes und zur Situation der Vor-KVG-Zeiten. Wenn man konsequent wäre, müsste man sich dann ja auch fragen: Gehen wir wieder vom Obligatorium weg? Denn weshalb soll sich jemand obligatorisch versichern lassen, wenn ihm der Grundversicherungsbeitrag dann nicht gutgeschrieben wird? Ich denke, das wäre dann die Konsequenz, welche die Kantone auch zu ziehen hätten. Im Übrigen ist es nicht etwa so, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz ihr Modell einstimmig verabschiedet hat. Es gibt Gesundheitsdirektoren, welche es vehement ablehnen; es gibt Gesundheitsdirektoren, welche eine andere Lösung anstreben; und es gibt solche, die das Modell wollen – aber dann eben auch die Konsequenzen zu ziehen hätten.

Festzustellen ist, dass die Kommission nach einer zukunftsgerichteten Lösung gesucht hat. Sie will die heutigen falschen Anreize des Finanzierungsmodells beseitigen. Sie will ambulante und stationäre Leistungen gleich behandeln, auch dies ein Anliegen, dessen Umsetzung bereits in der gescheiterten KVG-Revision klar angestrebt wurde. Die Kommission will eine Kostenbeteiligung der Patienten und Beiträge der Kantone, und Bundesrat und Kommission wollen eine Gleichbehandlung der in öffentlichen und privaten Spitälern erbrachten Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz. Bundesrat und Kommission wollen die Gleichbehandlung aller obligatorisch Versicherten. Ich glaube, in diesen Punkten sind wir uns alle einig, dies im Gegensatz zur Gesundheitsdirektorenkonferenz – oder zur öffentlich geäußerten Meinung der Gesundheitsdirektorenkonferenz



renz.

Die Finanzierung über leistungsbezogene Fallpauschalen soll im ambulanten und im stationären Bereich erfolgen. Dass Leistungen und nicht einfach Angebote bezahlt werden, scheint mir selbstverständlich zu sein. Der wesentliche Unterschied – wir haben es gehört – besteht in der Finanzierung. Die Kommission will eine wettbewerbsorientierte, leistungsbezogene Finanzierung. Über den Begriff Monismus kann man sich streiten, hier gibt es verschiedene Interpretationen. Dass das Modell 30/70 nicht ein Monismus in Reinform ist, ist auch klar.

Die Kommissionsmitglieder sind aber davon überzeugt, dass dieses Modell ohne zusätzlichen administrativen Aufwand funktionieren kann. Ich möchte Herrn Jenny jetzt ausnehmen, er ist anscheinend nicht mehr davon überzeugt. Wir unterbreiten Ihnen diese Vorlage im Wissen darum, dass sie wahrscheinlich nicht perfektioniert ist, aber wir waren der Meinung, dass wir endlich mal einen Schritt weiter kommen müssen. Wir haben in den letzten Jahren in dieser Gesetzgebung genügend abgelehnte Vorlagen und genügend Rückschritte gehabt. Wir sind als Parlament, das möchte ich auch feststellen, unglaublich, wenn wir uns nicht zusammenraufen können.

Wir haben die Kantone angehört. Ich weiss nicht, ob Herr Jenny nicht dabei war, aber wir haben sie in der Subkommission angehört, wir haben sie in der Gesamtkommission angehört, wir haben Papiere von ihnen erhalten. Ich denke, die Gesundheitsdirektorenkonferenz kann nicht sagen, wir hätten sie nicht angehört. Wenn heute eine Rückweisung vorgenommen würde, so müsste sie mit dem klaren Auftrag verbunden sein, dass alle Player, auch die Kantone, nach konstruktiven Lösungen suchen, die nicht auf Zeiten vor dem Versicherungsgerichtsurteil zurückgehen. Es geht darum, dass wir alle eine leistungsbezogene Finanzierung wollen, dass wir nicht einfach mehr Beiträge an Institutionen wollen, dass wir eine zukunftsgerichtete Gesetzgebung machen. Das wäre mein Wunsch. Wenn wir Rückweisung beschliessen, dann nicht einfach in dem Sinne, dass wir uns jetzt einmal mehr hinter diese Vorlage setzen und letztendlich dann wieder ein Scheitern provozieren. Wir werden immer Widerstände haben, die Interessen sind zu gross, in jeder Hinsicht. Dies wäre deshalb mein Wunsch, sollten wir Rückweisung beschliessen.

Ich möchte Ihnen beantragen einzutreten und Sie bitten, sich die Vorlage dann auch wirklich mal anzusehen und sich nicht einfach auf die Meinung verschiedener Leute zu stützen, die sich nicht intensiv mit der Materie beschäftigt haben.

Brändli Christoffel (V, GR): Kollege Leuenberger hat den Rat einleitend – ich überzeichne ein wenig – eingeteilt in Interessenvertreter und Leute, die wenig von dieser Materie verstehen. Ich bitte um Nachsicht, dass ich als Präsident von

AB 2005 S 688 / BO 2005 E 688

Santésuisse und Mitglied der SGK-Subkommission, die "ansonsten" gemäss Kollege Jenny seriös arbeitet, doch einige Bemerkungen anbringe.

Nachdem vor zwei Jahren ein Gesamtpaket gescheitert ist, hat der Bundesrat vorgeschlagen, die einzelnen Revisionspunkte des KVG in Einzelpaketen vorzulegen. Das wurde akzeptiert, und in der Zwischenzeit haben wir verschiedene Schritte – allerdings nicht die grossen Schritte – erfolgreich abgeschlossen.

Als nächste Schritte stehen unter anderem Spitalfinanzierung als zentrales Element, Pflegeversicherung, Vertragsfreiheit und Managed Care an. Es kommen also noch grosse Brocken auf uns zu, die zu bearbeiten sind. Je nachdem, wie es uns gelingt, hier wirkliche Reformen durchzusetzen oder nicht, werden die Probleme mit den steigenden Prämien grösser oder kleiner sein.

Nun sehen wir, dass wir bereits beim ersten grossen Brocken, der Spitalfinanzierung, einige Probleme haben. Ich möchte daran erinnern, dass im Jahre 2002 beim ersten Gesamtpaket bereits eine Übergangsbestimmung aufgenommen wurde, welche vorsah, innert fünf Jahren zum Monismus überzugehen. In der jetzigen Vorlage des Bundesrates – das muss man auch in Erinnerung rufen – steht bei den Übergangsbestimmungen zum dual-fixen Modell, dass innert drei Jahren eine Vorlage betreffend den Übergang zum Monismus eingebracht werden soll. Es ist offensichtlich so, dass man mittelfristig zu einem monistischen System gelangen will, und die Kommission hat sich aufgrund dieser Ausgangslage zu Recht die Frage gestellt, ob es Sinn mache, auf ein dual-fixes System umzustellen, das sehr viele Probleme beinhaltet. Es gibt Kantone, in denen nach dem Modell des Bundesrates die Prämien um 20 bis 30 Prozent erhöht werden müssten. Macht es Sinn, jetzt diesen Zwischenschritt zu tun und in drei Jahren auf das monistische System umzustellen?

Aus diesen Überlegungen hat man gesagt, wenn man das schon wolle, mache es doch Sinn, in einem direkten Schritt zu diesem System zu gelangen. Entsprechend haben wir dann die Vorlage des Bundesrates auch angepasst. Dabei vertrat die Kommission die Auffassung – es ist natürlich ein innovatives Modell –, man solle



diese in der Kommission doch klar verabschiedete Vorlage hier im Rat behandeln und dann zur weiteren Bearbeitung in den Nationalrat bringen. Aufgrund der Anträge besteht jetzt offenbar die Absicht, nochmals darüber zu diskutieren. Man kann natürlich diese vertiefende Arbeit bei uns machen; es sind beide Lösungen denkbar.

Mich macht es dann etwas stutzig, wenn man sagt, man müsse mit den Kantonen eine tragfähige Lösung suchen. Das tönt nach faulem Kompromiss. Wir brauchen eine Reform, wir brauchen keinen faulen Kompromiss. Ich merke an der Diskussion, dass die Vorlage eigentlich fast zu gut ist, um in der schweizerischen Politik Erfolg zu haben. Sicher darf die Lösung nicht das GDK-Modell sein, das – es wurde gesagt – zwei Schritte rückwärts macht, das zu massiven Verlagerungen des steuerfinanzierten Teils in den prämierten Teil führt. Wir wehren uns grundsätzlich gegen jede Lösung, die zu weiteren Prämienhöhungen führt. Das ist heute nicht mehr zu verantworten; wir müssen hier also finanzierungsneutrale Lösungen suchen.

Wir werden sicher eine Lösung suchen müssen, wenn das Geschäft zurückgewiesen wird. Das wird schwierig sein. Die Spitalkosten explodieren; das müssen Sie auch zur Kenntnis nehmen. 40 Prozent der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen kommen von der Spitalfinanzierung her. Wir können es uns doch nicht leisten, einfach bei diesem System zu bleiben und so weiterzumachen und dann jedes Jahr zu jammern, dass die Prämien steigen. Das kann nicht sein.

Und dann spricht man von Transparenz. Die Kantone sagen: Wir brauchen mehr Transparenz! Schauen Sie sich an, wie heute die Spitäler finanziert werden: Da gibt es Sponsorenbeiträge, Defizitdeckungen, Investitionsbeiträge, Betriebsbeiträge, Beiträge der Krankenkassen. Kein Mensch kommt in diesem Chaos zurecht. Wir schlagen Ihnen jetzt eine Lösung mit einem Finanzfluss vor, der von verschiedenen Seiten gespeist wird. Was wollen Sie mehr an Transparenz schaffen? Wenn Sie den Ist-Zustand mit der vorliegenden Lösung vergleichen, dann ist diese Lösung sicher transparenter. Sie macht auch gewisse Dinge in Bezug auf Effizienz klar, in Bezug darauf, wie einige Betriebe arbeiten.

Wir müssen die Rechtsgrundlage für die Fallpauschalen schaffen. Gut, vielleicht ist das auch nicht so zwingend; da hinken wir der Wirklichkeit schon hintennach. Die Fallpauschalen werden unabhängig von dem, was wir hier tun, eingeführt. Aber man muss das im Gesetz bereinigen. Wir müssen das endlose Problem öffentliche Spitäler/Privatspitäler lösen. Herr Jenny, es geht nicht um die Subventionierung der Privaten. Wenn man gezwungen wird, als Grundversicherter in einer obligatorischen Versicherung mitzumachen, dann hat jeder Grundversicherte das gleiche Recht. Und das heisst: Ein Teil wird steuerfinanziert, und ein Teil wird über die Prämie finanziert.

Es kann doch nicht sein, dass man jemandem sagt, jetzt bekäme er nichts mehr von der Grundversicherung, weil er irgendetwas Zusätzliches versichert. Dieses Problem müssen wir lösen. Es ist auch klar, dass es nicht darum geht, alle Privatspitäler zu finanzieren – Frau Heberlein hat es gesagt. Aber die Kantone sind verpflichtet, so viele Privatspitäler auf die Liste zu nehmen, dass die Grundversorgung sichergestellt ist. Heute haben wir Kantone, die es "erlickt" haben. Sie heben die öffentlichen Spitäler auf; die Leute müssen dann in die Privatspitäler, und die Kantone nehmen die Privatspitäler nicht auf die Liste. Dann müssen die Krankenkassen alles bezahlen, und die Kantone können sich ihrer Zahlungspflicht entledigen. Dieses Problem muss gelöst werden. Der Patient sollte dorthin gehen, wo es am vernünftigsten ist – ambulant oder stationär. Heute gibt es ein Hin- und Herschieben aus finanzpolitischen Gründen. Dieses Problem hätten wir hier, so meine ich, gelöst. Zur Versorgungssicherheit: Herr Hess, es stimmt natürlich überhaupt nicht, dass die Krankenversicherungen die kostengünstigsten Lösungen wollen. Für die Krankenversicherer ist es klar, dass die Qualität im Vordergrund steht. Es braucht vernünftige Preise, und es braucht eine gute Qualitätskontrolle. Das sage ich nicht einfach so. Eine gute Qualität führt zu gesunden Leuten, und es gibt für die Versicherungen nichts Besseres als gesunde Leute. Deshalb müssen Sie mir das einfach glauben: Wir wollen gesunde Leute, und deshalb wollen wir eine hohe Qualität im Gesundheitswesen.

In den letzten Tagen wurde kritisiert, dass hier die Vertragsfreiheit nicht integriert sei. Wir haben uns doch vor einem Jahr geeinigt, dass wir jedes Thema für sich behandeln wollen. Der Bundesrat hat dieses Konzept entwickelt, und er hat auch gesagt: Jetzt machen wir die Spitalfinanzierung; die Vertragsfreiheit kommt in einer separaten Vorlage.

Wir sollten jetzt bei der Konzeption bleiben, wie sie aufgegleist ist, und das Fuder nicht mit Zusatzthemen überladen. Ich habe den Eindruck, dass man hier und da einfach Argumente sucht, um Nein zu sagen. Das ist ja in der schweizerischen Politik eine Spezialität, wenn man Erfolg haben will. Aber in dieser Art kommen wir nicht voran.

Handlungsbedarf besteht; ich bitte Sie einzutreten. Ich habe natürlich Verständnis, dass hier die grosse Mehrheit eine Rückweisung der Vorlage will. Wir werden prüfen müssen, was machbar ist. Aber es scheint mir, dass wir hier schon rasch handeln müssen, wenn wir vorankommen wollen und vor allem irgendwann einmal etwas



spüren wollen, das gegen die Prämien erhöhungen wirkt.

Stähelin Philipp (C, TG): Seit Anbeginn war die Spitalfinanzierung Stein des Anstosses des total revidierten KVG. Für viele, die sich vor nunmehr zehn Jahren gegen das neue Gesetz stellten, war allein diese nach wie vor intransparente, wettbewerbsverzerrende, falsche Anreize setzende und unter dem Strich kostentreibende dualistische Finanzierung der stationären Behandlung im Spital der Hauptgrund für das Nein. Ich gehörte auch dazu und habe leider Recht behalten.

AB 2005 S 689 / BO 2005 E 689

Bei der KVG-Revision bzw. dem nun gewählten paketweisen Vorgehen kommt dem Neukonzept der Spitalfinanzierung eine Schlüsselrolle zu. Dies insbesondere deshalb, weil weitere Revisionsteile, wie etwa die Bereiche Managed Care, Vertragsfreiheit oder Pflegeversicherung, ganz entscheidend vom Lösen der Knoten der bisherigen dualen Finanzierung abhängen, ja, ebenfalls Bastelübungen bleiben, wenn die Finanzierung von stationärer und ambulanter Behandlung weiterhin jeweils unterschiedlich aufgezümt wird. Der Hebel von Managed Care funktioniert nur zur Hälfte, wenn die duale Finanzierung bleibt, und die Vertragsfreiheit ist für den stationären Teil ausgeschlossen. Der Entscheid hin zur Gleichbehandlung der stationären und der ambulanten Leistungen tut Not und ist nach zehn Jahren Diskussion überfällig, sonst bleibt beinahe alles blockiert, davon bin ich überzeugt.

Zwar sollen neben diesem Systementscheid die beiden weiteren Ansätze der Vorlage nicht vergessen werden, aber dazu brauchte es eigentlich gar keine Gesetzesänderungen. Der Übergang von der bisherigen objektbezogenen, auf die Kosten ausgerichteten Regelung hin zu einer leistungsbezogenen, outputorientierten Finanzierung ist weitgehend unbestritten. Bereits ist ja auch die Einführung von Fallpauschalen und des Swiss-DRG-Systems – DRG steht für Diagnosis Related Groups – im Gange. Gerade dies zeigt aber auch, dass hier die vom Bundesrat vorgeschlagene und von der Kommission übernommene Regelung zwar sinnvoll und zweckmässig ist, Fallpauschalen, DRG und Leistungsbezug aber durchaus schon heute und ohne Gesetzesänderung eingeführt werden können. Allerdings sind hierbei die steten Streitereien zwischen Kantonen und Versicherern ein Hemmschuh, der aber wiederum mit der dualen Spitalfinanzierung zusammenhängt. Der schwarze Peter lässt sich ja bisher trefflich hin- und herschieben, und über den richtigen Anteil des jeweiligen Finanzierungsanteils kann unendlich gestritten werden.

Ich verschweige nicht, dass die dual-fixe Finanzierung, wie sie der Bundesrat hier nun mit einem festen Teilungsschlüssel vorschlägt, eine Verbesserung bedeutet. Ich gestatte mir aber gleichzeitig den Hinweis, dass der Bundesrat, wiederum aufgrund des geltenden Gesetzes, eine feste "50-zu-50-Prozent-Regel" schon lange hätte durchsetzen können. Die Kantone wollen das durchaus und haben das mit ihren Taxentscheiden auch angezeigt. Der Bundesrat hat diese Möglichkeit aber mit seiner unseligen Beschwerdepraxis zu den kantonalen Taxentscheiden – mit den Abzügen zulasten der Kantone – bisher verpasst. Ich habe es insbesondere nie begriffen, dass den Kantonen ein höherer Anteil aufgebürdet wurde, da das Rechnungswesen, so die Argumentation, ihrer öffentlichen Spitäler zu wenig transparent sei. Vor allem, wenn dies Kantone betrifft, die ihre ehemaligen Kantonsspitäler verselbstständigt haben – ich sage dies als Verwaltungsrat der Spital Thurgau AG –, macht dies keinerlei Sinn; es hemmt aber zudem die positive Entwicklung Richtung Ausgliederung der Kantonsspitäler aus der allgemeinen Verwaltung.

Ebenso bringen die vorgeschlagene gesetzliche Regelung des Einbezugs von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten und die konsequente Handhabung der Spitalisten bezüglich Privatkliniken im Grunde genommen wenig Neues. Es wird lediglich der Praxis des EVG Rechnung getragen und die vom Parlament im hohen Einverständnis mit den Kantonen getroffene gesetzliche Übergangslösung abgelöst. Hier habe ich zwar durchaus Verständnis für die Haltung der Kantone, die zum Status quo ante zurückkehren und die Entscheide des EVG ignorieren möchten – es kostet sie schliesslich gegen eine Milliarde Franken. Aber lässt sich ein solcher Schritt tatsächlich noch verantworten? Wenn wir die schöne Grafik auf dem noch schöneren Glanzpapier auf Seite 2 der Broschüre der GDK betrachten, die wir alle erhalten haben, dann stellen wir fest, dass das Urteil des EVG in punkto Rechtsgleichheit – ich beschränke mich auf den einschlägigen linken Teil dieser Grafik, man sieht es mit einem Blick – schon einiges für sich hat.

Die Vorschläge der GDK erschöpfen sich im Übrigen in dieser Einschränkung kantonaler Mitfinanzierung auf die sogenannte allgemeine Abteilung ihrer Spitäler mit Leistungsauftrag. Der Problemkreis der ambulanten und der stationären Behandlung mit ihren Fehlanreizen wird ausgelassen.

Hier wird hingegen auf scharfen Angriff gefahren; keine Aktion, Reaktion! Ich gestehe, dass ich die Vehemenz auch etwa des Briefes, den wir vom Leitenden Ausschuss der KdK sowie den Vorständen der Gesundheits- und der Finanzdirektorenkonferenz erhalten haben, nicht ganz begreife. Ich war seinerzeit sinnigerweise Mitglied



aller dieser drei Gremien, und zumindest bei den Finanzdirektoren habe ich jeweils viel Verständnis und Unterstützung für die Gleichbehandlung von stationärer und ambulanter Behandlung gefunden. Ich habe also heute durchaus Bauchweh und kann mir auf diese Postillen, die wir erhalten haben, nur so einen Reim machen, dass sie von Vorständen stammen, die zudem – wie ich gehört habe – nur Zirkularbeschlüsse gefasst haben. Offenbar haben sich hier noch nicht alle Beteiligten vertieft mit der Problematik auseinander gesetzt.

Dem Finanzierungsmodell der Gesundheitsdirektorenkonferenz selbst sollen nach Mitteilung eines Gesundheitsdirektors wenigstens neun Kantone ablehnend oder mit Vorbehalten gegenüberstehen. Mein eigener Kanton Thurgau, dessen Finanz- und Gesundheitsdirektor sich klar und öffentlich zugunsten der Linie der ständerätlichen Kommission geäußert hat, ist nicht einmal dabei. Zudem dürfte für die Finanzdirektorenkonferenz der fälschliche Passus des zitierten Schreibens entscheidend sein, wonach der Systemwechsel hin zu einem Kantonsanteil an sämtliche KVG-Leistungen für Kantonsbewohner zu kantonalen Mehrkosten von 2,2 Milliarden Franken führen würde. Dem ist nun aber keineswegs so; wir haben es gehört. Vielmehr wird ein möglichst finanzneutraler Übergang angestrebt. Insbesondere darf die gesamtschweizerische Mindestquote von angenommenen 30 Prozent Kantonsanteil von jenen Kantonen ja unterschritten werden, deren Prämienhöhe unter dem schweizerischen Schnitt liegt. Tatsächlich werden deshalb nur ganz wenige Kantone zu einer schrittweise höheren Subventionierung verpflichtet. Der Thurgau – ich nehme wieder meinen eigenen Kanton, er eignet sich nämlich gut dafür – wird entsprechend mit einem Betreffnis von rund 17 Prozent weiterhin zuunterst auf der Liste figurieren und gleichzeitig tiefe Prämien genießen. Unsere Regierung sieht hier den Puck und tritt für den Systemwechsel ein; ich sage es noch einmal. Dies nicht zuletzt, um auch die Gesprächskultur mit den Krankenkassen zu entlasten.

Ich gestatte mir hier den Hinweis, dass die bisherige Unkultur der ewigen Reibereien der Sache nicht dient; ich wirke deshalb persönlich in der Gesprächsrunde der "caisse mutuelle" mit.

Die Bestrebungen der Kantone und Versicherer sollen künftig gebündelt werden. Die Kantone und Versicherer sollen in die gleiche Richtung – in Richtung tieferer Gesundheitskosten – ziehen. Das Kommissionsmodell macht dies möglich und vereint die Interessen der Kantone als Bewilligungserteiler und Aufsichtsinstanzen im Gesundheitswesen mit jenen der Kassen als Leistungseinkäufer. Als Mitzahler der Leistungen sind beide Seiten daran interessiert, diese im Griff zu behalten. Das Modell erleichtert den Übergang zu verselbstständigten öffentlichen Spitälern, es macht den Weg für die weiteren anstehenden Reformen des KVG frei, es streicht Fehlanreize. Ich bitte Sie um Eintreten.

Zur Rückweisung zur nochmaligen Anhörung der Kantone: Wenn ich den gestrigen Brief der KdK an die Mitglieder des Ständerates lese, komme ich zum Schluss, dass der Ständerat kaum anders können wird. Wenn wir im Brief allerdings ersucht werden, "in randvermerkter Angelegenheit nicht überstürzt zu legiferieren und das Geschäft zur eingehenderen Beratung an die vorberatende Kommission zurückzuweisen", dann muss ich dazu sagen: Wir sind nun seit Beginn dieses Jahres dran. Von "überstürzt" kann also keine Rede sein, aber offenbar haben wir andere Tempi.

Im Brief ist auch zu lesen – und das ist ja hervorragend –, dass seitens der KdK die Absicht besteht, in enger Zusammenarbeit mit der GDK und der FDK zu den kritischen Punkten möglichst rasch eine gemeinsame Haltung der

AB 2005 S 690 / BO 2005 E 690

Kantonsregierungen zu erwirken, und dass die KdK zuversichtlich ist, dass die Erarbeitung einer solchen konsolidierten Haltung der Kantonsregierungen bis zur Plenarversammlung vom 16. Dezember 2005 möglich sein sollte. *Difficile est satiram non scribere!* Bis wir wieder drankommen, wird es wieder ungefähr ein Jahr dauern! Offenbar ist dies das Tempo. Ich meine, wir müssten hier doch dafür sorgen, dass diese Geschichte rascher an die Hand genommen wird. Ich bin nicht der Meinung, dass wir zusehen dürfen, wie die Kosten steigen, steigen und noch einmal steigen; wir müssen da am Ball bleiben.

Sagen wir meinetwegen Ja zu dieser Rückweisung und zu einer weiteren – ich betone: weiteren – Anhörung der Kantone. Aber ich bitte Sie: Nicht in diesem Marschtempo!

Fetz Anita (S, BS): Es ist hier bei diesem Thema üblich, seine Interessen offen zu legen, weil im Vorfeld auch Zuweisungen mit harten Bandagen gemacht worden sind. Das tue ich hiermit gerne: Ich bin im Gesundheitsbereich eine grundversicherte Versicherungsnehmerin, und sonst gar nichts. Ich habe das Glück – oder das Pech, je nachdem, wie man den Arbeitsaufwand bewertet –, Mitglied der SGK zu sein.

Ich möchte Ihnen ein paar Überlegungen schildern, die mich dazu geführt haben, dem Modell zuzustimmen. Vergegenwärtigen Sie sich die Ausgangslage: Diese ist nämlich, nüchtern betrachtet, mehr als unbefriedigend. Wir haben Gesundheitskosten, die ungebremst wachsen – die Zahlen kennen Sie, sie sind gestern und vor-



gestern wieder veröffentlicht worden. Alle beklagen dies, aber niemand will sich bewegen. Wir haben einen "Supertanker Gesundheitswesen", der im KVG-Bereich 50 Milliarden Franken kostet und mit den heutigen Mitteln kaum steuerbar ist. Wir haben den Spitalbereich, der den stärksten Kostenschub verursacht – so ist es einfach -: Das sind die Spitäler mit ihren stationären und ihren ambulanten Leistungen. Und, das ist bis heute noch nicht gesagt worden: Wir haben in der Schweiz immer noch 10 000 Spitalbetten zu viel! Das muss auch einmal gesagt werden. Die Behandlungsdauer in einem schweizerischen Spital beträgt durchschnittlich 9,5 Tage. Das ist ein Wert an der internationalen Spitze. Sie können mir nicht sagen, dass skandinavische Länder, welche über ein qualitativ sehr gutes Gesundheitswesen verfügen und nur die Hälfte dieser Tage beanspruchen, ein schlechteres Gesundheitswesen oder kränkere Menschen haben.

Zur Ausgangslage gehört auch die Frage, vor welcher politischen Situation die Kommission stand. Sie stand vor folgender Situation: Der Bundesrat will ein Modell, das die Kantone nicht wollen. Die Kantone wollen ein Modell, das der Bundesrat nicht will. Hier ist immer dazu aufgerufen worden, den Handlungsspielraum zu öffnen und den Handlungsbedarf zu sehen. Ja, das hat die Kommission getan; aber was genau hat sie getan? Sie hat sich in dieser Pattsituation entschieden, einen neuen Weg zu gehen, sie hat den sogenannten dritten Weg gesucht. Ziel war und ist es, den "Supertanker KVG" überhaupt steuerbar zu machen.

Wie bei jedem neuen Weg gibt es dabei Vorteile und Nachteile. Folgende Vorteile haben mich überzeugt zuzustimmen, im Wissen darum, dass ich das anders machen würde, wenn ich das Gesundheitswesen "auf der grünen Wiese" neu entwickeln könnte – aber das können wir nicht, das gehört auch zur Ausgangslage. Der erste Punkt – das muss hier betont werden, Kollegin Forster hat es auch gesagt – ist folgender: Vergessen Sie nicht, eine Gemeinsamkeit haben alle Lösungen, das ist die leistungsorientierte Finanzierung über Pauschalen. Das muss jetzt wirklich schnell passieren, obwohl man dies – in Klammern gesagt – heute schon machen könnte. Aber es ist richtig, das auch gesetzlich festzuhalten.

Ich komme damit zu einigen Vorwürfen der Kantone und zu weiteren Vorteilen, die mich überzeugt haben. Ich weiss nicht, wer von Ihnen die Vorlage effektiv gelesen hat, und ich gebe zu: Es ist eine mühsame Sache. Man muss sich nämlich durch einen Paragrafenwald kämpfen, der kompliziert und unübersichtlich ist. Aber wir kommen nicht darum herum! Wenn Sie die Vorlage lesen, werden Sie sehen, dass die Planungskompetenz der Kantone im KVG-Bereich massiv gestärkt worden ist. Das war zum Beispiel eines meiner ganz persönlichen Anliegen. Die Kantone haben jetzt die Möglichkeit, via Spitalliste, via Leistungsaufträge Einfluss zu nehmen bzw. die Versorgung zu steuern. Vor allem haben wir die Rekursmöglichkeiten total eingeschränkt. Damit werden wir eine völlig neue Lage haben; es wird nicht mehr wie letztes Mal bei den Spitalisten sein, dass die Spitäler unendlich rekurrieren können. Das heisst, der Vorwurf der Kantone, sie könnten das Ganze nicht steuern, ist schlicht und einfach falsch.

Richtig ist aber – und ich wage es einmal auszusprechen, worum es vielleicht unter dem Tisch bei diesem Widerstand geht -: Es braucht Mut, als Gesundheitsdirektor diese Planungskompetenz wahrzunehmen. Man kann nämlich im Prinzip jedes Privatspital, das man auf seinem Gebiet nicht will, aus der Spitalliste entfernen. Das ist meines Erachtens ein grosser Vorteil. Man kann einem Privatspital, dessen Leistungen man zur Grundversorgung zählt, einen ganz präzisen Leistungsauftrag geben, der nur das beinhaltet, was für die Grundversorgung des Kantons wichtig ist, und nicht alles darum herum auch noch. Aber das schleckt keine Geiss weg: Man muss sich politisch exponieren, und das ist natürlich nicht so attraktiv, weil man nämlich auch der Bevölkerung erklären muss, warum ein Regionalspital zum Beispiel selbsttragend sein muss, wenn es der Grundversorgung nicht mehr entspricht.

Es war hochinteressant, der Begründung der Rückweisungsanträge zuzuhören; sie beruhen nämlich auf sehr unterschiedlichen Motiven. Ein Antrag wird hier ganz klar deshalb gestellt – ich habe Verständnis dafür, aber man muss sehen, worum es geht –, weil man Angst um die eigenen kleinen Spitäler hat. Dies angesichts der Situation, dass wir in der Schweiz immer noch rund 10 000 Spitalbetten zu viel haben.

Ein dritter Vorteil, der mich überzeugt hat, ist die Gleichbehandlung von stationärem und ambulantem Bereich. Es ist doch wirklich unsinnig, wenn der Anreiz, Patienten zu behandeln, nicht über die Qualität geschaffen wird, also darüber, was für den Patienten und seine Krankheit das Beste ist, sondern darüber, was für die Krankenkasse oder den Kanton billiger ist. Das darf nicht sein.

Ein vierter Vorteil, der heute zwar nicht zur Debatte steht, der aber integraler Bestandteil dieser Vorlage ist, ist für mich der Risikoausgleich. Für mich steht und fällt die ganze Vorlage mit der Veränderung des Risikoausgleichs, den wir im Dezember besprechen werden. Die beiden Vorlagen sind miteinander verbunden. Das ist nämlich der brisanteste Teil. Sie werden dann erleben, dass die Fronten wieder vollkommen anders verlaufen werden. Trotzdem ist es richtig, dass wir dafür sorgen, dass es endlich aufhört, dass die Kassen ständig Jagd auf die guten Risiken machen und mit zum Teil unwürdigen Mitteln versuchen, ältere Leute aus ihren Angeboten zu drängen.



Zu den Einwänden der Kantone gehört auch die Macht der Kassen als Monist. Ich habe ein gewisses Verständnis dafür; ich bin auch keine grosse Anhängerin des Monismus. Aber auch hier gilt wieder: Wenn Sie die Vorlage lesen, dann sehen Sie, dass der Kanton selber wählen darf, wer der Monist ist, ob das die Kasse ist oder der Kanton selbst. Auch hier kann er das wieder selber in die Hand nehmen.

Ein weiterer Einwand der Kantone betrifft die Kosten. Ich verstehe die Angst, dass es zum Teil unberechenbar werden könnte, wie die Kosten aussehen. Aber auch dazu muss ich sagen – die Kommissionspräsidentin hat Ihnen das schon ausgeführt -: Was mich in dieser ganzen Debatte wirklich ärgert, ist, dass jeder Akteur, jeder Player, mit seinen eigenen Zahlen operiert und sie immer sozusagen als "Killerargument" aufführt, wenn es darum geht, einmal einen Schritt zu machen, sich zu bewegen.

Zu den 2,2 Milliarden Franken kann ich Ihnen sagen, dass das eine sehr kühne Behauptung der Kantone ist. Inbegriffen ist dabei das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, das wir nicht aus den Angeln heben können.

AB 2005 S 691 / BO 2005 E 691

Inbegriffen ist aber auch ein rechter Teil der Pflegekosten, und inbegriffen ist auch die Abgeltung für ausserkantonale Patienten. Das müsste man alles sozusagen abgleichen. Aber darum geht es ja nicht. Politisch geht es darum, dass wir im Moment einer Situation gegenüberstehen, in der die GDK entschieden hat, sich nicht zu bewegen, aus dieser Vorlage ein Machtpoker zu machen. In diesem Sinne kann ich Ihnen sagen: Ich habe nichts dagegen, wenn Sie die Vorlage zurückweisen. Aber machen Sie sich keine Illusionen, dass wir nachher die kostensparende Wunderlösung finden, der alle zustimmen. Im Gesundheitswesen findet das nicht statt. Kein Akteur will sich bewegen. Alle verteidigen ihren Besitzstand. Das ist das Tragische an dieser Situation: Jede Gruppe hat das Potenzial, mit dem Referendum zu drohen, wenn sie sich nicht bewegen will. Wenn die Kantone befriedigt sind, werden wieder andere nicht befriedigt sein. Wir werden nochmals versuchen, einen gangbaren Weg zu finden, aber ich möchte Sie vor Illusionen warnen.

Unterdessen ärgert es mich auch wirklich, dass das System schon so kompliziert ist, dass immer mehr nur noch Spezialisten den Durchblick haben. Das nützt natürlich den vereinigten Interessenvertretern. Ich mache Ihnen keinen Vorwurf, wenn Sie zum Teil die Vorlage nicht bis ins Detail beurteilen können. Ich habe mir Tage abringen müssen, um in diese Dossiers reinzuschauen. Aber die Situation ist unbefriedigend, weil sie es zulässt, dass immer wieder die Interessenvertreter über Grundsätze entscheiden, über die eigentlich politisch entschieden werden müsste.

Kurz und gut: Wenn Sie die Vorlage zurückweisen, dann machen Sie sich keine Illusionen. Wir werden versuchen, eine Lösung zu finden, aber einen Schritt Richtung Kostendämpfung haben Sie mit der Rückweisung sicher nicht getan. Ich habe Befürchtungen; denn die Interessen der Kantone sind sehr unterschiedlich. Ich habe von vielen Gesundheitsdirektoren im bilateralen Gespräch sehr unterschiedliche Signale bekommen, und man hat sich jetzt sozusagen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner des Widerstandes geeinigt. Also machen Sie sich keine Illusionen, und helfen Sie nachher wirklich mit, damit wir keine Nulllösung produzieren. Das wäre politisch dann wirklich eine Kapitulation vor den Problemen. Ich meine, die Bevölkerung habe ein Anrecht darauf, dass wir hier die Probleme nicht einfach nur vor uns herschieben und sie nicht lösen.

Zum Schluss: Es geht hier ja auch um Machtkämpfe und Widerstände. Ich habe sowohl in der Politik wie auch sonst in meinem Leben immer wieder erfahren: "Wenn der Widerstand zu gross ist, sollst du nicht frontal angreifen, sondern die Aikido-Strategie benutzen. Geh zwei Schritte zurück und schau, ob es einen anderen Weg gibt." Das versuchen jetzt die Kantone, und wir machen das auch. Aber: Wenn Sie nachher der Rückweisung zustimmen, will ich von niemandem mehr in einer allgemeinen Formulierung Klagen und Jammern über die steigenden Gesundheitskosten hören. Das ist dann wirklich nicht mehr angebracht, wenn man jeden Schritt, bei dem sich jemand bewegen soll, eigentlich im Prinzip verhindert.

Kuprecht Alex (V, SZ): Das heutige System, da sind wir uns wahrscheinlich alle einig, ist wenig von Transparenz geprägt. Es gibt praktisch keine Vergleichsmöglichkeiten hinsichtlich der verursachten Kosten. Ich frage mich: Wie wollen wir die Kosten in den Griff bekommen, wenn wir derart unterschiedliche Systeme haben, die nicht miteinander verglichen werden können? Das neue System – da sind wir uns auch einig, und da haben wir auch die Zustimmung der Kantone – hat ein wesentliches Kernelement, das unbestritten ist, nämlich die Einführung der Fallpauschalen. Fallpauschalen, die aber meines Erachtens – Frau Kollegin Fetz hat es bereits gesagt – mit einem DRG-System viel früher eingeführt werden können, als das die Kantone vorsehen. Mein Kanton hat beispielsweise innerhalb von anderthalb Jahren dieses System eingeführt und hat eine positive Wirkung damit erzielt. Es ist also nicht eine Frage des Könnens, sondern eine Frage des Wollens.

Ich mache aus meinem Herzen auch keine Mördergrube: Das Vertrauen in die Kantone ist meinerseits nicht



sehr gross und überwältigend. Wenn ich feststelle, dass es beispielsweise bald zehn Jahre nach der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes immer noch Kantone gibt, die für ihre Spitäler keine Kostenstellenrechnung eingeführt haben, dann frage ich mich, wie sie das DRG-System einführen wollen, das in seiner Handhabung noch ein wenig komplizierter ist. Wahrscheinlich – ich gehe davon aus – sind sowohl die Kantone wie auch der Bundesrat mit dem doch eher mutigen Schritt hinsichtlich der Einführung des monistischen Systems überrascht worden, den die SGK gewählt hat. Aber wie wollen wir verkrustete und eingefahrene Strukturen aufbrechen, wenn nicht einmal auf irgendeine Art und Weise ein Befreiungsschlag stattfindet und der Mut zu einer neuen und wahrscheinlich zukunftsgerichteten Lösung aufgebracht wird? Dieses monistische System schafft meines Erachtens eben genau diese Transparenz, die es braucht und die notwendig ist, um beispielsweise als Spitalbetreiber selbst einmal herausfinden zu können: Wo stehe ich überhaupt gegenüber meinen Kolleginnen und Kollegen im Kanton, in den anderen kantonalen Spitälern oder im Vergleich zu anderen Spitälern ausserhalb meines Kantons?

Ich glaube, dass die Transparenz eben auch die Grundlage ist, welche die Leistungserbringer zu mehr Wettbewerb hinführen wird. Mehr Wettbewerb – da bin ich auch der Überzeugung – wird schlussendlich eine Stabilisierung – ich wage nicht das Wort "Reduktion" zu verwenden – der Kosten mit sich bringen.

Die gesamtheitliche Betrachtung von ambulanter und stationärer Behandlung ist ein Muss. Der medizinische Wandel und Fortschritt ist immer rasanter und sehr offensichtlich. Ich bin der festen Überzeugung, dass die Verlagerung von der stationären Behandlung hin zu einer ambulanten Behandlung in Zukunft noch stärker sein wird und wahrscheinlich noch rasanter kommen wird, als wir sie heute schon haben.

An und für sich gibt es eigentlich drei Streitpunkte zwischen der GDK und KdK einerseits und dem Vorschlag der Kommission andererseits:

1. Es geht um die Frage, wer der Monist ist. Die Kantone haben Angst – weil sie ja grundsätzlich gemäss KVG die Versorgungspflicht für ihren Kanton haben –, dass sie, wenn die Krankenkassen Monist werden, relativ wenig Einflussmöglichkeiten auf die künftige Gestaltung haben werden. Sie haben Angst, dass sich die Privatspitäler – in dieser Hinsicht hätte ich keine Bedenken – auf Kosten der Kantone subventionieren. Aber Privatspitäler können ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil zur Transparenz und zum Wettbewerb beitragen. Die Kantone haben auch Angst, dass sich die Krankenkassen auf Kosten der Kantone bereichern. Und zu guter Letzt haben die Kantone Angst und sind der Überzeugung, dass es nicht richtig ist, dass Leistungsauftrag gemäss KVG und Finanzkompetenz getrennt und aus der Hand gegeben werden.

2. Ein weiterer Punkt betrifft die Aufteilung der Kosten bzw. der Quoten; hier scheiden sich die Geister, und hier ist wahrscheinlich auch die Frage der Zahlen noch weiter zu erörtern.

3. Es besteht ein Misstrauen in Bezug auf die Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gegenüber den Krankenkassen.

Das sind meines Erachtens die drei wesentlichen Punkte, die die Kantone abschrecken, unserem System zuzustimmen. Aber ich bin der Überzeugung, dass diese drei Punkte im nochmaligen Gespräch, in der Behebung von Missverständnissen wahrscheinlich geklärt werden können. Es braucht aber – dieser Überzeugung bin ich – auch den Schritt der Kantone auf unsere Kommission zu.

Ich komme zum Fazit: Die Vertreter der Kantone, insbesondere meines Kantons, haben vor anderthalb, bald zwei Jahren das DRG-System und die Fallkostenpauschale eingeführt, und zwar mit sehr positiven Erfahrungen. Ich kann Ihnen sagen, der Kanton Schwyz wird höchstwahrscheinlich auf den 1. Januar 2006 seinen Normkostenbeitrag zum zweiten Mal senken können; das ist ein Bestandteil, ein Teil einer kostendämmenden Massnahme.

AB 2005 S 692 / BO 2005 E 692

Die Einführung des Systemwandels braucht einen minimalen Konsens mit der Mehrheit der Kantone.

Ich sage es noch einmal: Ich erwarte auch von den Kantonen einen Schritt in Richtung der Lösung, wie sie die Kommission vorgeschlagen hat. Wir sind der Erstrat; ich glaube, es wäre falsch, wenn wir als Erstrat das Glas nehmen und es auf den Boden schmeissen. Der Scherbenhaufen wäre zu Beginn der Behandlung dieser wichtigen Vorlage vorprogrammiert, und das würde uns wahrscheinlich um Jahre zurückwerfen.

Klugheit sollte vor Hochmut kommen. Ich bin als Mitglied der Kommission bereit, diese Vorlage in die Kommission zurückzunehmen und mit den Kantonen nochmals zu diskutieren. Mir fällt dabei kein Zacken aus der Krone, auch wenn ich bei sehr schnellen Lösungen nicht euphorisch bin.

Ich bitte Sie, auf dieses Geschäft einzutreten und dem Rückweisungsantrag zuzustimmen.

Altherr Hans (RL, AR): Ich habe keine Interessenbindungen offen zu legen. Ich bin natürlich zwangsversichert und habe eine halbprivate Zusatzversicherung.



Das meiste ist schon gesagt worden; ich versuche zusammenzufassen. Wir stellen fest, dass ein grosser und dringender Handlungsbedarf besteht. Wir wollen uns bewegen und stellen fest, dass die ganze Geschichte immer noch intransparent ist. Ich glaube, der Bürger sollte wissen, was das Gesundheitswesen kostet; da haben wir noch einiges zu leisten. Wir stellen fest, dass die Effizienz und Effektivität des Systems gesteigert werden muss und kann.

In der Sache selbst überzeugt mich das Modell der SGK nach wie vor. Ich kann mich inhaltlich den Kolleginnen Forster und Heberlein sowie Kollege Schwaller anschliessen und will es nicht weiter vertiefen.

Die Rückweisung ist nun wohl unausweichlich, und im Grunde geht es uns so, Frau Fetz, wie der Gesundheitsdirektorin und dem Gesundheitsdirektor, die den Mut gehabt haben, ein Spital zu schliessen, und daraufhin abgewählt worden sind. Wir werden nicht abgewählt, aber wir werden dazu verpflichtet, die Arbeit nochmals zu leisten. Selbstverständlich werden wir uns diesem Auftrag unterziehen.

Aber was machen wir dann? Als ich Kollege Leuenberger gehört habe, war mein erster Impuls, die Kantone nach Flüeli-Ranft einzuladen und einen neuen Mediator zu suchen, nachdem Bruder Klaus nicht mehr lebt. Das müsste dann wahrscheinlich ein "bekennender Kantonese" sein, und man würde die Kantone wohl am besten dazu einladen, jeweils gleich ihr eigenes Mikadospiel mitzubringen. Das hätte nämlich den Vorteil, dass selbst jener, der verliert, sich nicht unbedingt sofort bewegen muss. (*Heiterkeit*)

Aber das kann ja nicht sein, und ich glaube, wir brauchen Bewegung an allen Fronten. In diesem Sinne bin ich froh um die Ankündigung der KdK, eine konsolidierte Meinung zu erarbeiten, auch wenn mir das etwas zu lange geht; hier folge ich Kollege Stähelin. Ich glaube, das "Retro-Modell", das die GDK bisher vorgelegt hat, ist untauglich und ganz sicher nicht mehrheitsfähig.

Wir werden aber in der Kommission auch das dual-fixe System nochmals diskutieren müssen. Es kann auch hier nicht sein, Herr Bundesrat, dass man sagt: "Entweder dual-fix oder sonst nix!" (*Heiterkeit*) Ich glaube, wir werden dieses Modell nicht gerade ins Heilige Land schicken, aber etwas Beweglichkeit wird auch von dieser Seite gefordert werden. Denn ich bin der Überzeugung, dass das dual-fixe System und das von uns vorgeschlagene monistische System nicht so weit auseinander sind, dass man hier nicht eine Lösung finden könnte. Wenn diese beiden Voraussetzungen gegeben sind – ich habe die KdK und den Bundesrat erwähnt –, dann bin ich guter Dinge, dass wir eine Lösung finden, wenn ich mich hier auch Frau Fetz anschliessen muss: Es wird sicher keine Lösung sein, die alle begeistert. Es wird ein Kompromiss sein, bei welchem alle Abstriche machen müssen. Machen wir in diesem Sinne vorwärts!

Briner Peter (RL, SH): Es ist schon etwas verwegen, wenn man sich als Nichtkommissionsmitglied an diesem Kolloquium auch noch beteiligen will, aber ich mache nicht so lange wie einige meiner Vorrednerinnen.

Ich muss sagen: Respekt vor der Kommission! Sie legt uns ein Modell vor, das gut ist. Aber Recht haben und Recht bekommen und damit Mehrheiten kriegen, sind bekanntlich zweierlei Dinge. Die Kantone fühlen sich bei dieser Legiferierung übergangen. Ich verzichte darauf, die Gründe nochmals aufzuzählen: wir kennen sie. Sie lehnen dieses Modell kategorisch ab und drohen mit dem Referendum, und das verheisst nichts Gutes.

Nun erwächst dieser Revision auch von einer ganz anderen Seite noch ein massiver Widerstand, nämlich von den privaten Leistungserbringern; ich vertrete hier keine Interessen. Aber die privaten Kliniken sind Mitbewerber des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie ermöglichen den Wettbewerb, und Wettbewerb kann kostendämpfend sein. Deshalb soll man sie in dieser Diskussion eben auch berücksichtigen. Private Trägerschaften seien angemessen in die Spitalplanung einzubeziehen, heisst es in Artikel 39 Absatz 2. Allerdings konnte bisher niemand den Ausdruck "angemessen" näher definieren. Der Begriff kann je nach Gutdünken des Planers völlig willkürlich interpretiert und mehr oder weniger restriktiv ausgelegt werden. Theoretisch würden sie zwar gleichgestellt, doch faktisch, so die Befürchtungen, würde die Staatsmedizin eingeführt. Mit anderen Worten: Die Kantone sind sowohl Partei wie auch Richter. Den Privatkliniken würde mit verstärkter staatlicher Planungskompetenz jeglicher unternehmerische Spielraum entzogen, was für zahlreiche Private eben das wirtschaftliche Aus bedeuten kann. Kollegin Fetz hat dieses Szenario soeben auch aufgezeigt.

Wir beraten vor dem Hintergrund von total auseinander driftenden Modellen: Sie wurden bezeichnet als Modelle der "Kantonese", von "Bruder Klaus" oder des "barmherzigen Samariters". Mit anderen Worten: Wir haben das Modell des Bundesrates, der Kantone und der Kommission, wir haben Vorstellungen der privaten Kliniken. Ich glaube, diese Lösungen bringen wir in dieser "Plenumsdetailskommissionsdiskussion" nie zu einem mehrheitlich akzeptierten und erst noch sachlich fundierten Ende. Deshalb ist es klar, dass diese Vorlage an die Kommission zurückgewiesen werden muss. Ich bin aber der Meinung, dass die Kommission nicht nur die Kantone anhören muss, sondern dass sie sich auch mit den privaten Anbietern auseinander zu setzen hat, weil es doch Möglichkeiten geben muss, die Anliegen der Kantone, der öffentlichen Anbieter, und die berechtigten Forderungen der Privaten, die komplementär sind und die beide eigentlich aufeinander angewiesen sind, auch



oder gerade unter Wettbewerbsbedingungen aufeinander abzustimmen.

Ich danke deshalb, wenn die Kommission diese Vorlage zurücknimmt und die verschiedenen Aspekte berücksichtigt.

Saudan Françoise (RL, GE): Permettez-moi tout d'abord de remercier la commission pour le travail qui a été fourni, et cela pour deux raisons. Pendant huit ans, j'ai été membre de cette commission. Nous avons passé des journées en commission et en sous-commission à rechercher des solutions, à la fois au système moniste et à la liberté de contracter. Je me souviens particulièrement d'une journée où notre collègue Jean Studer était présent, où nous nous sommes penchés sur les critères de qualité qu'il aurait fallu définir pour pouvoir rassurer la population par rapport à l'introduction d'un système prévoyant la liberté de contracter et le système moniste. C'est la première raison pour laquelle je veux remercier la commission.

La deuxième raison est que, pour la première fois, nous sommes confrontés à une approche novatrice, je dirai même créatrice en un certain sens: nous avons une approche globale des coûts de la santé. Reste à savoir comment on va répartir le gâteau ou la facture, mais, pour la première fois, la commission a réfléchi sur le financement des coûts de la santé dans son ensemble. Pour cela je lui rends hommage, parce qu'en s'engageant dans cette voie, elle a permis d'éviter ce que nous avons toujours cherché à empêcher, c'est-à-dire les fausses incitations: avant, nous nous contentions de ne prendre en compte qu'une partie des coûts de la santé

AB 2005 S 693 / BO 2005 E 693

après l'autre pour tenter de résoudre le problème du financement. Alors, je vous l'assure, ce n'est certainement pas moi qui vous ferai un procès d'intention; le travail que j'ai accompli dans cette commission m'a rendue à la fois consciente des efforts que vous avez faits et surtout très modeste face à l'ampleur des problèmes à résoudre.

Mais force est de constater que nous sommes dans une impasse. Permettez-moi de regretter profondément que le premier projet que nous avons approuvé dans ce conseil ait subi un échec au Conseil national, parce qu'il contenait déjà beaucoup de choses qui ont été reprises par le Conseil fédéral dans son second projet; il allait dans la bonne direction; il permettait de voir comment les choses évolueraient et surtout, il n'avait pas suscité la même opposition des cantons. Les cantons à l'époque étaient plus ou moins d'accord – c'est vrai, avec quelques réticences – sur le modèle de financement, mais ils ne remettaient pas en cause le jugement du Tribunal fédéral des assurances, ce qui est quand même un peu fort de café puisque dans le fond, ce que nous avons fait, c'est simplement la conséquence du jugement du Tribunal fédéral des assurances: l'obligation de contracter a pour corollaire que n'importe quel citoyen, qu'il soit assuré pour la base ou en privé, a accès au catalogue de base. Et cela, à l'époque, les cantons ne l'avaient pas remis en cause, alors qu maintenant c'est un des arguments majeurs qu'ils avancent. Peut-être – vous me permettrez de le dire, Madame la présidente de la commission – que vous auriez dû être un tout petit peu plus créatifs et aller au bout de la logique du système en prévoyant carrément la liberté de contracter: le changement aurait été complet. Mais là, je partage les inquiétudes du département et je n'aurais pas pu vous suivre: présidant un réseau de santé depuis huit ans, je connais le sentiment du corps médical dans mon canton: c'est un échec assuré à 85 pour cent – on en a connu quelques-uns comme cela dans la LAMal.

Nous sommes dans une impasse et notre devoir est d'en sortir. Ce n'est pas tellement la menace du référendum qui me fait peur, mais dans le contexte actuel, je ne vois pas comment j'arriverai à défendre de manière crédible le projet devant la population. Pourquoi? Qu'est-il resté dans l'esprit des citoyens de l'information qui a déjà été donnée dans la presse? C'est que les caisses-maladie n'allaient plus payer que 30 pour cent. Voilà ce qui reste dans l'esprit de la population. Et c'est faux, puisqu'on sait qu'un des mérites du projet, c'est d'avoir une approche globale. Dans le contexte de la hausse des primes de 6 à 8 pour cent qui est annoncée, ce sera très difficile. J'ai eu beau essayer d'expliquer, aux gens qui m'ont interpellée là-dessus, que c'était une approche totalement nouvelle, le message – en tout cas en l'état – ne passe pas dans le contexte actuel.

Je n'aime pas renvoyer un projet en commission quand je trouve que le travail qui a été fait est un bon travail. Mais, face à la situation actuelle, je crois que nous n'avons pas d'autre solution. Je préfère la proposition Wicki, parce qu'il y a une chose sur laquelle je voudrais être très claire: nous ne pouvons pas non plus être l'objet d'un diktat des cantons. Là, je trouve qu'ils vont un tout petit peu trop loin, parce qu'ils ne peuvent pas s'appuyer sur les jugements du Tribunal fédéral des assurances quand ça les arrange, puis les refuser en disant que c'est totalement inacceptable et revenir sur des engagements qu'ils avaient pris il y a deux ans. Pour moi, c'est inadmissible. C'est pour cela que je pense que je peux me rallier à la proposition de renvoi Wicki, mais en aucun cas je n'admets de donner à la commission le mandat de se mettre d'accord avec les cantons. Là, je trouve que la proposition va trop loin.



Je soutiendrai le renvoi en commission, un peu à mon corps défendant, parce que je vous rends hommage, mes chers collègues; vous avez fait du bon travail, du travail créatif; mais dans le contexte actuel, il est vraiment très difficile d'examiner dans le détail cette loi si on ne donne pas encore une chance à la concertation avec les cantons.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Die Situation ist heikel und unangenehm; dass der Ständerat gegen den offenbar geschlossenen Willen der Kantone eine Vorlage verabschieden soll, ist schwierig und fast unvorstellbar, obwohl wir eigentlich genau das vor nicht allzu langer Zeit gemacht haben. Ich erinnere Sie daran, dass die Kantone auch bei der Prämienvorbilligungsvorlage geschlossen dagegen waren. Wir haben sie trotzdem verabschiedet, und sie hat auch im Nationalrat eine Mehrheit gefunden. Ich höre, dass diese Vorlage mittlerweile auch von den Kantonen akzeptiert wird.

Trotzdem muss ich sagen, dass die Opposition der Kantone in den letzten Tagen so massiv war, dass sie auch mich beeindruckt hat. Meine Erkältung rührt zwar nicht von dieser Opposition her, aber die Opposition hat mich beeindruckt und führt mich dazu – ich nehme das vorweg –, dem Rückweisungsantrag Wicki zuzustimmen.

Beeindruckt und ein bisschen enttäuscht hat mich aber auch – ich sage das offen –, wie wenig differenziert die Reaktion der Kantone gegenüber dem Vorschlag der SGK-SR ausgefallen ist. Ich komme nämlich nach eingehendem Studium dieser Vorlage zu einem anderen Schluss und plädiere dafür, dass wir die Anträge der SGK im Grundsatz unterstützen. Ich tue dies nicht vorbehaltlos; es gibt bei dieser Vorlage ein paar Schwachstellen und offene Fragen. Ich halte aber die Mängel dieser Vorlage für reparierbar; das ist der Grund, weshalb ich mich nach dieser langen Debatte auch noch zu Wort gemeldet habe. Ich möchte gleich die Gelegenheit benutzen, um der Kommission noch zwei, drei Vorschläge auf den Weg mitzugeben. Aber immerhin gibt es in der Vorlage einige wichtige Grundsätze, die es meines Erachtens verdienen, weiterverfolgt zu werden.

Zu den definitiv positiven Grundsätzen zähle ich, dass mit der Betrachtung der Gesamtkosten – des stationären und des ambulanten Bereiches – ein entscheidender Schritt gemacht wird, um die Allokation der Ressourcen zu verbessern. Oder etwas konkreter gesagt: Nicht der Finanzierungsmodus oder der Kostenträger soll entscheiden, ob jemand stationär oder ambulant behandelt wird, im Heim oder mit Spitex, sondern das Wohl der Patientin bzw. des Patienten, die Qualität der Behandlung und der effiziente Mitteleinsatz sollen im Vordergrund stehen.

In unserem Gesundheitssystem, das von Partikularinteressen geprägt ist, ist diese Gesamtsicht von entscheidender Bedeutung. Sie könnte sogar für die Pflegefinanzierung als Vorbild dienen, und ich erwarte von den Kantonen, dass sie eine Gesamtsicht vornehmen und hier nicht nur ihre eigenen Interessen einbringen und verfolgen.

Ebenfalls positiv werte ich an dieser Vorlage, dass in Zukunft Leistungen und nicht mehr Kosten vergütet werden. Unser Gesundheitssystem ist viel zu sehr inputorientiert und schaut viel zu wenig darauf, was eigentlich dabei herauskommt.

Zu den Schwachpunkten dieser Vorlage gehören – das wurde auch von den Kantonen bemängelt – die mangelnde Planungskompetenz der Kantone im Bereich der ambulanten Medizin und der sogenannte technische Monismus. Ich habe für beide Vorbehalte der Kantone Verständnis. Doch es gibt meines Erachtens Lösungen, die eine generelle Zurückweisung dieser Vorlage eben nicht rechtfertigen.

Ein Wort zum ambulanten Bereich: Wir wissen alle, dass die Managed-Care-Vorlage in der Pipeline ist. Im Nationalrat wurde bereits früher eine Vorlage diskutiert und auch verabschiedet, wie die Kantone mit der Einführung von Managed Care, also von Ärztenetzen und Hausarztmodellen, auch im ambulanten Bereich in die Planung mit einbezogen werden können. Das ist also möglich, es ist auch sinnvoll. Die Kantone sollen bei der Planung von Ärztenetzen mit einbezogen werden und damit eben auch Steuerungsmöglichkeiten erhalten. Ich persönlich ziehe diese Lösung einer Steuerung über Globalbudgets definitiv vor.

Zur Frage der Finanzierung: Die Vorlage der SGK enthält keinen eigentlichen Monismus. Es sind ja zwei Kostenträger: die Kantone und die Krankenversicherer. Aber die Kantone stören sich daran, dass sie Geld an die Versicherungen abliefern müssen, ohne die Daten kontrollieren zu können. Im Gesundheitswesen gilt heute: Wer Rechnungen bezahlt, verfügt über die Daten, und wer über die Daten verfügt, der

AB 2005 S 694 / BO 2005 E 694

hat die Macht. Ich habe tatsächlich wenig Anlass, den Krankenversicherungen mehr Macht zu verleihen. Sie haben meines Erachtens den Beweis nicht erbracht, dass sie im Interesse der Patientinnen und Patienten ein effizientes Kostenmanagement bei guter Qualität fördern und dass sie in der Lage sind, das zu tun.

Um zu verhindern, dass die Krankenversicherer sozusagen als Inkassostelle allein über alle relevanten Daten verfügen, hätte ich gerne vorgeschlagen, dass das Inkasso über eine Clearingstelle betrieben wird. Der





Spitalverband H+ hat bereits einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet. Diese Clearingstelle würde sich ausschliesslich um Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) kümmern. Der Zugang zu den Daten müsste für Kantone und Krankenversicherer separat geregelt werden. Damit könnte man auch verhindern, dass Krankenversicherer Daten zu den OKP-Leistungen für ihr Privatversicherungsgeschäft brauchen – oder eben missbrauchen –, und die Kantone könnten sich den notwendigen Zugang zu den wichtigen Daten sichern.

Den Vorwurf der Kantone – gemäss einem Schreiben –, mit der Vorlage der SGK drohe ein "unkontrollierter Mittelzufluss an gewinnorientierte private Leistungserbringer", kann ich so nicht stehen lassen. Die Vorlage der SGK gibt den Kantonen entscheidende Planungskompetenzen im stationären Bereich. Dass es politisch heikel und manchmal auch gefährlich ist, von diesen Kompetenzen Gebrauch zu machen, kann ich nicht abstreiten: Aber das ist nicht die Schwäche dieser Vorlage.

Nochmals ein Wort zu den Krankenversicherern, die heute in meinem Votum nicht gut weggekommen sind: Sie sind nicht ganz selber schuld daran, dass es heute besonders attraktiv ist, Risikoselektion unter den Versicherten zu betreiben. Die Risikoselektion geht bei den Krankenversicherern heute übrigens so weit, dass sie einem Makler bis zu tausend Franken bezahlen, wenn er ein schlechtes Risiko aus ihrer Versicherung entfernt. Der heutige Risikoausgleich bietet aber geradezu Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Das ist schlecht. Das sind auch schlechte Investitionen, die die Krankenversicherer heute tätigen. Die Anreize müssen doch so sein, dass die Krankenversicherer gegenseitig im Wettbewerb um das bessere Kostenmanagement bei guter Qualität stehen. Deshalb ist diese Risikoausgleichsvorlage so wichtig, und ich wäre glücklich und froh, wenn wir diese gleichzeitig mit der Spitalvorlage verabschieden könnten, denn ohne Verbesserung des Risikoausgleichs wird jede Reform im Krankenversicherungswesen die Risikoselektion verschärfen, sei es eine andere Spitalfinanzierung, sei es eine Reform im Bereich des Kontrahierungszwangs. Ich würde solche Reformen nie mittragen, solange nicht gleichzeitig eine Verbesserung des Risikoausgleichs erfolgt.

Ich hoffe also, dass die Kantone, wenn sie jetzt dazu Gelegenheit erhalten, mithelfen, diese Vorlage zu verbessern, ohne dass wir auf die wichtigen Fortschritte, die diese Vorlage enthält, verzichten müssen. Ich bin froh, dem Schreiben der Kantone von gestern zu entnehmen, dass sie bereit sind, aufgrund der vorliegenden Vorlage weiterzuarbeiten. Dass sie allerdings erst im Dezember einen Beschluss fassen können, ist meines Erachtens definitiv zu spät, das können wir uns nicht leisten.

Ich wünsche der Kommission jedenfalls viel Kraft, auf ihrem guten Weg fortzufahren.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je crois que la discussion a été intéressante parce que chacun et chacune a dû quand même se familiariser un peu avec cette matière difficile. Il y a eu aussi quelques propositions nouvelles qui ont été faites, auxquelles nous n'avions pas nécessairement pensé en commission. J'aimerais dire simplement à Monsieur Leuenberger pour quelles raisons nous avons séparé la compensation des risques de ce premier paquet sur le financement des hôpitaux. C'est parce qu'en commission, nous n'avions procédé à aucune audition sur la question de la compensation des risques. Nous avons reçu le mandat de travailler et de proposer quelque chose. Mais en fait, là, véritablement, nous n'avons pas pris langue avec qui que ce soit. Une partie de la commission a trouvé qu'il fallait faire une petite procédure de consultation pour un sujet qui, dans le fond, n'était pas à l'ordre du jour. C'est la raison pour laquelle, bien que, comme vient de le dire Madame Sommaruga, nous considérions en commission que cela formerait un tout – c'est-à-dire aussi bien la première partie sur le financement des hôpitaux que la seconde sur la compensation des risques –, nous avons choisi cette solution.

Je pense que maintenant le problème ne va plus se poser puisque les deux projets seront probablement traités au conseil en même temps. Je suis d'avis qu'on devrait accélérer le rythme. Monsieur Zeltner a déclaré une fois à la Radio suisse romande: "Si ça n'avance pas, c'est la faute du Parlement." Après cela, maintenant, je le charrie toujours et je lui dis: "J'essaie d'avancer, mais je n'y arrive pas: on me renvoie toujours les choses! Je ne suis pas d'accord de porter la responsabilité de la lenteur du traitement du dossier." Donc, j'espère bien qu'on arrivera quand même avec une solution à la session d'hiver, après consultation des cantons.

J'aimerais dire à ce sujet que la commission – je lui ai demandé son avis de manière informelle – vous prie d'adopter la proposition de renvoi Wicki, qui donne mandat de consulter les cantons au sujet de la proposition de la commission. Monsieur Briner a dit tout à l'heure qu'il fallait faire une plus grande consultation. Mais aux autres auditions, on y a déjà procédé: "H+", la FMH, toutes ces organisations ont déjà été entendues; les cantons d'ailleurs aussi – mais enfin, c'est apparemment plus problématique.

Je vous prierai de rejeter les propositions de renvoi Hess Hans et Leuenberger-Solothurn, parce qu'elles nous contraignent à trouver une solution. Alors pour ma part, je ne peux pas vous garantir de trouver une solution; on peut en rechercher une, mais en trouver une, c'est une autre question.



C'est la raison pour laquelle je vous prie d'adopter la proposition de renvoi Wicki.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: A la fin de cette matinée – plutôt sereine, peut-on dire, vu les difficultés du système –, je crois qu'on peut dire qu'on est tous d'accord sur les deux objectifs essentiels que le Conseil fédéral a assignés à la réforme de l'assurance-maladie: le premier, c'est d'exercer une pression sur les coûts. Personne ne prétend qu'on peut réduire les coûts; Monsieur Kuprecht a dit "stabiliser", je crois qu'on doit dire "freiner" la hausse des coûts. On ne peut guère espérer mieux du fait du vieillissement de la population et aussi du progrès technique. Le deuxième objectif, c'est de maintenir et, si possible, d'améliorer la qualité des soins. A part cela, il y a des objectifs secondaires dont l'un est d'assurer une certaine équité entre acteurs; mais ce sont des objectifs secondaires par rapport aux objectifs principaux: maintien et accroissement de la qualité, ainsi que pression sur les coûts.

Deuxième chose, si on part du basique, des éléments les plus simples, on constate que sur 100 francs de coûts dans l'assurance-maladie obligatoire, un tout petit peu plus de 30 pour cent relève de l'hospitalier ambulatoire et stationnaire. Messieurs Schwaller et Brändli, de même que Madame Fetz, ont relevé avec raison que c'est là qu'il y a urgence, parce que les coûts augmentent extrêmement rapidement. Je l'ai dit: environ 30 pour cent donc pour les hôpitaux; environ 20 pour cent pour les médicaments – dans le secteur stationnaire et ambulatoire; et 50 pour cent pour le reste, c'est-à-dire les médecins, la physiothérapie, les "Pflegeheime", les soins dans les maisons pour personnes âgées et le Spitex.

L'expérience a démontré qu'il n'était pas possible d'avoir ce que vous appelez en allemand le "Befreiungsschlag" qui résoudrait tous les problèmes en une seule fois. Tout le monde est arrivé à la conclusion – après le douloureux échec de la précédente révision de l'assurance-maladie, après des années de travail de Madame Saudan et de quelques autres –

AB 2005 S 695 / BO 2005 E 695

pqu'il fallait prendre une autre voie, la voie sectorielle, qu'il fallait aborder un chapitre après l'autre et éviter de lier trop de choses. Parce que si on liait beaucoup trop de choses, on irait vers un échec certain.

Je dois signaler là mon inquiétude devant le fait qu'à côté du financement des hôpitaux, on veut introduire maintenant quelque chose qui est hautement explosif tel que la compensation des risques. Mais on verra cela plus tard. Ce que je constate, c'est qu'on est de nouveau en train d'"étendre l'ambition" de ce projet en accumulant des oppositions qui ne sont pas liées et qu'on prend des risques.

Toujours est-il qu'aujourd'hui, je souhaiterais qu'on aborde le chapitre du financement des hôpitaux, ce fameux 30 pour cent, qui est le plus gros poste, celui qui croît le plus rapidement. Le reste n'est pas secondaire, il doit venir après. Ce qu'on décide aujourd'hui ne doit pas être en contradiction avec ce qu'on décidera plus tard. On ne doit pas anticiper les choses, sinon on va de nouveau provoquer un tel blocage que les oppositions vont se multiplier.

Nous agissons ailleurs. La semaine passée, dans le domaine des médicaments, nous sommes parvenus à un accord avec l'industrie pharmaceutique qui entraînera à terme, à partir de 2007, des diminutions de dépenses – je ne dis pas des économies – pour un montant de 250 millions de francs. L'accord n'est pas exclusif, ce qui signifie que dans les semaines qui viendront, je proposerai au Conseil fédéral d'autres mesures pour influencer sur le prix des médicaments, lesquelles seront dans l'esprit de la convention et pas en contradiction avec lui et auront pour but de préserver la place de recherche et de travail suisse ainsi que de protéger la propriété intellectuelle, qui est un des éléments les plus importants de la qualité du bien-être en Suisse.

Ensuite, il y aura encore 50 pour cent à traiter – on s'y attaque. Ce sera traité ultérieurement par le "managed care" et par la liberté de contracter, mais on n'oublie pas cela.

La solution du Conseil fédéral a le très grand avantage de se concentrer sur le problème du financement hospitalier, de ces 30 pour cent. Le péché mortel, j'allais dire, de la solution du Conseil des Etats, c'est de vouloir aller trop vite, au lieu de se concentrer sur le financement des hôpitaux et de dire: "Là où il y a responsabilité, il doit aussi y avoir paiement 50/50 pour cent." Si vous décidez de faire un partage 55/45 pour cent ou 60/40 pour cent, c'est votre choix; nous, nous proposons 50/50 pour cent. Les cantons ont la responsabilité du système hospitalier; ce sont eux qui maîtrisent ce système par la planification hospitalière. L'ambition du Conseil fédéral consiste à dire: "Augmentons la responsabilité des cantons là où ils ont les moyens d'agir et cherchons d'autres moyens pour augmenter la responsabilité des acteurs là où les cantons n'ont pas les moyens d'agir, c'est-à-dire dans le domaine ambulatoire."

Le péché mortel de votre proposition, c'est de diminuer, par rapport au projet du Conseil fédéral, la responsabilité des cantons là où ils ont une compétence et de leur donner une responsabilité financière là où ils n'ont aucune compétence. C'est ça, le fond du problème qui fait que je ne peux pas être d'accord avec vous et avec



la proposition qui est faite.

Sur beaucoup d'autres points, nous sommes d'accord. Les fameux forfaits liés aux prestations, aussi bien dans votre proposition que dans la nôtre, sont une chose avec laquelle on est d'accord.

Lorsque vous avez lu le projet du Conseil fédéral, vous avez eu l'air presque surpris, alors que c'était votre projet, que vous l'aviez approuvé après de longues discussions et qu'il n'avait pas fait l'objet de "dramas" lorsqu'il a été accepté. Cela n'a pas été l'élément qui a tué le précédent projet. Alors, croyez-moi, Monsieur Altherr et d'autres, c'est en toute modestie que je vous présente ce projet. C'est votre projet que je défends et que je trouve bon. Je me suis rallié à votre solution et aussitôt vous vous en êtes écartés. C'est une grande tristesse pour le Conseil fédéral, mais il doit réussir à s'en accoutumer s'il veut continuer d'occuper cette difficile fonction.

Vous avez proposé votre solution. J'ai voulu avoir une nouvelle discussion avec le Conseil fédéral qui, le 7 septembre dernier, a confirmé son option principale, de soutenir la solution du système dual fixe. Cela ne veut pas dire, Monsieur Altherr, que nous ne soyons pas prêts à faire un pas – encore faut-il qu'on nous y invite et qu'en face on propose aussi de faire un certain nombre de pas. Je crois que tout pas qui sera fait devra l'être en fonction des objectifs principaux du système: est-ce que la mesure que l'on prend permet à la fois de maintenir la qualité et de faire pression sur les coûts? Encore une fois – je le répéterai souvent durant cette intervention –, notre système fait plus pression sur ceux qui sont responsables que le vôtre, et en cela il est meilleur, puisqu'il atteint mieux l'objectif auquel on tend. On verra plus tard comment on fait pression sur les coûts dans le reste du secteur ambulatoire.

Madame Brunner, que je remercie d'avoir présenté le modèle du Conseil fédéral avec la sagesse qui caractérise les parlementaires de "longue durée" – dans le meilleur sens du terme –, a relevé que notre projet aurait un désavantage, c'est-à-dire qu'il maintiendrait la distorsion de concurrence entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Formellement, oui, mais dans la pratique, non. Imaginez-vous que les assurances, puisque c'est d'elles qu'il s'agit, auraient intérêt à envoyer plutôt les gens à l'hôpital parce que les cantons paieraient 50 pour cent? Soit, mais 50 pour cent de quoi? 50 pour cent de montants extrêmement élevés, parce qu'un séjour à l'hôpital coûte quand même plus cher que deux ou trois visites chez le médecin. Donc, la distorsion de concurrence n'existe pas.

Les assurances ne peuvent d'ailleurs pas faire de prescriptions médicales, ce sont les médecins qui les délivrent et ils ne se priveront pas de leur clientèle en l'envoyant à l'hôpital simplement pour éviter des frais aux assurances. De plus, ils n'éviteraient pas de frais aux assurances, ils les augmenteraient, car 50 pour cent d'une journée d'hôpital, c'est beaucoup plus qu'une ou deux visites supplémentaires chez le médecin. La distorsion de concurrence est donc une chose totalement théorique qui n'existe pas.

Les cantons ne sont pas suicidaires. Ils ne favoriseront pas des séjours à l'hôpital pour lesquels ils paieront 50 pour cent des frais. Ils auront tout intérêt à réduire le nombre de lits, parce qu'il y aura des risques. Ils auront tout intérêt à renvoyer le plus grand nombre possible de patients vers le secteur ambulatoire, ce que l'on souhaite. Les patients iront à l'hôpital seulement lorsque ce sera nécessaire, là où les assurances paieront 50 pour cent – ce qui est plus cher que 70 pour cent, ou même 100 pour cent, dans le secteur ambulatoire. Les assurances paieront 50 pour cent et les cantons aussi. Donc, l'argument de la distorsion de concurrence est un argument théorique. Dans la pratique, ce n'est pas un bon argument.

Par contre, votre modèle crée d'autres distorsions. Les prestations fournies dans les domaines hospitalier et ambulatoire seraient financées par les cantons d'après les mêmes règles. Les cantons sont responsables de la planification hospitalière; ils n'ont en revanche aucun pouvoir de contrôle dans le domaine ambulatoire.

Réfléchissons maintenant un instant – car aucun de vous n'a abordé ce problème – au fonctionnement du système proposé par la commission de votre conseil. Je ne suis pas sûr qu'on puisse dire que c'est un véritable système moniste. Mais on ne va pas se battre sur ce problème, cela relève un peu du débat sur le sexe des anges! Mais quand même, de temps en temps, c'est sympathique de se disputer sur des problèmes théoriques comme ceux-là.

Je partage l'avis, pour une fois – et j'espère que c'est le début d'une longue pratique! –, de Madame Sommaruga. Cette dernière dit: "En réalité, votre système n'est pas un système moniste." Je crois que c'est juste: c'est un système dual. Quelqu'un paie 100 pour cent et se fait rembourser 30 pour cent: vous avez un système dual, comme nous d'ailleurs. On dit que c'est quelque chose d'extrêmement novateur, mais en fait, vous avez le même système que nous! Ce n'est pas un système moniste: quelqu'un paie 100 pour cent, puis se fait rembourser 30 pour cent. Et 30 pour cent par facture! Alors moi, si j'étais celui qui devrait rembourser 30 pour cent

AB 2005 S 696 / BO 2005 E 696

par facture, je voudrais mettre le nez dans ces factures, parce que je n'accepterais pas de rembourser auto-





matiquement 30 pour cent du montant de factures que je n'aurais pas contrôlées.

Chaque assuré, chaque "citoyen" – tous permis confondus! – qui bénéficie de l'assurance obligatoire des soins, envoie environ dix factures par an à l'assurance. Cela fait 60 millions de factures par an! Les assurances, d'après les chiffres qu'on m'a donnés, et je crois que c'est juste – vous me dites si c'est faux –, ont de l'ordre de 9000 employés au minimum – je crois même que c'est plus –, et un petit calcul simple nous a fait dire qu'environ 4000 personnes en Suisse s'occupaient de contrôler les factures. C'est presque une division – dans le passé, ça ne l'était pas, mais avec les effectifs actuels, c'est presque une division! 4000 personnes s'occupent donc de contrôler les factures! Et ces 60 millions de factures gérées par 4000 personnes – en me promenant ce matin, j'ai essayé de voir combien de factures chacune de ces personnes vérifie par an, et je crois que c'est à peu près 4000 – seront toutes envoyées aux cantons.

Les cantons, libéralement, obtiennent le droit de contrôler les factures. Ils le feront, vu qu'ils seront appelés à payer 30 pour cent des factures et vu les tensions qu'il y a entre eux et les assurances; ils le feront donc, ou en tout cas ils feront des sondages. Alors, disons même qu'ils ne vérifieront que 20 pour cent des factures, cela représentera une armée, un – beau – régiment de 800 personnes supplémentaires dans les administrations cantonales. Ce sont les médecins cantonaux qui contrôleront ces factures avec un état-major. Croyez-moi, ils seront pour: si vous interrogez les cantons et que ce sont les médecins cantonaux qui établissent le préavis sur la proposition, ils iront à fond dans votre sens. Ce seront donc 800 personnes de plus dans ces administrations. Ensuite, si on ne se met pas d'accord, qu'est-ce qui se passera? La proposition que vous faites est claire: si on ne se met pas d'accord, pour chaque facture où on ne s'est pas mis d'accord, on ira au tribunal cantonal des assurances – nouveaux bienfaits, nouvelle extension de personnel et nouveaux contrôles à un niveau supérieur, avec naissance de nouveaux problèmes! Mais soyons pratiques: ce système est extraordinairement novateur, mais c'est un programme d'impulsion pour les frais administratifs et dans ce sens-là, je n'arrive pas à l'accepter.

Je dois vous dire que dorénavant, chaque fois que je verrai poindre une augmentation des risques bureaucratiques, je combattrai ces systèmes. Je crois que ce qui va tuer le système démocratique en Suisse, ou en tout cas le système démocratique de la santé en Suisse, c'est l'impression d'être devant une machine qui est en train, chaque fois qu'il y a une faiblesse, de s'accroître et de s'étendre comme un cancer non contrôlé.

Un autre exemple que j'ai cité l'autre jour à un groupe d'amis: que fait-on de ce 30 pour cent avec les gens qui ont une franchise? Est-ce que les cantons remboursent après ou avant épuisement de la franchise? Vous savez que la franchise, c'est quelque chose en général d'assez bien qui renforce la responsabilité individuelle. La solution que préconise la commission du Conseil des Etats consiste à rembourser avant épuisement de la franchise. Or, beaucoup de gens, lorsqu'ils ont des franchises, font un petit calcul: ils gardent les factures chez eux. Ils disent: "Si j'ai une franchise de 1500 francs, j'enverrai mes factures lorsque j'aurai atteint 1500 francs, mais tant que je suis à 500, 600 ou 700 francs, je garde les factures chez moi." Très bien, ça évite de la bureaucratie, mais à l'avenir les assurances appelleront tout le monde à envoyer les factures immédiatement, parce que l'assurance bénéficiera de 30 pour cent de paiement par le canton sans avoir à payer la facture, puisqu'on se trouve encore dans la franchise de 300, 500, 600 ou 1500 francs. Donc, le patriotisme de l'assuré, à l'avenir, consistera à envoyer toutes les factures dès que possible à l'assurance, avant d'avoir atteint les 500, les 600 ou les 1500 francs; en effet, ainsi il contribue de manière solidaire à faire baisser les coûts de son assurance, puisqu'il y a remboursement de 30 pour cent des frais par le canton sans que ça coûte un sou à l'assurance et sans que ça change grand-chose pour lui-même.

Concernant le contrôle des données, vous allez envoyer toutes les factures de tous les assurés aux cantons. Je viens d'un canton qui est relativement grand, mais où beaucoup de choses se savent sur beaucoup de monde – croyez-moi, tout le monde est très curieux de savoir ce qui se passe! Alors donc, aujourd'hui on envoie les factures aux assurances; ce sont des collaborateurs qui s'en occupent et en général, je dois dire que la sécurité des données est plutôt assez bien assurée. Mais demain, vous enverrez vos factures à l'assurance, puis ensuite l'assurance enverra les factures aux cantons et un deuxième groupe de gens aura accès à vos données strictement personnelles et pourra contrôler un certain nombre de choses.

Je commence à trouver cela un peu inquiétant: les cantons savent tout sur vous du point de vue fiscal – c'est juste et c'est normal; ils sauront dorénavant, par les services médicaux, tout sur vous du point de vue de la santé – et je trouve cela un petit peu gênant. Je crois que les vieux principes libéraux qui consistent à dire qu'il faut diviser les pouvoirs et qu'ils puissent se contrôler sont encore une bonne chose, et je préférerais que les factures restent chez l'assureur. On me dira: "Mais malgré tout, vous, dans votre système, vous voulez faire envoyer aux cantons les factures de l'hôpital." C'est vrai, mais là, c'est pour payer les 50 pour cent; et aujourd'hui, de toute façon, les hôpitaux sont en mains des cantons qui peuvent exercer un contrôle assez strict; c'est vrai, mais ce ne sont pas toutes les factures qui seront communiquées.



Vous prévoyez aussi, dans le système, que les cantons aient deux ans pour s'adapter et que, s'ils ne s'adaptent pas, les règles anciennes soient applicables. Alors, vouloir appliquer un système contre l'avis des principaux intéressés, c'est quelque chose qui ne va pas. C'est l'une des désillusions que j'ai eues lorsque le Tarmed a été introduit. Je ne l'ai pas voulu, mais je le trouve bien parce qu'il donne de la clarté; il est antérieur à mon arrivée ainsi qu'à l'arrivée de Madame Dreifuss au Conseil fédéral, je crois, ayant fait l'objet de quatorze ans de négociations; cela fait un âge canonique! Le système du Tarmed a été relativement bien accepté du point de vue technique – pas du point de vue émotionnel – par les médecins, mais plutôt mal par les hôpitaux qui ont eu du retard, qui ont relativement mal réagi du point de vue du temps à l'introduction du Tarmed.

Or, le Tarmed n'est rien à côté de ce qu'on introduit maintenant auprès des cantons que l'on oblige à prendre en charge 30 pour cent des prestations sur lesquelles ils n'ont aucun contrôle! Donc, introduire un système dans lequel un des principaux partenaires – qui devra participer à sa réalisation – manifeste dès le départ une opposition de fond, c'est quelque chose d'extrêmement dangereux.

Revenons à votre système dual fixe de financement des hôpitaux que le Conseil fédéral vous repropose, après que vous en avez débattu dans la législature précédente et au début de la présente. L'avantage, je le répète, c'est de donner la responsabilité aux cantons. On nous dit: "Les cantons auront à changer deux fois le mode de fonctionnement informatique des hôpitaux." Mais pourquoi?

Ils introduiront les forfaits liés aux prestations; ça, vous le voulez, nous le voulons. Ensuite l'ordinateur divisera par deux: 50 pour cent aux cantons et 50 pour cent aux assureurs.

Lorsqu'on a le système moniste, si on veut passer à la liberté de contracter – qui me paraît être la bonne chose à terme, y compris avec les hôpitaux – au pire on supprimera la division par deux sur l'ordinateur et ce sera terminé. Il n'y a aucun problème informatique. Le problème informatique, c'est l'introduction du forfait lié aux prestations – et ça, vous le voulez et nous le voulons aussi. Il n'y a pas de frais supplémentaires avec notre système; il y a simplement une fois à introduire une division par deux et peut-être un jour à supprimer cette division, et puis c'est tout. Croyez-moi, je suis nul en informatique, mais je sais quand même que ce n'est pas quelque chose de dramatique et d'extrêmement important.

AB 2005 S 697 / BO 2005 E 697

On nous dit que le système du Conseil fédéral coûtera plus cher aux assurés, parce que les cantons paient aujourd'hui plus que 50 pour cent. Eh bien, ayons une discussion à ce sujet! Et si vraiment la preuve est faite par des chiffres et des indications qui montrent que les cantons paient plus, alors passons à 55 pour cent et 45 pour cent. Les cantons ne seront pas d'accord, ça, c'est probable, mais on sent bien qu'à un moment donné il faudra dépasser l'opposition avec les cantons, pour faire quelque chose qui leur donne des compétences, mais aussi des obligations. Ouvrons la discussion sur ce sujet et nous pourrions trouver un système qui permet de favoriser les choses.

Votre solution est hautement fédéraliste, mais fédéraliste avec tout ce qu'il y a de plus dangereux, c'est-à-dire que chaque canton aura son propre taux de financement – c'est 30 pour cent en principe, mais cela peut être moins dans certains cantons. Il y a tous les problèmes de financement et de planification d'un canton à l'autre qui existent aussi dans notre système, mais qui sont probablement plus faciles à résoudre dans notre système que dans le vôtre.

Je pourrais continuer longtemps à plaider. Je le redis: nous sommes d'accord sur des objectifs, sur des mesures pratiques – des forfaits liés aux prestations. Nous sommes d'accord sur l'idée qu'à terme la meilleure chose – je pense que c'est le cas pour la majorité d'entre vous –, c'est un système moniste avec liberté de contracter. Parce que le système moniste – et votre système n'est pas un système moniste dans le vrai sens du terme – sans liberté de contracter n'amène rien. Et c'est un peu la difficulté que je vois dans votre système; il diminue la pression sur les coûts et n'en exerce pas.

Il a été dit par Madame Fetz en particulier: "Il faut limiter les coûts." Mais dites-moi en quoi vous limitez les coûts? Dans les 30 pour cent payés par les cantons, dans le 50 pour cent – voire dans le 70 pour cent si on y ajoute l'ambulatoire et les médicaments –, ceux-ci n'ont aucune compétence. Cela ne limite en rien les coûts. Et là où ils peuvent limiter les coûts, on les libère d'une partie de leur responsabilité.

Alors, il semble que vous allez décider le renvoi en commission. Je vous en supplie, ne donnez pas mandat à la commission d'écouter les gens et de présenter exactement la même proposition en disant: "On a écouté les gens." Dites à la commission: "Recherchez une solution avec le Conseil fédéral." Monsieur Altherr, nous sommes "beweglich", presque trop parfois. Nous sommes prêts à rechercher une solution, mais une solution qui évite les défauts principaux du système actuel et qui évite aussi le risque de témérité. Le risque de témérité, c'est de vouloir réduire tout en un coup, ce qui serait en effet logique, mais finalement le monde réel n'est pas aussi simple que cela.



Je termine en vous remerciant tout d'abord de la sérénité de ces débats, en vous remerciant d'être d'accord d'ouvrir la discussion avec le Conseil fédéral et de ne pas le considérer comme un partenaire insignifiant et inutile, et de reprendre la discussion ultérieurement. Je m'opposerai à des extensions de projets qui aboutissent un jour à des échecs; mais pour l'instant, discutons!

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Präsident (Frick Bruno, Präsident): Wir stimmen über die Rückweisungsanträge ab. Ich betrachte den Antrag Leuenberger-Solothurn und den Antrag Hess Hans als identisch. Herr Wicki beantragt eine andere Art der Rückweisung.

Erste Abstimmung – Premier vote
Für den Antrag Wicki 27 Stimmen
Für den Antrag Leuenberger-Solothurn/Hess Hans 15 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote
Für den Antrag Wicki 36 Stimmen
Dagegen 1 Stimme

Präsident (Frick Bruno, Präsident): Das Geschäft geht somit zurück an die Kommission.