



04.061

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

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

Fortsetzung – Suite

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)

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)
1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)**

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Der Ständerat ist am 20. September 2005 auf die Vorlage eingetreten und hat sie an die Kommission zurückgewiesen. Nun liegt eine neue Vorlage vor. Deshalb ist eine sogenannte freie Aussprache nötig.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Il est fort difficile d'introduire à nouveau ce débat en raison de toutes les émotions et de la pluie d'idées plus ou moins neuves que ce projet a suscitées.

Vous vous rappelez qu'au cours de la session d'automne, notre conseil a renvoyé en commission la proposition qu'elle avait élaborée. C'est heureusement la proposition Wicki qui l'a emporté à ce moment-là, demandant à la commission de faire encore une consultation auprès des cantons, et non pas les propositions Leuenberger Ernst et Hess Hans qui voulaient obliger la commission à trouver une solution conjointement avec les cantons. En effet, si nous avions dû suivre cette dernière injonction, nous ne serions pas encore en situation de vous faire un rapport.





Nous avons donc consulté encore une fois les cantons sur notre proposition du 30 août 2005, et nous avons pu constater que l'opposition des cantons était inébranlable, et qu'il n'y avait guère moyen de trouver une solution consensuelle. Nous avons donc décidé, par 7 voix contre 3, d'abandonner le projet élaboré par la commission, et nous avons demandé au Conseil fédéral de bien vouloir nous présenter un nouveau projet dit "variante bis" après en avoir discuté avec les cantons.

Afin d'introduire le système des forfaits liés aux prestations avec des critères uniformes pour toute la Suisse, il est nécessaire en effet de disposer d'une base légale. Tout le monde est d'accord que l'introduction du système de forfaits liés aux prestations, qui va nous amener plus de transparence, va nous permettre de faire des comparaisons entre les différents hôpitaux. Et en principe, chaque fois que l'on peut obtenir plus de transparence, on peut à terme espérer aussi une plus grande maîtrise des coûts. Mais il est alors aussi indispensable de modifier le mode de financement, et c'est là que surgit la difficulté.

Le Conseil fédéral nous a proposé une variante bis proche de son premier projet, avec un système de financement dual et des rapports de financements modulables au niveau cantonal – donc ce n'est plus un système dual fixe –, avec une planification liée aux prestations et avec l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière et ayant un mandat de prestations.

C'est sur la base de cette variante bis que nous avons ensuite travaillé en commission et que se fonde essentiellement le projet que nous vous présentons aujourd'hui.

Nous avons dû bien sûr constater également que les cantons ne sont pas pleinement satisfaits de cette deuxième mouture. Fondamentalement, ils souhaiteraient une totale autonomie dans leur planification hospitalière et ils aimeraient en revenir au statu quo ante. Ils ne sont pas d'accord que l'on traite de manière égale les hôpitaux publics et les hôpitaux privés; c'est leur concept fondamental. Ils s'opposent donc à des éléments qui se trouvent être depuis le début dans le projet du Conseil fédéral. Toutefois, leurs critiques précises se rapportent maintenant plutôt aux montants de la participation cantonale et aux liens que nous avons établis avec le montant de la prime d'assurance moyenne cantonale pour les adultes. J'y reviendrai plus tard dans la discussion par article.

La controverse porte aussi sur la définition des prestations d'intérêt général, mais cela ne devrait pas être déterminant quant au sort de cette révision.

Quant à "H+", pour parler d'une autre organisation, elle dit au contraire que le projet est discriminatoire à l'égard des hôpitaux privés et que les cantons ont beaucoup trop de compétences dans la planification hospitalière; c'est le même texte de loi avec une interprétation extrêmement divergente. Je crois que l'interprétation de la commission a plutôt donné satisfaction aux cantons puisque, notamment en matière de planification hospitalière, nous avons restreint le recours au minimum. Nous avons donc assuré une large autonomie aux cantons en cette matière. J'y reviendrai dans la discussion par article à l'article 53.

Pour ce qui est de trouver une solution consensuelle, nous n'avons donc pas vraiment abouti, mais nous avons quand même réussi une grande percée dans la convergence des estimations de part et d'autre. Pour la première fois en effet, nous avons les mêmes estimations, les mêmes chiffres – même si ce ne sont que des estimations – de la part des cantons et de l'Office fédéral de la santé publique; même Santésuisse se rallie à ces estimations. Pour la première fois, nous pouvons commencer ce débat avec les mêmes chiffres, au lieu de débiter par une bagarre de chiffres. Voilà au moins un élément dont le Conseil national pourra profiter.

Nous pouvons affirmer sans hésiter que les objectifs fixés par le Conseil fédéral dans son message ont été atteints avec le modèle que nous vous présentons. C'est pourquoi, au nom de la commission, je vous prie de le suivre, de manière que nous puissions conclure une fois dans notre conseil cette approche d'un problème délicat.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Das Wort hat nun Herr Stähelin. Er schlägt ein anderes Konzept vor. Wir werden daher am Anfang der Detailberatung sehr wahrscheinlich einen Systementscheid treffen müssen.

Stähelin Philipp (C, TG): Besten Dank für diesen Vorschlag! Ich habe den Antrag gestellt – damit meine ich meine Minderheitsanträge zu den Artikeln 39ff. –, das sogenannte alte Modell, wie Sie vorhin gehört haben, wieder aufzugreifen; das heisst, dass wir die Debatte auf der Grundlage des alten Modells führen und nicht auf das Modell bis wechseln. Meine Ausführungen zu Beginn dieser Debatte sind deshalb etwas ausführlich. Es geht tatsächlich um den Systementscheid.

Letztes Jahr hat unsere Kommission eine Vorlage zur Spitalfinanzierung unterbreitet, die markant vom Vorschlag des Bundesrates der sogenannte dual-fixen Lösung abweicht und – dies der Kernpunkt – die Gleichbehandlung der stationären und der ambulanten Leistungen vorsieht. Am 20. September letzten Jahres wiesen wir die Vorlage der Kommission an die Kommission zurück, und zwar – unsere Referentin hat es vorher gesagt



– entsprechend dem Antrag von Kollege Wicki mit dem Auftrag, vorerst bei den Kantonen in geeigneter Form eine Vernehmlassung zum Vorschlag der SGK vom 30. August 2005 betreffend die Spitalfinanzierung durchzuführen. Dieser Antrag setzte sich klar gegen zwei

AB 2006 S 40 / BO 2006 E 40

weitere Anträge durch, die den Auftrag erteilen wollten, mit den Kantonen eine sogenannt tragfähige Lösung für die Spitalfinanzierung zu finden, um, gesagt oder ungesagt, ein Kantonsreferendum zu vermeiden.

Sie erinnern sich: Immer wieder kam in der Diskussion zum Ausdruck, dass es nötig sei – ich zitiere hier unsere heutige Kommissionspräsidentin –, "die Spitalfinanzierung, die bekanntlich mit falschen Anreizen dafür sorgt, dass die Spitalkosten höher als notwendig ausfallen, zu reformieren". So weit das Zitat, das in meinen Augen immer noch seine Gültigkeit hat. Der Kommissionsvorschlag sei hierzu ein richtiger Ansatz. Aber es seien nochmals die Kantone, deren Gesundheitsdirektoren sich bekanntlich in den Tagen vor der Debatte recht heftig zu Wort gemeldet hatten, anzuhören und einzubeziehen.

Nun, das hat die Kommission inzwischen auftragsgemäss ausgiebig getan – und sie hat in der Folge eine neue Variante "bis" gefunden. Es soll sich dabei um ein sogenanntes Kompromissmodell handeln. Unwillkürlich stellt sich nun die Frage: Kompromiss zwischen welchen Vorstellungen und Modellen? Sicher nicht zwischen den Grundvorstellungen der Kommission vom letzten Jahr – der Grundgedanke der Gleichbehandlung von stationären und ambulanten Leistungen wird ja fallen gelassen – und der dual-fixen Lösung des Bundesrates; dessen Grundgedanke des generell festgelegten, eben fixen Teilers zwischen Versicherungen und Kantonen wird ja ebenfalls fallen gelassen. Geht es denn wenigstens um einen Kompromiss hin zu den Vorstellungen der Kantone? Die Kommissionsmehrheit hat es zwar sicher so gesehen. Ist sie dabei aber nicht einer Selbsttäuschung erlegen?

Auch Sie haben dieser Tage vielfältige Post von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erhalten, so etwa die Märzausgabe von "GDK CDS santé! Standpunkte der Gesundheitsdirektorenkonferenz". Was steht dort zu diesem Kompromissmodell? Gemäss Lead ist die gefundene Lösung "für die Kantone nur tragbar, wenn noch einige Nachbesserungen vorgenommen werden. Sonst droht ein noch grösserer Kostenschub." Sodann steht, die Vorlage "zieht eine zusätzliche Belastung der Grundversicherung und der Kantone nach sich. Das Ziel der Kosteneindämmung bleibt hingegen weitgehend auf der Strecke." "Die Umsetzung" – dies der letzte Satz dieser Postille – wäre "verantwortungslos".

Noch klarer äussert sich die GDK im Brief vom 3. März, den wir dieses Wochenende erhalten haben: "Im Rahmen des Konsultationsverfahrens bei den Kantonen, welches innert kürzester Frist erfolgte, war ein Meinungsbildungsprozess innerhalb der GDK ausgeschlossen. Aus den Stellungnahmen der Kantone wird aber klar, dass eine offene Ablehnung einzig aus politischen Gründen ausbleibt, sachlich der Kompromissvorschlag hingegen nicht zu überzeugen vermag." Und dann: "Die Unterstützung nachfolgender Stellungnahme seitens der Kantone erfolgte unter Betonung, dass die Mindestanforderungen hervorgestrichen würden, die unbedingt erfüllt sein müssen, damit die Kantone überhaupt auf das Modell eintreten können. Hingegen vermögen die Anträge der SGK-SR vom 24. Januar 2006" – also diejenigen, die die Kommissionsmehrheit jetzt vorschlägt – "aus gesundheits-, ordnungs- und versorgungspolitischer Sicht sowie mit Blick auf das Ziel der Eindämmung der Kostenentwicklung kaum zu überzeugen."

Und die geschlossene Ostschweiz, inklusive Zürich, welche sich der gemeinsamen Stellungnahme nicht angeschlossen hat, "lehnt das Modell der SGK-SR gemäss den Anträgen vom 24. Januar 2006 offen ab". Diese Kantone unterstreichen in Übereinstimmung mit jenen, die der vorliegenden gemeinsamen Stellungnahme zugestimmt haben, dass die Vorlage in erster Linie Kostenverschiebungen zulasten des KVG und beträchtliche Unsicherheiten ohne ersichtlichen Mehrwert bringt. Sie betonen, dass die nachfolgenden Anmerkungen zur Ausgestaltung der Spitalliste auf Probleme von grösster Tragweite und Komplexität hinweisen, die erst in Ansätzen ausgeleuchtet sind usw. "Sie lehnen somit das vorliegende Modell ab."

Als ehemaliger Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz meine ich, diese Ausdrucksweise und den Anhang, der über Seiten hinweg weitere Anmerkungen und Anträge enthält, einigermassen werten zu können. Die Kantone bzw. deren Gesundheitsdirektoren stellen sich ebenso wenig hinter die neuen Vorschläge, wie sie sich hinter die bisherigen oder gar jene des Bundesrates gestellt haben. Die Finanzdirektoren, die hier ja auch eine Rolle spielen, haben sich dazu noch gar nicht geäussert. Sie haben sich bei früherer Gelegenheit aber wenigstens positiv zu einer Gleichbehandlung von stationärem und ambulantem Bereich gestellt, also zu den ersten Vorschlägen unserer Kommission vom letzten Jahr.

Machen wir uns also nichts vor. Wir können so oder so nicht alle Kantone von einer der neuen Lösungen überzeugen. Möglicherweise werden bei einer Weiterbehandlung im Zweitrat noch Kompromisse gefunden werden, die diesen Namen verdienen und befriedigend sind. Dann aber ist es entscheidend, auf welcher



Grundlage der Zweitrat seine Beratungen aufnimmt. Ist es eine Lösung ohne Linie, die Fehlanreize lediglich zu kaschieren sucht und sie nicht beseitigt? Oder ist es eine Lösung, welche die Finanzierung grundsätzlich transparent gestaltet und die Kostentreiberei eliminiert?

Ich bin persönlich davon überzeugt, dass wir nur auf der Grundlage unserer Kommissionsvorschläge vom letzten Jahr, die ich nun wiederaufgenommen habe, weiterkommen. Dabei müssen wir uns auch weiterhin bewusst sein, dass dem Neukonzept der Spitalfinanzierung auch für die weiteren Schritte der Revision des KVG eine Schlüsselrolle zukommt. Dies insbesondere deshalb, weil weitere Revisionsteile wie die Bereiche Managed Care, Vertragsfreiheit und Pflegefinanzierung ganz entscheidend vom Lösen der "Knöpfe" der bisherigen dualen Finanzierung abhängen, ja, dass sie ebenfalls Bastelübungen bleiben, wenn die Finanzierung von stationärer Behandlung und die Finanzierung von ambulanter Behandlung weiterhin unterschiedlich aufgezügelt werden. So greift der Hebel von Managed Care nur zu kleinen Teilen, wenn die duale Finanzierung bleibt oder der kantonale Anteil gar aufgestockt wird. Wer soll denn noch Einschränkungen auf sich nehmen, wenn der Staat ohnehin zahlt? Vertragsfreiheit wird für den stationären Teil geradewegs ausgeschlossen. Nur der Entscheid hin zur Gleichbehandlung der stationären und der ambulanten Leistungen öffnet hier die Wege. Auch die reale Entwicklung in Spitälern und Ärztegemeinschaftspraxen geht längst in diese Richtung.

Es braucht diesen Systementscheid, um bisherige Fehlanreize und Blockierungen zu lösen und – vergessen wir das nicht – um das Sparpotenzial auszuschöpfen. Hier enthalten die neuen, "amputierten" Kommissionsvorschläge einzig im Tariffbereich, dank der Einführung leistungsabhängiger Fallpauschalen, ein kostensenkendes Potenzial. Aber auch hier, wie Santésuisse in ihrem neuesten "Brennpunkt Gesundheitspolitik" schreibt, "verhindern die ungleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Behandlungen und der weiterbestehende Vertragszwang jedoch eine optimale Ausschöpfung des vorhandenen Sparpotenzials". Dem ist lediglich noch beizufügen, dass ja die Einführung von Fallpauschalen mit dem Swiss-DRG-System ohnehin schon im Gange ist.

Die nun, in allen Modellen übrigens, dazu vorgeschlagenen Regelungen sind zwar sinnvoll und zweckmässig, Fallpauschalen, DRG und leistungsbezogene, outputorientierte Finanzierung können aber durchaus schon heute und ohne Gesetzesänderung eingeführt werden – nichts dagegen, aber an sich nicht notwendig. Allerdings sind dabei die steten Streitereien zwischen Kantonen und Versicherern ein Hemmschuh, der aber wieder mit der dualen Spitalfinanzierung zusammenhängt. Der schwarze Peter liess sich ja bisher trefflich hin und her schieben, und über den richtigen Finanzierungsanteil kann unendlich gestritten werden. Ich kann auch als Mitglied des Verwaltungsrates der Spital Thurgau AG ein Lied davon singen. Dies ist nicht zuletzt ein

AB 2006 S 41 / BO 2006 E 41

Grund, weshalb ich bei der Gesprächsrunde der Groupe Mutuel mitwirke, um hier entgegenzuwirken.

Diese unselige Streitkultur wird auch nach den neuen Kommissionsvorschlägen verbleiben, und die Hin-und-her-Schieberei macht unter anderem für Kantone, die ihre ehemaligen Kantonsspitäler verselbstständigt haben, keinen Sinn, hemmt aber die weitere Ausgliederung von Kantonsspitalern aus der allgemeinen Verwaltung.

Unsere Kommission hat sicher mit viel gutem Willen an einer sogenannt verträglichen Lösung herumstudiert. Die Ziele, die den Ausgangspunkt der Revision bildeten, werden damit aber nicht erreicht. So wird auch die Schnittstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung wohl kaum geklärt. Wird die Mehrheit der Privatkliniken als subventionsberechtigt anerkannt, so laufen die Kosten für die Kantone aus dem Ruder. Bei restriktiver Praxis der Kantone aber werden die Probleme der Privatspitäler und deren Klientel nicht kleiner. Die Marktverzerrungen zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Spitälern werden weiter akzentuiert. Die zusätzlichen Beiträge für Privatkliniken und Privatpatienten werden faktisch durch die Kantone zu finanzieren sein, ohne dass diesem Vorgang ein gesicherter Nutzen gegenüberstünde. Als Nachteile sind demgegenüber staatliche Auflagen für Privatspitäler absehbar, mit entsprechender Einschränkung der unternehmerischen Freiheit und Innovation.

Zudem wird der Privatpatientenmarkt zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Spitälern, vor allem aber nach Kantonsgrenzen aufgrund der unterschiedlichen Spitalisten der Kantone aufgesplittet. Der Umstand, dass bei Leistungen, die stationär wie ambulant erbracht werden können, weiterhin und noch ausgeprägter die gesamthaft teurere Variante subventioniert wird, verstärkt unsinnige Anreize. Der Kreis subventionierter Anbieter dürfte sich insbesondere im Rehabilitationsbereich noch massiv vergrössern. Die Möglichkeiten, mit Marketing und Networking auch im Grundversicherungsbereich eine zusätzliche Nachfrage zu generieren, steigen entsprechend. Die teuren Spitalplanungen der Kantone und die Wettbewerbseinschränkungen werden dadurch ausgebaut. Künftig würden die Kantonsgrenzen aufgrund unterschiedlicher Planungen der Kantone auch für Privatkliniken bedeutsamer werden. Damit würde die interkantonale Zusammenarbeit



weiter erschwert. Unterschiedliche kantonale Verteilungsschlüssel der Spitalfinanzierung komplizieren zudem kantonsübergreifende Spitalbehandlungen. Schliesslich ist der Ausbau der kantonalen Planung im Kern wohl inkompatibel mit der gleichzeitig propagierten Öffnung des Marktzutritts für ausländische Spitäler.

Eine Lösung, die absehbare, enorme Vollzugsprobleme mit sich bringen wird, darf nur dann weiterverfolgt werden, wenn dem hohen Preis ein klar ausgewiesener Nutzen gegenübersteht. Gerade dies ist hier nicht der Fall. Sowohl Kantone wie Versicherer erwarten viel grössere Mehrkosten. Steuern wie Prämien werden also noch mehr unter Druck geraten. Dass die heutigen Fehlanreize aber erst mit der einheitlichen Finanzierung von Spitalleistungen und ambulanten Leistungen beseitigt werden können, weiss selbst die Kommissionsmehrheit, wenn sie gleichzeitig wieder eine entsprechende Motion vorschlägt.

Ich bitte Sie, heute konsequent und im Sinne der Anträge vom August 2005 zu beschliessen und der Minderheit zu folgen.

Heberlein Trix (RL, ZH): Wir haben ja im letzten Jahr die allgemeine Eintretensdebatte geführt. Heute führen wir, möchte ich sagen, ein Rückzugsgefecht, und zwar gezwungenermassen, weil uns der Rat durch seinen Beschluss dazu verpflichtet hat, eine Vorlage neu zu diskutieren, die zwar halbwegs neu ist – es ist die Vorlage 1bis des Bundesrates.

Wir haben eine Kommissionsmotion verabschiedet, die wieder dazu führen soll – da hat Herr Stähelin Recht –, das Ziel, das wir eigentlich nicht aus den Augen verlieren wollten, auch zu erreichen, und zwar innert nützlicher Frist. Diese Motion wurde bereits einmal verabschiedet, und zwar ohne Gegenstimme und ohne Widerstand des Bundesrates. Bei der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes, wenn Sie sich vielleicht noch erinnern, war die Jahresfrist nur 2006, und wir müssten eigentlich schon bei dieser Vorlage sein. Sie sehen, wir haben die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen nicht aus den Augen verloren, und ich bin daher auch enttäuscht, dass der Bundesrat diese Motion ablehnt; in der Kommission hatte ich noch ein anderes Gefühl gegenüber den Äusserungen des Bundesrates.

Durch dieses Rückzugsgefecht, das aufgrund des massiven Widerstandes der Kantone geführt werden muss, entstand eine Vorlage, die niemanden wirklich befriedigt, wahrscheinlich zuletzt die Kommissionsmitglieder, die eigentlich einen anderen Entscheid wollten. Zwar wird der Weg zur leistungsabhängigen Finanzierung vorgeschrieben. Kantone und Spitäler sind aber bereits auf diesem Weg, auch ohne unsere Gesetzgebung, und – Sie haben es gehört – sie sind bei der Einführung des Swiss-DRG-Systems ja bereits weit fortgeschritten, und dazu braucht es auch keine Gesetzesrevision.

Wir haben eine paritätische Finanzierung durch Kantone und Versicherer unter Einbezug der Investitionskosten beschlossen – auch diese ist ein wichtiger Schritt. Wir haben die Gleichstellung der Listenspitäler, der öffentlichen und der privaten, in Bezug auf Planung und Finanzierung beschlossen, ebenso die Gleichstellung aller Versicherten mit oder ohne Zusatzversicherung – dies eine Vorgabe aufgrund des auch schon in die Jahre gekommenen bundesgerichtlichen Entscheides, hinter die wir ohnehin nicht zurückgehen können und wollen. Die Rechtsprechung hat uns diesen Weg gewiesen. Wir haben ja jetzt die Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz gehört, und zu dieser Stellungnahme müssen wir sagen: Auch das wollen sie bei der GDK nicht! Sie haben also die Vorlage, wie wir sie aufgrund Ihrer Vorgaben und nach einlässlicher Anhörung und nach persönlichen Gesprächen der Präsidentin der SGK und des Vizepräsidenten der SGK mit dem Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz zu weihnachtlichen Zeiten erarbeitet hatten, auch noch einmal zurückgewiesen!

Wir müssten eigentlich das ganze Gesetz im Sinne der GDK umschreiben – oder eben doch zum ursprünglichen Antrag zurückkehren, denn dieser wurde etwa gleich zerzaust wie der heutige. Nur eben, dort hatten wir auch den Bundesrat noch nicht auf unserer Seite; das ist zumindest ein Schritt, der gemacht wurde – wir diskutieren über einen Vorschlag des Bundesrates.

Sie haben der Kommission einen Auftrag erteilt, wir haben ihn erfüllt. Sie müssen nun entscheiden, ob wir diesen Weg halbwegs gegangen sind oder nicht und ob Sie diese Vorlage anerkennen.

Wir sind uns dessen bewusst, dass es für Nichtkommissionsmitglieder sehr schwierig ist, alle Entscheide und auch die praktischen Konsequenzen der Ausführungsgesetzgebung nachzuvollziehen, aber auch für die Kommissionsmitglieder ist dies schwierig. Auch da sind wir uns wahrscheinlich nicht alle einig, wie das letztendlich aussehen wird. Einzig unbestritten ist wohl die leistungsabhängige Finanzierung. Im Rahmen der Detailberatungen müssen wir aber noch einige problematische Punkte aufgreifen und, auch zuhänden des Zweitrates, Fragen stellen, die dort nochmals aufgenommen werden müssen. Für mich gehört die Berechnung des Kantonsanteils dazu; wir haben es auch von der Präsidentin gehört. Wir haben hier erstmals einheitliche Zahlen. Nur wollen die Kantone diese nicht anerkennen, weil sie davon ausgehen, dass der Sockelbeitrag, den sie während Jahren eingespart haben, auch zu den Zusatzkosten hinzugezählt werden muss, was uns nicht machbar



erscheint.

Ich bitte Sie, diese Vorlage jetzt zu beraten. Der Zweitrat kann dann allenfalls die notwendigen Verbesserungen und Korrekturen vornehmen, auch wenn wir alle eigentlich nicht der Meinung sind, dass wir das Gelbe vom Ei gefunden haben. Aber wir müssen jetzt einen Schritt weiterkommen.

AB 2006 S 42 / BO 2006 E 42

Schwaller Urs (C, FR): In der Herbstsession 2005 oder, um es militärisch auszudrücken und genau zu sein, am Morgen des 20. Septembers 2005 haben wir wegen des geschlossenen Widerstandes von 24 Kantonsregierungen, vertreten und sekundiert durch die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) sowie durch deren Fachdirektorenkonferenz, die GDK, den Vorschlag unserer Kommission schicklich beerdigt oder zumindest zwischengelagert. Der Vorschlag unserer SGK sah die monistische Finanzierung und die Gleichbehandlung in der Abgeltung von ambulanten und stationären Leistungen und damit einen eigentlichen Systemwechsel vor. Ziel war es, in einem Bereich, in dem die Kosten in den letzten Jahren überproportional angestiegen sind, mit einem Systemwechsel einen Beitrag zu leisten: zu effizienteren Spitalstrukturen, zu mehr Transparenz in der Finanzierung und vor allem auch zur Beseitigung falscher Anreize in der Wahl oder Dekretierung der ambulant oder stationär erbrachten Leistungen.

Wer wie ich Optimist ist und nach der beschlossenen Rückweisung hoffte, mit einem "Kompromissmodell bis" mehr als "nur" unseren Gesundheitsminister ins Boot zu holen, musste in den letzten Tagen tatsächlich etwas zurückrudern. Die GDK, mit deren Präsidenten – wir haben es gehört – wir uns mehrmals unterhalten haben, schrieb uns nämlich am 3. März 2006, eine offene Ablehnung bleibe einzig aus politischen Gründen aus, sachlich vermöge der Kompromissvorschlag nicht zu überzeugen. Offensichtlich lehnen sieben Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren das Kompromissmodell ab. Im Übrigen hängt für die GDK Eintreten von vier oder fünf Bedingungen ab, die aber zum Teil eine neuerliche grosse Überarbeitung der Modelle erfordern würden. Negativ äussern sich, das sei beigelegt, die Vertreter der Privatspitäler und verschiedener Versicherungen, und auch Wirtschaftsverbände sprechen von einem enttäuschenden Resultat. Nach ihrer heutigen Lesart, man höre und staune, wäre es besser gewesen, das ständerätliche Modell, ergänzt durch das Element der Vertragsfreiheit, weiterzuentwickeln.

Was nun? Sollen wir noch einmal eine Runde drehen, wohl wissend, dass verschiedene Akteure in Tat und Wahrheit gar kein Interesse haben, den heutigen Zustand zu verändern? Das ist das eigentliche Problem und führt zu diesem Treten auf der Stelle. Ich denke an die Kantone, die ihre Planungsaufgaben zum Teil nicht gemacht haben, die zwar die Bettenzahl vermindern, aber meistens die personalintensiven Strukturen in ihrer Spitallandschaft beibehalten und am Schluss mehr Steuergelder einschiessen. Ich denke auch an die Versicherer, welche die unaufhaltsam steigenden Kosten mit Prämien erhöhungen auffangen können oder müssen. Und ich denke auch an die Leistungserbringer, an die Spitäler; verschiedene ihrer Vertreter sagten mir in den letzten Wochen in Direktkontakten, so schlecht sei das heutige System gar nicht, man habe sich arrangiert und arbeite effizient.

Trotz all dieser Einwände werde ich für Eintreten stimmen und die Vorlage unterstützen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Wir müssen nun als Erstrat in der Frage der Spitalfinanzierung etwas bewegen. Der vorgelegte Entwurf ist ein Zwischenschritt; er zwingt die Akteure zum Handeln. Obwohl die letzten zehn Jahre gezeigt haben, dass nur die wenigsten Kantone echte Reformen vorgeschlagen und durchgesetzt haben, erwarte ich von der Einteilung der Spitäler in Listenspitäler und Vertragsspitäler und übrige Spitäler eine gewisse Flurbereinigung, zumindest auf mittlere Sicht. Die erste Planung ist bis Ende 2007 zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

2. Ohne diesen Zwischenschritt werden wir die nächste Etappe, die monistische Spitalfinanzierung, wie wir sie vorgeschlagen hatten und wie sie nun wieder von Kollege Stähelin eingebracht wird – inklusive der Frage der Vertragsfreiheit im stationären Bereich –, politisch nicht mehrheitsfähig machen können.

3. Der Bundesrat erlässt einheitliche Grundsätze für die Planung; die Kantone sind verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren, und der Bundesrat kann nach drei Jahren subsidiär tätig werden, wenn sich die Kantone in Fragen der Spitzenmedizin weiterhin nicht einigen können. Auch hier ist Handlungsbedarf gegeben.

4. Mit dem Vorschlag geht einher, dass im stationären Bereich das System des "tiers payant" gilt.

5. Der fünfte Punkt ist die Schaffung der notwendigen Grundlage für die schweizweit einheitliche Einführung von DRG. Ein ganz wichtiger Punkt der Vorlage ist meines Erachtens ein Element, welches in dieser Diskussion in den letzten Wochen etwas unterzugehen drohte, nämlich die Einführung von flächendeckenden Fall-



pauschalen im akutsomatischen Bereich, d. h. im Akutspital ohne Psychiatrie oder Langzeitpflege. In Zukunft sollen also in Spitälern nicht mehr Behandlungstage bezahlt werden, sondern Preise pro vordefinierten Fall. Eine Blinddarmoperation ohne Komplikationen und ohne Nebendiagnose erhält zum Beispiel einen bestimmten Frankenbetrag zugeordnet. Der Preis wird auf der Basis der Normkosten für diese Leistungen berechnet. Mit der in der ganzen Schweiz einheitlichen Definition der Fälle sind in Zukunft auch Vergleiche der Leistungen in Spitälern möglich. Das Modell Swiss DRG sieht vor, dass die Fälle vergleichbar werden, indem auch der Schweregrad und die Nebendiagnosen berücksichtigt werden.

Was bedeutet das für die Praxis? Die Kantone können ihre Leistungsaufträge – ob im heutigen oder im künftigen Finanzierungsmodell – auf präzisen und vergleichbaren Kostengrundlagen definieren, und die Versicherer können für die Tarifverhandlungen Preisvergleiche vornehmen. Es kommt also Bewegung in die Kostenfront, und diese Bewegung beinhaltet auch die Chance, dass man Kostenvergleiche unter den Spitälern anstellen kann und dass man sich bei den Vergütungen der Leistungen an den günstigen und trotzdem qualitativ guten Leistungserbringern orientieren kann. Diese Möglichkeit wird mit dem Regelungsvorschlag der Kommission geschaffen.

Es wäre deshalb fatal, wenn Artikel 49 durch den Streit um die Kompetenzen zwischen Kantonen und Versicherern noch lange nicht eingeführt werden könnte. Die ersten Erfahrungen in unserem nördlichen Nachbarland Deutschland zeigen nämlich, dass das Kostenwachstum pro Fallgruppe stabilisiert, ja gesenkt werden konnte, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital gesunken ist und dass über DRG eine Bereinigung der Spitallandschaft ausgelöst wird. Wir brauchen aber eine Grundlage, um das zu tun. Die Tarifpartner und die Kantone haben sich in einem Verein, der Swiss DRG heisst, zusammengeschlossen, um die technisch anspruchsvollen Arbeiten zur Einführung dieser diagnosebezogenen Fallentschädigung zusammen auszuführen. Dabei wollen sie – ich habe mich da in den letzten Tagen rückversichert – das Rad nicht neu erfinden. Sie stützen sich im Gegenteil nach einem Beschluss vom letzten Dezember auf das deutsche Modell ab und schliessen offenbar den Vertrag in diesen Tagen ab.

Dieses System leistungsorientierter Fallpauschalen soll nicht nur in allen Spitälern eingeführt werden, sondern auch für sämtliche obligatorischen Sozialversicherungen gelten. Auf der Basis dieses Modells werden dann die Anpassungen an unsere Verhältnisse vorgenommen. Die technischen Arbeiten bis zur Einführungsfähigkeit werden bis ins Jahr 2007 hinein andauern. Offenbar kann nachher die tarifwirksame Einführung stufenweise ab dem Jahre 2009 beginnen. Das steht also gerade im Einklang mit der von Ihrer Kommission erarbeiteten Vorlage – und damit schliesse ich.

In diesem Sinne lade ich Sie ein, mitzuhelfen, mit der Zustimmung zur Vorlage die notwendigen Voraussetzungen auch für diesen letzten wichtigen Punkt zur Kostenkontrolle oder -eindämmung mitzutragen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich gehe davon aus, dass meine Interessenbindung bekannt ist. Vorausschicken möchte ich, dass wir im Bereich der Spitalfinanzierung endlich etwas tun sollten. Wir sollten also nicht nur darüber reden, was man tun sollte.

Die Situation ist so, dass die Kosten der Spitäler mit einem Volumen von über 7 Milliarden Franken den grössten

AB 2006 S 43 / BO 2006 E 43

Kostenblock in der Krankenversicherung darstellen, also den grössten Prämienanteil benötigen. Sie bilden mit einem Wachstum von 22 Prozent – 22 Prozent! – innert zwei Jahren auch den am stärksten wachsenden Kostenblock. Im internationalen Vergleich liegen wir, was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital betrifft, an der Spitze. In keinem anderen Land ist der Anteil der Spitalausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben so hoch wie in der Schweiz: Er beträgt gegenwärtig 47 Prozent. Das zeigt, wie dringend eine Reform der Spitalfinanzierung ist. Wir müssen rasch in Richtung mehr Transparenz und auch mehr Effizienz gehen.

Nun hatten wir ja die Vorlage mit dem Monismus, Herr Stähelin möchte daran festhalten. Man kann natürlich sagen: Grundsätzlich hat Herr Stähelin mit seiner Vision Recht. H+ hat sogar davon gesprochen, dass das, was wir im September 2005 präsentiert haben, den grössten und innovativsten Schritt darstelle, der bisher in diesem Bereich getan worden sei. Es ist natürlich unbefriedigend, dass wir offensichtlich nicht die politische Kraft haben, diesen Weg zu gehen – einen Weg übrigens, der auch für die Kantone von Interesse wäre. Es gibt immer mehr Kantone, die dies in der Zwischenzeit auch einsehen. Aber ich glaube, wir dürfen uns nicht den politischen Realitäten verschliessen. Es geht ja um die Grundsatzfrage: Wollen wir weiterhin einen grossen, schwierigen Schritt tun, der allerdings kaum realisierbar ist, oder sind wir bereit, jetzt einen kleineren, aber realisierbaren und meiner Meinung nach auch sehr wichtigen Schritt zu tun?

Man redet den neu vorliegenden Kompromiss meiner Meinung nach zu schlecht. Er bringt folgende Punkte:



Er regelt Grundlagen für Statistikdaten; er regelt die Frage der Fallpauschalen, und zwar in Richtung Preise, also Ausrichtung nach den günstigeren Produzenten; er bringt endlich alle Listenspitäler – staatlich und privat – auf die gleiche Finanzierungsbasis; er sichert allen KVG-Versicherten eine Gleichbehandlung bezüglich der Kantonsbeiträge; und er gibt den Versicherungen in diesem grossen Gesundheitsmarkt auch die Möglichkeit, OKP-Verträge auch mit Spitälern abzuschliessen, die von den Kantonen nicht für die Versorgungssicherheit bestimmt sind.

Das sind wichtige und auch grosse Schritte. Das wird jedoch vonseiten der Kantone jetzt auch zerredet. Ich unterstelle ihnen nicht nur das. Aber es ist natürlich auch eine finanzpolitische Angelegenheit. Im Endeffekt geht es darum: Wenn es mehr kostet, dann sind wir dagegen, und wenn es weniger kostet, dann sind wir dafür. Das ist Gesundheitspolitik in der Schweiz, leider.

Ich möchte jetzt doch auch das Positive aus dem Schreiben der Kantone hervorheben. Auf Seite 2 stehen grau unterlegt die Bedingungen, welche die Kantone stellen. Ich sage nicht, dass diese Argumente in der Grauzone seien. Aber ich möchte Sie doch bitten, das genau zu lesen. Was wird hier gesagt?

Erster Punkt: Es wird gesagt: Die Kantone müssen die bedarfsbezogene Spitalliste in grösstmöglicher Autonomie und mit eingeschränktem Beschwerderecht usw. durchführen können. Das ist gewährleistet. Die Kantone bekommen aber keine Kostenvergünstigungen, wenn sie alle Spitäler der Schweiz auf die Liste nehmen. Sie bekommen einen bestimmten Betrag, einen bestimmten Prozentsatz pro Fall, und wenn sie zu teuer produzieren, dann haben sie die Defizite zu tragen. Allenfalls muss man das im weiteren gesetzlichen Verlauf noch präzisieren. Aber das ist eigentlich kein Problem.

Ein zweiter Punkt ist der Artikel, bei dem es darum geht, ob man 45 oder 60 Prozent festlegen will. Ich habe einen Antrag auf 60 Prozent gestellt. Sie schlagen hier 45 bzw. 55 Prozent vor. Das ist ein politischer Entscheid, der zu fällen ist. Wie viel bezahlen die Kantone, also die Steuerzahler, und wie viel bezahlen die Prämienzahler? Es ist legitim, dass man diese Frage so aufwirft.

Ferner, das ist der dritte Punkt, geht es um die Frage der Investitionen. Auch hier ist klar: Die Kantone entscheiden über ihre Investitionsbeiträge. Aber sie können nicht damit rechnen, dass diese Investitionen nachher voll vergütet werden. Vergütet werden in Zukunft über die Fallpauschale Preise. Der einzelne Kanton muss sich natürlich überlegen: Machen wir diese Investition, trägt sich diese Investition, oder trägt sie sich nicht? Wenn sie sich nicht trägt, muss er allenfalls diese Defizite übernehmen.

Vierter Punkt: Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen seien auf Forschung und universitäre Lehre zu beschränken. Das kann man auch anhand eines Antrages diskutieren. Die Kommission hat diese Frage eingehend diskutiert und ist zu anderen Ergebnissen gekommen.

All diese Punkte sind hier diskutiert worden, und sie sind in den Anträgen enthalten, vielleicht nicht in jedem Punkt, wie es die Kantone wollen, aber es ist jetzt Sache dieses politischen Prozesses, diese Fragen zu entscheiden.

Dann sagen die Kantone in Punkt 5: "Falls sich die Realisierbarkeit der Vorlage hinausschieben sollte, sind die Artikel über die leistungsbezogene Finanzierung sowie die Daten und Statistiken aus der Vorlage herauszubrechen und vorgezogen zu verabschieden." Also dieser Teil wird akzeptiert. Sie sehen, es ist nicht so, dass das hier ein reines Negativkonzept ist. Die negativen Punkte kommen in der Auseinandersetzung über die Finanzierung zum Ausdruck, und die müssen wir nachher in der Detailberatung bereinigen. Allenfalls muss dann der Zweitrat auch noch Nachbesserungen vornehmen.

Wir möchten Sie in diesem Sinne bitten – auf die Vorlage sind Sie eingetreten –, diese Vorlage jetzt so durchzuberaten, wie es die Kommission vorschlägt. Es ist ein Schritt in Richtung mehr Effizienz und Transparenz. Es könnte mehr sein, das ist zuzugeben, aber wenn wir jetzt immer wieder mit neuen und mit alten Modellen kommen und jeder mit seiner Vorstellung etwas anderes will, dann kommen wir nicht voran. Ich habe Ihnen am Anfang gesagt: Die Kostensituation ist so, dass wir jetzt dringend etwas tun müssen.

Ich bitte Sie deshalb, die Vorlage so zu beraten, wie es die Kommission vorschlägt, und sie auch so zu verabschieden.

Langenberger Christiane (RL, VD): Comme vous avez pu vous en rendre compte, nous avons ici affaire à un accouchement au forceps, et les gouvernements cantonaux ne sont pas tout à fait innocents dans cet état de fait. Certes, en tant que représentants des cantons, nous nous réjouissons d'une intensification de la coopération de nos cantons avec la Confédération. Nous sommes bien placés, en effet, pour savoir que nous assistons depuis quelques années à des frottements et à des difficultés permanentes d'ajustement et que nous devons réinventer en quelque sorte notre collaboration afin de nous sortir de certaines impasses.

Toutefois, je ne suis pas certaine que le maître mot lancé par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), "Qui paye, commande", pour s'opposer au projet de notre commission,



réussisse à résoudre tous les problèmes. En effet, après tant d'années d'études, l'opportunité d'une réforme plus fondamentale paraissait digne d'intérêt. Nous n'avons d'ailleurs pas tout à fait renoncé à ce projet puisque nous proposons de poursuivre la réforme par le biais d'une motion, ce qui veut bien dire que nous soutenons le projet actuel comme une étape parmi d'autres, mais que nous pensons qu'il ne faut pas en rester là; mais je reviendrai sur la motion plus tard.

Allons-y par petites tranches et acceptons les éléments de la réforme qui n'étaient pas ou que peu contestés par les acteurs principaux: financement lié aux prestations dans nos comptes des frais d'investissement, suppression de la notion de traitement semi-stationnaire, règles identiques de financement pour les établissements figurant sur la liste des hôpitaux; le statut des assurés en division commune ou privée n'aura plus d'influence sur l'obligation de verser une contribution de base.

Mon canton, comme la CDS, s'oppose à notre définition des prestations d'intérêt général et entend limiter ces obligations à la recherche et à l'enseignement, et donc exclure l'obligation d'admission et le maintien des capacités hospitalières. Ce problème fait bien entendu partie des reports de charges

AB 2006 S 44 / BO 2006 E 44

financières qui seront sans nul doute réexaminées par le Conseil national.

Pour ma part, il me semble nécessaire de relever que les cantons ont la responsabilité de répondre aux besoins de soins de l'ensemble de la population et que, dès lors, si leur politique de planification amène des hôpitaux privés à fermer, ils doivent aussi prévoir les risques de crises. Toutefois, afin d'éviter d'annihiler leur volonté d'économie par la création de nouvelles capacités, il faudrait favoriser la conclusion de concordats avec les cantons voisins pour absorber ces crises.

Cela préfigure une politique de la santé régionale, qui permettrait sans doute des économies notoires de surcapacité, d'utilisation en commun de traitements coûteux, et même une collaboration transfrontalière. Peut-être avons-nous insuffisamment tenu compte dans ce projet du potentiel de collaboration avec l'étranger. Certains assureurs pratiquent déjà cette politique; ce n'est donc plus de la fiction.

La prise en compte des frais d'investissement dans les forfaits facturés et le paiement des contributions cantonales aux prestations LAMal fournies par les cliniques privées inscrites sur la liste des hôpitaux ont pour conséquence que cantons et assureurs-maladie devront financer ensemble un volume de coûts nettement plus élevé que jusqu'à présent. Cela représente 100 millions de francs pour le canton de Vaud, c'est la raison pour laquelle ce report de charges des assurances complémentaires sur le canton continue d'être contesté comme lors des premiers débats sur la révision de la LAMal. C'est la raison pour laquelle ce report de charges des assurances complémentaires sur le canton continue d'être contesté comme lors des premiers débats sur la révision de la LAMal.

La commission a toujours suivi la même logique en la matière, celle défendue également par le Tribunal fédéral des assurances. Par ailleurs, une nouvelle catégorie d'hôpitaux sera créée pour les hôpitaux conventionnés, ceux qui ne figurent pas sur la liste des cantons, et pour lesquels les cantons ne seront pas tenus à des contributions financières.

Pour les uns nous allons trop loin, pour les autres pas assez. Cela permet dans tous les cas de maintenir une certaine concurrence et d'avoir une influence sur le rapport qualité/coûts entre les différents prestataires de services.

Je soutiens la proposition faite dans la motion 06.3009, tant je suis convaincue de devoir mieux résoudre le problème de l'inégalité de financement des prestations hospitalières et ambulatoires. La délimitation précise s'estompe de plus en plus, l'envoi d'un patient dans un hôpital ou la durée de son séjour répondant à des considérations purement économiques. Le financement par un seul organisme – système dit moniste – y est également rappelé avec une proposition ouverte d'instituer un organe de compensation des paiements et d'en prévoir les compétences, sans qu'il s'agisse obligatoirement des caisses-maladie.

Je ne sais pas si le délai fixé au Conseil fédéral à fin 2008 est réaliste. Mais on aurait tort de nous reprocher de fixer d'ores et déjà les prochaines étapes dont la réalisation nous paraît indispensable.

Ce projet mérite donc votre attention même si ce n'est qu'une étape parmi les autres réformes que nous devons encore entreprendre, notamment celle du "managed care".

Je vous invite à entrer en matière.

Slongo Marianne (C, NW): Wir haben uns bekanntlich am 20. September 2005 im Ständerat bereits mit dieser Teilrevision des KVG auseinander gesetzt. Die neue Spitalfinanzierung ist eine der zentralsten Reformen im Gesundheitswesen, die zu massiven Einsparungen führen könnte. Wir wissen es: Unsere Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hatte damals dem Ständerat nach langen Vorarbeiten einstimmig ein



neues, ganzheitliches Modell für die kostenbewusste Spitalfinanzierung vorgeschlagen. Unser Rat hat in der vergangenen Herbstsession, also vor rund einem halben Jahr, mit 36 zu 1 Stimmen nach dreieinhalbstündiger Diskussion das Geschäft an die Kommission zurückgewiesen.

Mit Überzeugung habe ich im Herbst 2005 für die Detailberatung und gegen die Rückweisung gestimmt. Dies aus folgenden Gründen: Das Modell der Spitalfinanzierung, welches uns die Kommission unterbreitet hatte, geht in die gute Richtung und bringt endlich jenen Systemwechsel, den wir schon lange fordern. Es soll nämlich nicht mehr zwischen Kosten im stationären und im ambulanten Bereich unterschieden werden. Da mit der heutigen Praxis für die Leistungserbringer dieser Unterschied nur noch Theorie aus dem KVG ist, muss diese unterschiedliche Handhabung endlich eliminiert werden.

Die Gesamtbetrachtung der Kosten stand im Vordergrund des Modells zur Spitalfinanzierung. Dazu wurde ein Schlüssel definiert, der für die Zukunft die Kostenaufteilung zwischen den Kantonen und den Krankenkassen regelt. Der Beitrag der Kantone könnte in Kantonen mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau tiefer festgesetzt werden. Neu war damals auch – und heute haben Sie das wieder –, dass bei den Spitälern die Leistungen über Fallpauschalen abgegolten werden und nicht mehr die Kosten bezahlt werden sollen.

Mit diesen Eckwerten hatte die Kommission in der Spitalfinanzierung mehr Transparenz geschaffen und falsche Kostenanreize abgeschafft. Die Kommission hatte damals einen Systemwechsel vorgeschlagen, der es endlich erlaubt hätte, die Kosten zu beziffern. Solange wir nämlich nicht wissen, wie hoch die Kosten sind, können wir diese auch nicht steuern. Für mich waren das richtige Weichenstellungen.

Einerseits versuche ich, den SGK-Mehrheitsbeschluss, uns einen konsensfähigeren "Entwurf bis" vorzulegen, zu verstehen. Andererseits befürchte ich, dass dieses "Minireförmchen" die grossen und jahrelangen Probleme im KVG leider nicht lösen wird. Im Gegenteil: Ich habe Angst, dass diejenigen Kantone, in welchen tiefere Prämiensätze wegen der bewussten Nichtinanspruchnahme von stationären Behandlungen gelten, bestraft werden. Ausserdem erachte ich es als falsch und gleichzeitig als verpasste Chance, den wichtigen ambulanten Spitalbereich auszuklammern.

Die Zeit für echte Reformen drängt. Auch diesen Herbst werden die Prämien wieder steigen; die Bevölkerung wird noch tiefer in die Tasche greifen müssen. Konkret habe ich beispielsweise festgestellt, dass ein junger Mann von 30 Jahren im Kanton Zürich rund das Doppelte an monatlichen Prämien bezahlen muss, als er dies im Kanton Nidwalden für die gleichen Versicherungsleistungen tun müsste. Das neue Modell der Spitalfinanzierung war für mich effektiv ein Hoffnungsschimmer am Horizont. Aufgrund des Drucks einiger Kantonsregierungen wurde dieses Geschäft nochmals an die Kommission zurückgewiesen. Für mich war diese Warteschlange nicht notwendig, denn die Stossrichtung war richtig und wichtig. Ich bedaure deshalb, dass der heute vorliegende Vorschlag nur noch den stationären Spitalaufenthalt regeln will. Damit lösen wir aus meiner Sicht die Probleme nur teilweise und sicher nicht längerfristig.

Bestärkt werde ich durch die Kurzinformation von H+, dem Verband der Spitäler der Schweiz. Dort lese ich: "Der Antrag der SGK-SR vom 30. August 2005 ist der fortschrittlichste Vorschlag seit Einführung des KVG. Der Ständerat sollte an den Anträgen festhalten, wenn nicht realpolitische Hindernisse entgegenstehen."

Ich spreche mich klar für den Antrag der Kommission vom letzten Jahr aus und unterstütze aus diesen Gründen die Minderheit Stähelin.

Briner Peter (RL, SH): Was uns mit der nun überarbeiteten Vorlage beantragt wird, ist ein Kompromissmodell, von dem man realistischerweise sagen kann, dass es neben der ursprünglichen Variante, wie sie von Herrn Stähelin vertreten wird, eine zweite Lösung darstellt, die diesen Reformprozess in unserem Rat nun deblockieren kann. Damit sind die Befürchtungen, dass es zu einer noch stärkeren Diskriminierung von ausserkantonalen und privaten Spitälern kommt, aber nicht ausgeräumt, auch wenn die Kommission diese Gefahr mit der neuen Bestimmung von Artikel 39 Absatz 2 abzuschwächen versucht.

AB 2006 S 45 / BO 2006 E 45

Aber nicht nur diese Seite ist unzufrieden; auch in verschiedenen Kantonen hat sich – und das zwei Tage vor Sessionsbeginn – offenbar wieder Kritik geregt, und die vorsichtige Bereitschaft der GDK zu einer Zustimmung besteht dort offenbar nicht. Man spricht im Gegenteil von einem Scheinkompromiss; es würden neue Probleme geschaffen, ohne dass die alten wirklich gelöst würden.

Die Kantone – die Aufsichtsbehörde, Planer, gleichzeitig aber auch Marktteilnehmer und Konkurrenten sind – tun sich naturgemäss schwer mit einer Strukturentwicklung in Richtung eines gesamtwirtschaftlich wettbewerbsfähigen Spitalmarktes. Ohne dass ich nun in Belehrungen verfallen will, möchte ich die Frage stellen – das letzte Papier der GDK hat mich zu dieser Frage geführt –, ob statt eines weiteren ständigen Ausbaus von etatistischen Vorgehensweisen die Kantone nicht Leistungsaufträge im Submissionsverfahren vergeben



könnten; es wäre eine ähnliche Lösung wie die, die wir beim Binnenmarktgesetz für die Vergabe von Konzessionen durch Kantone und Gemeinden gewählt haben. Zugang zu einem solchen Bieterverfahren könnten alle Spitäler erhalten, die die medizinischen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen. Der Qualitäts-, der Leistungs- und der Kostenwettbewerb würden damit gefördert, die Versorgung würde alles andere als geschwächt und das Gesundheitswesen günstiger.

Vermutlich braucht es einen Generationenwechsel, ehe ein solches Modell entdeckt und schliesslich auch mehrheitsfähig wird. Ich stelle also keine chancenlosen Anträge. Ich habe noch genügend kantonale Geneintus, sodass mir die Anliegen der Kantone, der Kantonsregierungen, sehr wichtig sind. Aber wie wir gesehen haben, geniessen beide Modelle nicht die Unterstützung der Kantone. Vor diesem Hintergrund entscheide ich mich, allerdings in calvinistischer Lustlosigkeit, für das Konzept, das in sich konziser und zielführender ist. Das ist das ursprüngliche Modell, wie es mit dem Antrag Stähelin aufgenommen wird.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je voudrais juste m'exprimer encore au sujet de la minorité Stähelin, ce que je n'ai pas fait tout à l'heure dans mon intervention. Je dois dire que c'est tout à fait à contrecœur qu'il m'appartient de la combattre.

Comme je l'ai dit, c'est par 7 voix contre 3 que la commission a décidé d'abandonner le modèle qu'elle avait présenté à la session d'automne 2005. Les considérations de la majorité de la commission étaient uniquement d'ordre réaliste, c'est-à-dire "realpolitisch". Nous voulions présenter un projet de révision pour les raisons que j'ai invoquées tout à l'heure, mais nous ne pouvions pas le faire compte tenu de l'opposition de presque tous les cantons, le "presque" étant dû au canton de Thurgovie. Lorsque j'avais présenté le projet précédent de la commission en automne dernier devant la presse, j'ai eu, semble-t-il, l'outrecuidance de le présenter comme étant un projet révolutionnaire. Il est vrai que traiter de manière égale le financement des soins ambulatoires et des soins stationnaires, cela a un caractère révolutionnaire parce que cela s'écarte totalement de la conception actuelle. La seule chose que doit apprendre Monsieur Stähelin, c'est que les idées révolutionnaires sont nécessairement en avance sur leur temps. Moi, je sais déjà que c'est comme ça!

La proposition de la minorité Stähelin a au moins le mérite de ne pas laisser tomber aux oubliettes les travaux que nous avons accomplis en commission sur ce sujet. Mais il était visiblement impossible de convaincre une majorité des membres de notre conseil, le Conseil fédéral et encore le Conseil national que notre idée était intéressante et qu'elle méritait d'être approfondie.

Nous avons donc constaté que nous étions dans une voie sans issue et c'est dans ce sens que la majorité de la commission vous invite à rejeter la proposition de la minorité Stähelin.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Damit sind wir für heute am Schluss der Debatte angelangt. Wir sind gut vorwärts gekommen und liegen gut in der Marschtabelle. Morgen werden wir mit dem Votum von Herrn Bundesrat Couchepin anfangen. Danach werden wir über das Konzept von Herrn Stähelin entscheiden und damit den Systemscheid fällen.

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00*