

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994. Arrêté fédéral

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. August 1992 (BBI V 933)

Message et projet d'arrêté du 19 août 1992 (FF V 885)

Beschluss des Ständerates vom 28. September 1992

Décision du Conseil des Etats du 28 septembre 1992

Kategorie III, Art. 68 GRN – Catégorie III, art. 68 RCN

Antrag der Kommission

Eintreten

Antrag Rychen

Nichteintreten

Proposition de la commission

Entrer en matière

Proposition Rychen

Ne pas entrer en matière

Frau **Dormann**, Berichterstatterin: Wenn wir die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen mit dem Blutdruck vieler Patienten und Patientinnen vergleichen, dann sind beide zu hoch. Wenn wir die Behandlung des zu hohen Blutdrucks mit den zu hohen Kosten im Gesundheitswesen vergleichen, dann werden wir beide ohne regelmässige Rezeptur nichts mehr los. Der einmal in die Höhe getriebene Blutdruck ist kaum ohne regelmässige Medikamenteneinnahme und Arztkontrolle in den Griff zu bekommen. Die in den letzten Jahren unverhältnismässig gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen bedürfen ebenfalls der strengen Behandlung und Kontrolle. Ja, unser Kostenniveau im Gesundheitswesen ist so hoch, dass es im Moment nicht mehr mit sanfter Medizin erfolgreich behandelt werden kann. Das Gesundheitswesen benötigt eine Intensivkur, um die Voraussetzung für eine «Psychotherapie» in der Totalrevision der Krankenkassenversicherung zu schaffen.

Eines ist sicher: Die überproportionalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen überfordern uns alle – die einen finanziell, die anderen psychisch und die dritten physisch. Physisch war zumindest die vorberatende Kommission des Nationalrates überfordert, die dieses Geschäft in der laufenden Session jeweils am Donnerstag nachmittag behandelt hat. Sie ist dabei mit dem guten Beispiel des Sparwillens vorangegangen – allerdings nicht zugunsten des Gesundheitswesens, aber immerhin zugunsten der Bundeskasse. Das nur nebenbei.

Am 19. August 1992 hat uns der Bundesrat ein neues Massnahmenprogramm für die Jahre 1993 und 1994 gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vorgelegt. Es ist kein Allheilmittel, das alle kostspieligen Wunden zu heilen vermag, aber es ist ein Ansatz dazu. Die eigentliche «Tiefenbehandlung» unseres kranken Gesundheitswesens wird mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes erhofft und erwartet: Der Ständerat ist in diesem Geschäft Erstrat. Er wird das Geschäft – aller Voraussicht nach – in der Wintersession behandeln.

Gleichzeitig mit der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung unterbreitete der Bundesrat dem Parlament auch eine Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. Er beantragte einen dringlichen Bundesbeschluss, befristet auf drei Jahre. Die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung wurden von beiden Räten, wie beantragt, auf drei Jahre befristet. Die Massnahmen gegen die

Kostensteigerung waren heftig umstritten, und jene Kreise, die sie – dank ihrer Mehrheit – nur auf ein Jahr befristet haben, bedauern ihren Entscheid heute am meisten.

Was der Bundesrat heute vorlegt, ist das Anschlussprogramm zur Kostendämpfung im Krankenversicherungsbereich. Er hatte dazu einen verbindlichen Auftrag des Parlaments, vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des dringlichen Bundesbeschlusses ein neues Massnahmenprogramm gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten und dabei die Interessen der Kantone besser zu berücksichtigen. Der jetzt diskutierte Bundesbeschluss soll auf zwei Jahre befristet sein.

Was hat der Bundesbeschluss von 1991 gegen die Kostensteigerung gebracht? Im Bereich der Entsolidarisierung unter den Krankenkassen brachte der dringliche Bundesbeschluss vom letzten Jahr Erfolg. Viele jüngere Versicherte bezahlen heute mehr, und die Billigkassen sind unter Kontrolle. Ab dem 1. Januar 1993 wird auch der Risikoausgleich unter den Krankenkassen zum Spielen kommen. Dabei handelt es sich um einen Solidaritätsbeitrag zwischen den Krankenkassen, der nur für die Grundversicherung gilt. Im Bereich der Mitgliederbeiträge legte der Bundesbeschluss den maximal zulässigen Anstieg der Prämien fest. Für 1992 ergab dies eine Prämienanpassung von 10 Prozent. 67 Prozent aller Versicherten haben von dieser Prämienplafonierung profitiert.

Zurzeit sind beim Bundesrat noch zwei Beschwerden von Krankenkassen hängig, bei denen 28 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Falls diese Beschwerden vom Bundesrat abgelehnt werden müssen, werden 95 Prozent aller Versicherten vom letztjährigen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Prämienbereich profitiert haben. Nur 5 Prozent der Versicherten waren in Kassen, deren Prämien um mehr als 10 Prozent erhöht werden mussten. Diese Zahlen beziehen sich immer auf die Grundversicherung.

Im Bereiche der Tarife und Preise im stationären Bereich kam der Bundesbeschluss erst bei der Hälfte der Kantone zur Anwendung, dort, wo die Kantonsregierungen die für 1992 gültigen Tarife der Spitäler erst nach Inkrafttreten des Bundesbeschlusses genehmigten.

Gemäss Aussagen der Krankenkassenvertreter selbst haben die Kassen durch den letztjährigen Bundesbeschluss eine härtere Gangart eingelegt und ihre Kompetenzen im Bereich der Kontrolle und Tariffestlegung vermehrt wahrgenommen. Auch bei den Versicherten konnte eine Veränderung im Verhalten festgestellt werden; sie wurden kostenbewusster. Trotzdem sind die Kosten im Gesundheitswesen in der ersten Hälfte 1992 um rund 12 Prozent angestiegen. Das heisst, dass die Mengenausweitung mit der Vorlage nicht begrenzt werden konnte.

Wenn heute keine neuen Massnahmen getroffen werden, haben wir bis in drei Jahren mit Prämienanstiegen um 100 Prozent zu rechnen. Das ist einem Grossteil der Kranken und Versicherten unserer Bevölkerung nicht zuzumuten.

Was sieht der Bundesrat in seinem Massnahmenpaket vor? Mit Rücksicht auf die finanzielle Situation der Krankenkassen schlägt der Bundesrat vor, entgegen dem geltenden Beschluss und dem Vorentwurf bei den Tarifen für die ambulante Behandlung nicht mehr die Tarifierhöhungen zu begrenzen, sondern für 1993 einen generellen Tarifstopp zu erlassen, der 1994 nur aufgehoben werden kann, wenn sich herausstellt, dass das im heute geltenden Bundesbeschluss für 1992 festgelegte Ziel, nämlich eine Kostensteigerung von höchstens einem Drittel über der allgemeinen Teuerung, erreicht werden kann.

Die Tarife und Preise im Spitalbereich dürfen gemäss Bundesrat nur so weit erhöht werden, als der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt. Den Interessen der Kantone wird gleichzeitig Rechnung getragen, indem beim Personalaufwand der Biga-Lohnindex und beim Sachaufwand der Landesindex für Konsumentenpreise herangezogen werden kann.

Bei der Begrenzung der Prämien kommt die Richtprämie zum Zug. Während im geltenden Bundesbeschluss die Prämien der einzelnen Krankenkassen höchstens um einen für alle Kassen einheitlichen Prozentsatz erhöht werden durften (10-

Prozent-Limite), soll nun für alle Krankenkassen eine obere Grenze in Form eines festen Frankenbetrages je Kanton festgelegt werden, die sogenannte Richtprämie.

Der bundesrätliche Entwurf ist in vier kurze, klare Artikel gegliedert. Er berücksichtigt vor allem die Versicherten, welche die immensen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren praktisch allein zu tragen hatten. So ist es leicht zu verstehen, dass die Vorlage im Vernehmlassungsverfahren bei den Kantonsregierungen und den meisten Parteien eine schwache Akzeptanz fand. In jenen Landesgegenden aber, in denen der Kostendruck in der Krankenversicherung am stärksten zu spüren ist, zum Beispiel in der Westschweiz, fand die Vorlage Unterstützung. Unterstützung fand sie selbstverständlich auch bei den Arbeitnehmerverbänden, Patienten- und Konsumentenorganisationen. Klar abgewiesen wird sie von den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und den Ärzteorganisationen.

Der Ständerat hat die Vorlage gegenüber dem Entwurf des Bundesrates erweitert und modifiziert (vgl. auch Systematik). In einem ersten Durchgang hielt er am Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich fest, aber aus praktischen Gründen wurde als Stichtag für den Preisstopp für die Medikamente der 15. September 1992 und nicht der 30. Juni 1992 festgelegt. Für diesen Preisstopp sah der Bundesrat keine Ausnahmen vor. Der Ständerat ergänzte Artikel 1 so, dass Leistungserbringer, die im letzten und im vorletzten Jahr keine Taxpunktwert-Anpassungen vorgenommen haben, zu einer Taxpunktwert-Erhöhung zugelassen werden, sofern die Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr nicht um mehr als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind. Eine zweite Flexibilisierung betraf die durchschnittlichen Behandlungskosten. Diese können erhöht werden, wenn der Bundesrat 1994 feststellt, dass 1992 die Ziele des Bundesbeschlusses erreicht worden sind. Diesem Vorschlag ist die nationalrätliche Kommission in Artikel 1 des Bundesbeschlusses gefolgt. Ich werde in der Detailberatung darauf zurückkommen.

Der Ständerat will ferner mit den Artikeln 3 und 7 auch die Versicherten und Kranken zu Sparmassnahmen zwingen. Einerseits schreibt er auch für die stationären Behandlungsbereiche eine Kostenbeteiligung der Patienten in Form einer Franchise von 500 Franken und einen Beitrag pro Aufenthaltstag im Spital von 10 Franken vor. Andererseits will er die Krankenkassen auf die Pflichtleistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung zurückholen und nur für einzelne Sektoren Ausnahmen zulassen.

Auch hat der Ständerat die Absicht, die Uebernahme von Arzneimitteln, welche nicht in der Arzneimittelliste oder Spezialitätenliste enthalten sind, nur noch im Rahmen von Zusatzversicherungen zuzulassen (Art. 7 Abs. 3). Diesem Ansinnen vermag die nationalrätliche Kommission nicht zu folgen.

Im Bereich der Mitgliederbeiträge sieht der Ständerat Ausnahmen für die Erhöhung der Höchstgrenze für jene Krankenkassen vor, die nachweisen können, dass ihre Reserven sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würden.

Im stationären Bereich sind der Ständerat und der Nationalrat den Vorstellungen des Bundesrates gefolgt, indem die Kantone im Vergleich zum letztjährigen Bundesbeschluss weniger stark in das Sparprogramm eingebunden werden.

Die nationalrätliche Kommission ist dem Ständerat nicht in allen Teilen gefolgt. Es war das Ziel der Kommission, erstens durch den Bundesbeschluss weitgehend die Versicherten zu entlasten und zweitens keine Einzelelemente in den Bundesbeschluss einzubauen, die partiell aus dem Gesamtkonzept der Totalrevision herausgerissen und dadurch den Bundesbeschluss verkomplizieren würden.

Die Kommission vertritt die Auffassung, dass die durch den Bundesbeschluss vorgesehenen Sparmassnahmen den Leistungserbringern, den Versicherten und den Krankenkassen zugemutet werden können. Der Beschluss, wie er von der nationalrätlichen Kommission verabschiedet worden ist, ist eine tragbare Lösung im schwierigen Kostensanierungskomplex. Wenn alle Angesprochenen mitziehen und ihre Innovationskraft mehr darauf verwenden, die aufgezeigten Wege sinnvoll zu beschreiten, als nach Umgehungsmöglichkeiten zu

suchen, können diese ungeliebten Massnahmen einen wirkungsvollen Uebergang zur Totalrevision darstellen. Andernfalls sind sie nicht mehr als ein unnützer Schritt auf einem dorrenvollen Weg, und das können wir uns angesichts der dramatischen Situation bei den Prämien nicht leisten.

Die Kommission hat mit 17 zu 5 Stimmen Eintreten beschlossen und der Kommissionsfassung in der Gesamtabstimmung mit 14 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt.

Ich bitte Sie, auf diese Vorlage einzutreten und den Antrag Rychen auf Nichteintreten abzulehnen.

M. Philipona, rapporteur: L'art médical et l'ingéniosité pharmaceutique ont obtenu des succès inespérés dans le dépistage, la prévention et le traitement de nombreuses maladies. Beaucoup leur doivent une vie plus longue et de meilleure qualité. Les progrès de la science médicale qui vont aujourd'hui toujours plus loin dans les domaines biomoléculaire et neurophysique ont cependant aussi leur prix et ils font croire à tort que la santé organique et mentale à 100 pour cent peut être acquise par tous. Dans la mesure où la science médicale recourt à des appareillages et à des biotechnologies toujours plus compliqués et plus sophistiqués, met au point et fabrique des médicaments toujours plus efficaces dans des laboratoires hyperdéveloppés, les coûts financiers de la maladie et du traitement thérapeutique augmentent, tant pour le particulier que pour la société. Le nombre croissant de patients et de médecins est également générateur de coûts. C'est ainsi que l'écart s'accroît de manière préoccupante entre le pourcentage du revenu qu'un pays est disposé à affecter au contrôle de la maladie et les coûts de la santé en augmentation constante.

Le dilemme que nous devons tenter de résoudre tient au fait que les soins médicaux et la prise en charge médicale ne connaissent pratiquement pas de limites, contrairement aux ressources financières qui seraient nécessaires pour en assurer le financement. Les investissements dans la santé pour tous sont une tâche particulièrement importante de notre société, mais nous devons aussi tenir compte du fait que les charges financières ont des limites. Nous devons chercher à maîtriser les dépenses de santé sans entraver les prestations médicales nécessaires, tout en mettant en oeuvre les moyens de conserver une excellente qualité de soins à un moindre prix.

Il est un point au moins où la commission s'est montrée unanime: c'est le fait qu'une solution acceptable et durable sur le fond de ces problèmes ne pourra être trouvée que par la révision totale et fondamentale de la loi sur l'assurance-maladie, sur la base du message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991. Nous devons tout mettre en oeuvre pour que cette loi entre en vigueur le plus rapidement possible.

Le Conseil des Etats est prioritaire pour cet objet. Le 3 septembre dernier, la commission traitant cet arrêté a entendu les principaux intéressés, c'est-à-dire les représentants de la Conférence des directeurs cantonaux de la prévoyance sociale, de la Conférence des directeurs cantonaux des finances, les représentants des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens, des caisses-maladie et des producteurs de médicaments. Ces gens ont été unanimes: ils étaient opposés aux propositions du Conseil fédéral. Devant ce mécontentement général d'une part et l'échéance des mesures actuelles au 31 décembre prochain d'autre part, une sous-commission du Conseil des Etats a mis sur pied une série de mesures. Elles ont pour effet, d'une part, d'assouplir les blocages proposés par le Conseil fédéral, considérés comme excessifs par tous les interlocuteurs et, d'autre part, de présenter un certain nombre de mesures qui ne s'en prennent pas seulement aux prix, c'est-à-dire aux symptômes, mais également à la racine du mal, c'est-à-dire au développement du volume des prestations. Cela va d'ailleurs dans le sens d'une étude récente de l'OCDE sur le système suisse de santé, qui révèle entre autres que le subventionnement des établissements hospitaliers et le remboursement intégral des frais hospitaliers par l'assurance-maladie jusqu'à une limite de 720 jours avantagent cette forme de soins par rapport aux services médicaux ambulatoires et extra-hospitaliers dont une partie des frais reste à la charge du malade.

Tant le Conseil fédéral que le Conseil des Etats et notre commission ont tenu compte – en partie tout au moins – de l'expérience découlant de l'arrêté urgent de l'année dernière qui a certes mis un frein aux cotisations mais n'a en rien ralenti l'augmentation des coûts de la santé. Le système proposé aujourd'hui est plus fédéraliste, donc moins éloigné des réalités, c'est-à-dire des coûts effectifs. Il est vrai que les réserves financières des caisses-maladie ont diminué durant cette année. La situation ne peut durer très longtemps ainsi. En ce qui concerne les hôpitaux, un mécanisme de blocage est mis en place. Les charges dues au personnel évolueront en fonction de l'indice des salaires de l'OFIAMT et les frais de matériel en fonction de l'indice suisse des prix à la consommation. En d'autres termes, c'est bien un blocage de personnel et d'équipement qui est proposé pour deux ans.

La commission vous propose d'entrer en matière car la situation est critique pour de nombreuses personnes. La maison brûle, il faut faire intervenir les pompiers. C'est en effet bien un tel exercice que nous sommes invités à effectuer en ce moment. Je vous rappelle que chacun souhaite une mise en place rapide de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Les mesures à prendre sont limitées dans le temps et ne doivent pas durer au-delà du 31 décembre 1994.

La commission vous propose de déclarer cet arrêté urgent pour éviter un vide entre l'actuel arrêté qui est valable jusqu'au 31 décembre prochain et celui que vous êtes appelés à examiner aujourd'hui. Vous êtes invités maintenant à choisir entre les quatre articles présentés par le Conseil fédéral, les neuf articles adoptés par le Conseil des Etats, dont huit sont acceptés par votre commission, et les onze propositions de minorité de la commission.

Rychen: In der Kommission haben die Vertreter meiner Fraktion zwar Eintreten mitgetragen, aber unter der klaren Bedingung, dass die vom Ständerat beschlossene Vorlage deutliche und klare Änderungen erfährt. Dies ist nicht geschehen, und deshalb beantragen wir Nichteintreten. Dazu möchte ich vier Gründe geltend machen:

1. Die Sofortmassnahmen, die vom Parlament für das laufende Jahr beschlossen wurden, sind weitgehend wirkungslos geblieben. Wir sollten diese Übung nicht wiederholen. Bekanntlich waren nämlich die per 1992 verfügten Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung wirkungslos, zumindest was die Kostensteigerung anbelangt. Ich möchte hier noch meine persönliche Meinung beifügen: Der zweite dringliche Bundesbeschluss, der die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung stoppen soll, ist wirksam und auch richtig.

Die Massnahmen gegen die Kostensteigerung hingegen waren eher ein Schlag ins Wasser. Gemäss ersten Resultaten sind die Krankenpflegekosten trotz unseren Sofortmassnahmen vom Dezember letzten Jahres im ersten Halbjahr 1992 um sage und schreibe 12,4 Prozent pro Versicherten angestiegen. Das ist ungeheuerlich, und wir sehen, dass unsere Ideen zur Bekämpfung der Kostensteigerung nicht gegriffen haben. Sogar im Kanton Bern – das sage ich ganz speziell Herrn Bundesrat Cotti –, wo es 1991 und 1992 keine Taxerhöhungen gab, wurde in diesem ersten Halbjahr 1992 eine Kostensteigerung von 11,5 Prozent verzeichnet. Einzig die Versicherten haben von der künstlichen Begrenzung der Prämiensteigerungen auf maximal 10 Prozent etwas profitiert. Aber das ist ein Trugbild, denn die Versicherten haben nicht wirklich profitiert; der Prämienstau bewirkt nämlich nur, dass die Prämien später stärker steigen werden; denn irgendwann müssen die aufgestauten Kosten berappt werden. Deshalb müssen wir in bezug auf die Bekämpfung der eigentlichen Kosten sagen, dass diese Massnahmen nicht tauglich sind.

2. Wegen des Prämienstaus werden viele gesunde Krankenkassen weiterhin von ihren Reserven zehren müssen: Zum Teil gehen sie bereits weit unter die vom Gesetz vorgeschriebenen, in der Verordnung präzisierten 20 Prozent Reserven. Ein Papier, das kürzlich vom Bundesamt für Sozialversicherung ausgeteilt wurde, versucht, diese Schrumpfung der Reserven etwas zu verharmlosen. Dem kann ich in keiner Weise zustimmen. Es gibt heute sehr viele Krankenkassen, die wegen die-

ser schmelzenden Reserven grosse und echte Schwierigkeiten bekommen.

Ich gebe zu, es gibt im neuen, Ihnen vorliegenden dringlichen Bundesbeschluss eine gewisse Abfederungsmöglichkeit, indem man grössere Prämiensteigerungen jenen Kassen zugestehen kann, bei denen die Absenkung ihrer Reserven zu stark ist. Aber wir trauen diesen Mechanismen nicht, weil dies von Fall zu Fall die Bundesbehörden entscheiden.

3. Man will den Bären zwar waschen, ihm aber das Fell nicht nass machen. Wenn Sie die Vorlage genau studieren, dann sehen Sie die zwei Strategien; die eine wird vom Ständerat verfolgt und die andere von der Mehrheit der nationalrätlichen Kommission; von der Bundesratsversion ist nicht mehr viel übriggeblieben. Beide Versionen wollen im Prinzip den Leistungserbringern eine Möglichkeit geben, die Kosten zu steigern, indem man – Sie können das selber lesen – in sehr komplizierter Art und Weise sagt, man könne die Lohnkosten dem Teuerungsindex anpassen usw. plus noch etwas dazu. Mit anderen Worten: Man könnte in einzelnen Kantonen sogar aus diesem Bundesbeschluss folgern, dass der frühere Stopp, den einzelne Kantone auf der Ebene der Kassen, Aerzte und Spitäler erreicht haben, torpediert wird. Das ist nun wirklich eine Politik, die nicht mehr nachvollziehbar ist!

In Artikel 1 des Bundesbeschlusses – einem sehr entscheidenden Artikel – hat der Bundesrat vorgeschlagen, dass wenigstens im Jahr 1993 ein Preis- und Tarifstopp von seiten der Leistungserbringer stattfinden sollte. Beide Versionen – Ständerat wie Mehrheit der Kommission des Nationalrates – weichen von diesem Weg ab, und es ist nötig, mit Sofortmassnahmen einen Tarif- und Preisstopp zu verfügen, sonst brauchen wir keine Sofortmassnahmen.

4. In dieser Vorlage ist das Gleichgewicht zwischen Versicherten einerseits und z. B. Aerzten und Spitalern andererseits nicht mehr gewährleistet. Es ist zwar richtig, die Selbstverantwortung der Patienten auch ins Auge zu fassen und beispielsweise für den Spitalaufenthalt ebenfalls einen Selbstbehalt vorzusehen. Aber ich frage Sie: Ist es nicht seltsam, dass auf der anderen Seite der Preis- und Tarifstopp nicht in diese Vorlage kommen soll, ein Preis- und Tarifstopp, der diesen Namen verdient? Warum denn diese Einseitigkeit? Wollen wir dann vors Volk treten und sagen: Jetzt haben wir den Selbstbehalt erhöht, das wird dann schon wirken. Ich bestreite nicht, dass das ein wenig wirken wird. Aber wir können schlichtweg nicht auf einen Preis- und Tarifstopp verzichten, wenn wir wirklich ernsthaft etwas tun wollen.

Ich glaube, dass die Versicherten ein zweites Mal zu einseitig an die Kasse kommen. Im Kanton Zürich sitzen heute über 150 000 Versicherte in Krankenkassen, die sehr reif bis überreif für erzwungene Fusionen sind. Wer von diesem Handwerk etwas versteht, weiss, dass erzwungene Fusionen von Krankenkassen meistens von den Mitgliedern dieser Krankenkassen bezahlt werden müssen – mit überdurchschnittlich gestiegenen Prämien. Wer das nicht glaubt, der soll nachforschen und sich das erklären lassen.

Ich finde diese Politik zu einseitig. Sie spart auf jeden Fall keine Kosten, sondern sie verlagert die Kosten nur. Wir sollten keine Politik nach dem Grundsatz betreiben: Es muss etwas geschehen, aber es darf nichts passieren.

Sowohl die ständerätliche Linie als auch die Linie der Mehrheit der Kommission sind ungenügend. Es ist wohl der eine oder andere Punkt darin, den man diskutieren könnte. Wir haben jetzt Nichteintreten beantragt, um diese Grundsatzdiskussion zu führen; denn ich muss Ihnen in Erinnerung rufen: Wir beraten hier keine normale Gesetzesrevision, sondern dringliche Massnahmen. Da geht es um die Frage, was dringliches Recht ist und was nicht.

Ich bitte Sie, das zu beachten und dem Nichteintreten zuzustimmen. Diese Vorlage hat so schlichtweg keinen Sinn.

Frau Heberlein: Wir beschäftigen uns heute mit der Fortsetzung des am Freitag, den 13. Dezember des letzten Jahres, beschlossenen Dringlichkeitsprogramms, mit welchem Massnahmen für die Begrenzung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen hätten beschlossen werden sollen. Auch die heutigen Verhandlungen – so scheint mir – stehen nicht ge-

rade unter einem glücklichen Stern; denn wie hätten Sie sich alle, die Sie die Fahne mit den zahlreichen Minderheitsanträgen heute nachmittag auf dem Tisch des Hauses liegen hatten, seriös vorbereiten können? Der Gang der Verhandlungen ermöglicht es nun, dass Sie die Vorlage mindestens über Nacht nochmals studieren können.

Der Bundesrat hat nichts anderes als seine Pflicht getan, indem er uns die Verlängerung der Vorschläge vorlegte. Wie gut er diese Pflicht erfüllt hat, kann man sich zu Recht fragen, wenn selbst Herr Bundesrat Cotti in der Kommission sagte, auch der Bundesrat habe keine Freude an diesen Beschlüssen.

Blenden wir kurz zurück. Die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenkasse wurden für drei Jahre beschlossen. Das Verbot der Billigkassen trat sofort in Kraft. Der Risikoausgleich wird ab 1993 greifen. Die 100 Millionen Franken zur gezielten Prämienreduktion werden von den Kantonen nur zögerlich beansprucht. Sie wären eigentlich die notwendigste Massnahme zur Linderung der Prämiennot der Versicherten.

Viel schlechter steht es – meiner Meinung nach – um die Bilanz bei diesem Bundesbeschluss, den wir heute verlängern wollen. Herr Bundesrat Cotti und die Kommissionssprecher haben zwar dessen Auswirkung für die Prämienzahler gelobt, indem für 67 Prozent der Versicherten die Prämien nicht über 10 Prozent angestiegen seien und für 28 Prozent der Versicherten noch Rekurse hängig seien. Diese einseitige Optik ist zwar verständlich; denn es sind die Prämienzahler, welche in den letzten Jahren immer stärker belastet worden sind, dies aber vor allem aufgrund der während vielen Jahren eingefrorenen Bundessubventionen. Ein Beschluss, der einseitig auf die Interessen der Versicherten Rücksicht nimmt – ohne Rücksicht auf Verluste bei allen anderen –, kann aber doch wohl keine Lösung sein.

Wie sieht die Kostenentwicklung aus, welche man in den Griff bekommen wollte? Nach Aussage der Krankenkassen – wir haben dies von Herrn Rychen gehört – wirkt sich der Beschluss auf die finanzielle Situation der Kassen ruinös aus. Weil sie die Leidtragenden sind, soll man jetzt bei der Verlängerung des Bundesbeschlusses ihren Interessen entgegenkommen. Das Echo haben Sie gehört: Die Krankenkassen waren bis heute, also bis zum Brief, der ganz überraschend auf unseren Tischen liegt, alle dagegen. Wie breit abgestützt diese Meinung des Konkordatspräsidenten ist, kann man sich füglich fragen.

Ebenso negativ waren die Stellungnahmen der allermeisten Kantone. Für die Finanz- und Gesundheitsdirektoren ist der Auftrag des Parlamentes in keiner Weise erfüllt, nämlich der Auftrag, einen Beschluss zu fassen, der ihren Interessen besser Rechnung trägt. Wir haben es gehört: Die Vorschriften haben keinerlei Kostensenkungen, weder in den Spitälern noch generell, bewirkt. Je nachdem, ob ein Kanton seine Spitaltaxen in den letzten ein bis zwei Jahren angepasst hat oder nicht, treffen ihn die Massnahmen stärker oder weniger stark. Von Rechtsgleichheit kann da nicht die Rede sein.

Dass die Krankenkassen keine Verträge mehr mit den Kantonen und den Spitalverbänden abschliessen oder diese nicht mehr einhalten, wenn sie sie bereits abgeschlossen haben, schafft eine Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten. Die Zahl der im Moment beim Bundesrat hängigen Rekurse spricht eine deutliche Sprache.

Wie wollen wir denn bei Inkraftsetzen des völlig revidierten Krankenversicherungsgesetzes je einen Kostendeckungsgrad von 50 Prozent für die Allgemeinpatienten erreichen, wenn die heutigen Beschlüsse die Kantone zwingen, mit Deckungsgraden von 35 bis 45 Prozent zu leben? Wer soll die dannzumal anfallenden Differenzen tragen?

Die zentralistischen Massnahmen zu Lasten der Kantone werden nicht zuletzt auf die Allgemeinpatienten überwälzt: Diese könnten gezwungen werden, die Vorschüsse persönlich ins Spital mitzunehmen.

Spitaltaxen werden übrigens je nach Kanton von den Parlamenten, von den Stimmbürgern oder von der Regierung beschlossen. Wir massen uns hier die Kompetenz an, die Spitaltaxen einfach nicht mehr zu erhöhen. Zwei Drittel der Spitalko-

sten sind Lohnkosten: Kantonale Besoldungsverordnungen, strukturelle Revisionen, Nachholbedarf des Pflegepersonals und Arbeitszeitreduktionen werden mit unseren Beschlüssen über den Haufen geworfen. Leidtragend ist einmal mehr das Personal der öffentlichen Spitäler.

Die Zunahme der Löhne und Gehälter von 16,4 Prozent gemäss Lohnindex ist nur ein Faktor für den überproportionalen Anstieg der Krankenhauskosten. Ein anderer Grund ist die Zunahme der Zahl der betagten und schwer pflegebedürftigen Patienten, die einen enormen personellen und medizinischen Mehraufwand verursachen. Die prekäre Lage der Kantone führte bereits dazu, dass sich die Sparmassnahmen in den Spitälern auf das Personal und auf die Leistungen auswirkten und dass die Bettenangebote verringert werden mussten. Davon profitieren können höchstens Privatversicherte, Halbprivatversicherte und Privatkliniken. Amerika lebt uns dieses System der Doppelversorgung vor.

Im Gegensatz zu den Aussagen im Bericht von Frau Dormann stehen auch die Vereinigungen der Berufe im Gesundheitswesen nicht hinter diesen Beschlüssen. Sie haben die Briefe des Schweizerischen Physiotherapeuten-Verbandes, der Ergotherapeutinnen und anderer freiberuflich Tätigen erhalten. Einmal mehr verhindern und erschweren wir mit punktuellen Lösaktionen die rasche und wirksame Bekämpfung des Flächenbrandes.

Lassen Sie mich zusammenfassen, weshalb die FDP-Fraktion gegen diesen Bundesbeschluss stimmen wird, wie er in der Fassung der nationalrätlichen Kommission vorliegt. Die breite Ablehnung durch Kantone, Krankenkassen und alle Leistungserbringer, auch einzelne Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Hebammen usw. lässt für eine rasche und gemäss dem Expertenentwurf und der Bundesratsvorlage einigermassen ungeschorene Gesetzesrevision nichts Gutes ahnen. Der brüchige Konsens wird immer mehr zu einem breiten Graben, und es ist zu befürchten, dass alle vorhandenen guten Ansätze zum dringend notwendigen Systemwechsel einmal mehr vertagt werden.

Der letztjährige Bundesbeschluss hat keinerlei Kosteneinsparungen gebracht. Die Ausgaben sind um rund 12 Prozent angestiegen. Um mit einem Bild von Professor Buschor, einem Mitglied Ihrer Partei, Herr Bundesrat, zu sprechen – übrigens ist auch der erbitterteste Gegner dieser Vorlage, nämlich Herr Regierungsrat Wiederkehr, Mitglied Ihrer Partei –: Der Bundesbeschluss hat den gleichen Effekt, wie wenn man bei steigender Wärmezufuhr einem Heizkessel sämtliche Ventile zustoift und dann mit geschlossenen Augen und zugehaltenen Ohren darauf wartet, bis es alles in die Luft jagt. Dafür ist mir unser qualitativ gutes Gesundheitssystem zu schade.

Weil uns viel daran liegt, dass die Gesetzesrevision nicht gefährdet wird, weil wir aber realistischere feststellen müssen, dass das neue Gesetz auch beim besten Willen der Beteiligten nicht in zwei Jahren in Kraft treten wird, haben die Kommissionsmitglieder, die der FDP-Fraktion angehören, im Stände- und im Nationalrat versucht, Verbesserungen einzubringen. Anreize zu kostensparendem Verhalten sollten nicht einfach vertagt werden, weil sie nicht gerade in die drei Artikel hineinpassen. Es sind ganz kleine Schritte in die richtige Richtung, die heute realisiert werden müssen und nicht erst in vier Jahren. Die Aufnahme dieser Bestimmungen ist für uns eine *Conditio sine qua non*.

Ein Teil der Fraktion wird aus den angeführten, grundsätzlichen Überlegungen gegen Eintreten stimmen. Ich habe diesen Antrag in der Kommission gestellt. Die SVP hat mich damals nicht unterstützt. Jetzt nimmt sie diesen Antrag selber auf, aber aus anderen Gründen. Die definitive Stellungnahme zu diesem Vorschlag werden wir uns je nach Ausgang der Verhandlungen hier im Rat vorbehalten.

Borer Roland: Der Markt im Gesundheitswesen funktioniert nicht mehr. Diese Feststellung haben wir vor nicht ganz einem Jahr gemacht. Die gleiche Feststellung müssen wir auch heute wieder machen. Wir haben vor einem Jahr Massnahmen beschlossen. Diese haben nur in einem Bereich gegriffen, nämlich dort, wo zwischen Jung und Alt wieder eine gewisse Solidarität herrscht. In allen anderen Bereichen haben

unsere Massnahmen, von denen wir geglaubt haben, sie würden etwas bringen, versagt.

Meine Fraktion ist der vollen Ueberzeugung, dass auch die jetzt geplanten Massnahmen nicht zum Erfolg führen werden. Deswegen werden wir den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen unterstützen.

Wo liegt das Problem? Das «Anbieterkartell» einerseits – ich sage bewusst Kartell – nützt seine Stellung im schweizerischen Gesundheitswesen schamlos aus. Wir haben vorhin von der Sprecherin der FDP-Fraktion gewisse Bedenken gehört, dass eine Reduktion der Spitalbetten Probleme ergäbe. Wir haben aber in der Schweiz viel zu viele Spitalbetten. Wir haben Ueberkapazitäten. Diese Ueberkapazitäten werden von Spitalverwaltern, Chefärzten, Oberärzten usw. als vorhanden betrachtet und nach einem rein betriebswirtschaftlichen Denken, nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien belegt. Nennen Sie mir Spitäler, wo heute Patienten am Freitag entlassen werden! Das macht doch kein Spitalverwalter mehr. Samstag, Sonntag muss das Bett belegt werden, das ist ein Drittel der Woche. Am Montag ist Entlassung, dann kommen die neuen Patienten. Ende Jahr kann der Spitalverwalter dem kantonalen Sanitätsdirektor sagen: Schau mal, wie gut wir ausgelastet gewesen sind, wie gut wir betriebswirtschaftlich gearbeitet haben!

Die Aerzte könnten im Jahr 1993 zuwenig verdienen – auch da sieht man einige Kummerwolken aufziehen. Die Aerzte werden es wie 1992 machen, nämlich mit der Mengenausweitung dafür sorgen, dass Ende Jahr der Umsatz wieder stimmt. Wer will kontrollieren, ob es überhaupt nötig war, dass ein Patient statt einmal zweimal, fünfmal oder sechsmal in der Arztpraxis aufgetaucht ist?

Ein Sparpotential wäre weiter auch vorhanden, wenn Aerzte vermehrt Generika einsetzen würden, also Medikamente, die kopiert werden, wenn die Patentfrist abgelaufen ist. Auch dafür ist leider kein grosses Interesse vorhanden. Am Originalmedikament verdient man in der Regel mehr als an der billigen Kopie.

Das grösste Finanzproblem im Gesundheitswesen ist nicht die chemische Industrie mit den Medikamentenpreisen, sondern das sind die Spitäler. Schauen Sie in die Statistiken des Bundesamtes für Statistik: Die Spitaltaxen sind von 100 auf 251,1 Prozent angestiegen; dies in den Jahren 1977 bis Ende 1991. Das sind die Zahlen, wie sie sich heute zeigen.

Hat der Konsument Interesse am Sparen? Das glauben Sie doch wohl auch nicht. Auch der Konsument, sprich Patient, hat ein sehr, sehr geringes Interesse am Sparen. Die teuren Prämien, die wir heute in der Schweiz haben, müssen amortisiert werden. Wenn man schon hohe Prämien bezahlt, dann will man auch eine Gegenleistung; das führt dazu, dass sehr viele Patienten sehr oft zum Arzt gehen und sich Medikamente in rauen Mengen verschreiben lassen, damit sie ihre hohen Prämien am Schluss amortisiert haben.

Ein Problem, das hier nicht ausser acht gelassen werden darf: Den meisten Patienten fehlt selbstverständlich auch das Fachwissen, und die Methode, dass ein Patient heute das Angebot des Arztes oder des Spitals überprüfen soll, funktioniert wirklich nicht. In diesem Bereich sind auch die Krankenkassen mitschuldig. Wenn es darum geht, Rechnungen zu überprüfen, ist die Unterstützung von den Krankenkassen eher klein.

Was bewirken wir mit dem Geschäft, das uns heute vorliegt? Wir versuchen einmal mehr, Zeit zu gewinnen. Wir machen einmal mehr «Pflästerlipolitik» im Gesundheitswesen, wo doch eigentlich eine Notoperation angesagt wäre. Diese «Pflästerlipolitik» – Sie sehen es an den verschiedenen Anträgen – wird nicht zum Ziel führen. Irgendeinmal wird den Patienten, den Krankenkassenprämien-Zahlern, für das, was wir jetzt beschliessen – wenn wir auf diesen Prämienstopp drängen –, die Rechnung gemacht.

Wir müssen das System ändern. Wir müssen endlich klar den Willen zeigen, dass wir jetzt das Krankenversicherungsgesetz radikal ändern wollen. Wir müssen dafür sorgen, dass der Anbieter – sprich Spital, sprich Arzt – am gesunden Schweizer verdient und nicht am kranken. Heute ist es umgekehrt; deswegen sind auch so viele Leute krank.

Die Ideen der Herren Professoren Sommer und Leu zeigen in

meinen Augen einen Weg auf, der in der Zukunft richtig sein könnte. Ich glaube aber nicht daran, dass dieses Parlament den Mut für diese radikalen, grundsätzlichen Aenderungen aufbringt, wie sie uns die Professoren Sommer und Leu als Idee vorgegeben haben.

Wir lehnen den vorliegenden Beschlussentwurf ab, da wir es leid sind, in der Gesundheitspolitik immer nur die dringendsten Symptome zu bekämpfen. Mit dieser Politik ist das Grundübel nicht behoben. Wenn trotzdem Eintreten beschlossen wird, werden wir bei Artikel 1 die Minderheit I, bei Artikel 2 die Minderheit, bei Artikel 3 die Minderheit II und den Eventualantrag der Minderheit III unterstützen. Bei den Artikeln 5 und 6 werden wir für die Minderheit, bei Artikel 7 Absatz 2 für die Minderheit, bei Artikel 7 Absatz 3 für die Minderheit, bei Artikel 8 für die Minderheit und bei Artikel 9 für den Antrag Epiney stimmen. Alle Anträge, die zusätzliche Leistungen verlangen oder aufnehmen wollen, die heute in diesem Gesetz nicht geregelt sind, lehnen wir ab.

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

*Schluss der Sitzung um 20.05 Uhr
La séance est levée à 20 h 05*

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993-1994 Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993-1994. Arrêté fédéral

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	V
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	11
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	05.10.1992 - 14:30
Date	
Data	
Seite	1961-1965
Page	
Pagina	
Ref. No	20 021 634

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.