



15.083

## **KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit**

### **LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité**

*Erstrat – Premier Conseil*

#### CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 16.06.16 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

*Antrag der Mehrheit*  
Nichteintreten

*Antrag der Minderheit*  
(Stöckli, Bruderer Wyss, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)  
Eintreten

*Proposition de la majorité*  
Ne pas entrer en matière

*Proposition de la minorité*  
(Stöckli, Bruderer Wyss, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)  
Entrer en matière

**Graber** Konrad (C, LU), für die Kommission: Mit der vorliegenden Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung sollen die Qualität der erbrachten Leistungen gesichert und verbessert, die Patientensicherheit nachhaltig erhöht und die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedämpft werden. Die neuen Ressourcen und Strukturen sollen die Realisierung von Programmen und Projekten mit gesamtschweizerischer Wirkung sicherstellen. Dabei soll mit bestehenden Organisationen zusammengearbeitet werden, namentlich mit der Stiftung für Patientensicherheit, die bereits seit 2012 bei der Durchführung von nationalen Patientensicherheitsprogrammen vom Bund finanziell unterstützt wird. Die erforderlichen Ressourcen und die Finanzierung sollen gemäss Botschaft durch einen Prämienaufschlag im Gesamtumfang von 20 Millionen Franken sichergestellt werden.

Ihre Kommission hat sich in zwei Sitzungen mit diesem Geschäft intensiv beschäftigt und zur Klärung von offenen Fragen einen Zusatzbericht eingefordert. Dabei ging es insbesondere um die Frage von konzeptionellen Alternativen für ein privatwirtschaftlich geprägtes Modell; um die bestehenden rechtlichen Grundlagen des Bundes, um bereits heute die Qualitätsanstrengungen zu koordinieren und durchzusetzen; um die Frage, wie verschiedene Akteure besser eingebunden werden können; um die Frage nach der Ausdehnung der Qualität, nicht nur in Bezug auf das KVG, sondern auf alle relevanten Bereiche entlang des Gesundheitspfades; um die Abgrenzung zwischen nationalen Programmen und Projekten; um die Klärung der Kompetenzen der vorgesehenen ausserparlamentarischen Kommission zur Qualität in der Krankenversicherung und des Bundesamtes für Gesundheit; und um die Stärkung der Verbindlichkeit der Qualitätsanforderungen für Leistungserbringer.

Mit den von ihr gestellten Fragen wollte Ihre Kommission erreichen, dass sie die Vorlage im Falle eines Eintretens allenfalls noch in eine vertretbare Richtung lenken könne. Die Antworten der Verwaltung fielen dann aber so defensiv aus, dass daraus für die Mehrheit der Kommission keine Absicht erkennbar war, die Vorlage auch nur im Mikrobereich ändern zu wollen. Mit 9 zu 4 Stimmen beschloss Ihre Kommission schliesslich, nicht auf die Vorlage einzutreten. Gute Qualität für medizinische Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, ist schon heute geschuldet. Der Bund hat aufgrund der geltenden Gesetzgebung bereits genügend Möglichkeiten, um die Qualität im Gesundheitswesen zu fördern. Das vom Bundesrat vorgeschlagene zentralistische Modell der Qualitätsförderung mit einer starken Rolle des Bundes-



amtes für Gesundheit ist deshalb ebenso unnötig wie die vorgeschlagene Finanzierung über einen Zuschlag auf die Krankenkassenprämien.

Dieser Zuschlag würde knapp 20 Millionen Franken für nationale Programme und Projekte zur Förderung der Qualität einbringen. Ihrer Kommission ist es wichtig, dabei Folgendes festzuhalten: Nach Ansicht Ihrer Kommission könnte bei den ins Feld geführten Argumenten in Bezug auf Gefahren für Menschenleben und hinsichtlich Kunstfehlern in der medizinischen Versorgung durch dieser Vorlage keine Reduktion erzielt werden. Im Gegenteil: Ihre Kommission geht davon aus, dass für mehr Geld mehr Institutionen mit weniger Wirkung geschaffen würden. Das Nichteintreten bedeutet keine Abkehr vom Qualitätsgedanken, der im Gesundheitswesen absolut zentral ist. Das Nichteintreten bedeutet auch nicht, dass die bestehenden Institutionen nicht bereits heute eine gute Arbeit leisten würden. Namentlich erwähne ich hier beispielsweise die Stiftung für Patientensicherheit. Für den Nichteintretensentscheid Ihrer Kommission waren vier Hauptgründe verantwortlich:

AB 2016 S 547 / BO 2016 E 547

1. Qualität ist geschuldet. Von verschiedenen Kommissionsmitgliedern wurde darauf hingewiesen, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eigentlich eine Selbstverständlichkeit darstellt. Es könne auf keinen Fall angehen, diese über die Tarife hinaus zusätzlich abzugelten. Die bestehenden Tarife beinhalten nach Ansicht der Mehrheit Ihrer Kommission bereits Massnahmen für die Qualitätssicherung. Auch in anderen Bereichen des Lebens wäre es kaum verständlich, wenn für die Qualitätssicherung noch ein Zuschlag erfolgen würde. Kunden würden es wohl kaum verstehen, wenn nach einer Autoreparatur am Schluss der Rechnung noch ein Aufschlag für die Qualitätssicherung erfolgen würde. In der Kommission wurden im Bereich des Gesundheitswesens zwei Institutionen erwähnt, die ebenfalls Qualitätsanforderungen in ihren Leistungen integriert haben. Das ist erstens Swissmedic. Es wäre wenig verständlich, wenn auf Medikamenten noch ein Qualitätszuschlag durch Swissmedic berechnet würde. Zweitens ist es die Lebensmittelkontrolle. Es würde ebenfalls auf Unverständnis stossen, wenn im Bereich der Lebensmittelkontrolle auf der Rechnung im Restaurant noch ein Zuschlag für einwandfreie Qualität und Hygiene erscheinen würde.

Bereits bei der Behandlung der parlamentarischen Initiative Humbel 15.419, "Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durchsetzen", hat sich Ihre Kommission intensiv mit den bestehenden rechtlichen Grundlagen für die Qualität im Gesundheitswesen auseinandergesetzt und dieser parlamentarischen Initiative Folge gegeben.

2. Ein weiterer Grund für Nichteintreten ist die rechtliche Basis. Sie ist aus Sicht Ihrer Kommission bereits vorhanden. Ihre Kommission hat festgestellt, dass die rechtliche Basis für eine Qualitätssicherung besteht und deshalb nicht zusätzlich legiferiert werden muss. Ich erwähne beispielsweise Artikel 58 KVG, "Qualitätssicherung". Dieser Artikel gibt dem Bund bereits heute die Kompetenz für "wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen". Ich wiederhole: wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen – so geregelt in Artikel 58 KVG.

Artikel 59 KVG sieht Sanktionen gegen Leistungserbringer vor, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen. Mit anderen Worten: Der Bund kann bereits heute Qualitätserfordernisse und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen wissenschaftlich überprüfen und bei Bedarf Sanktionen aussprechen. Was wollen Sie mehr? Um noch etwas konkreter zu werden, erwähne ich Artikel 77 KVV, "Qualitätssicherung", Absatz 1: "Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

Ihre Kommission kam zur Auffassung, dass es nicht an der rechtlichen Grundlage fehlt, sondern in erster Linie an der Durchsetzung bzw. Umsetzung. Ihre Kommission erwartet deshalb in erster Linie ein Engagement der verschiedenen Stakeholder in diesen Fragen. Die Kommission bemängelte auch den zentralistischen Ansatz in der Botschaft, der dem BAG viele Kompetenzen gibt und damit in direkter Konkurrenz zu Eigeninitiative und Selbstverantwortung steht. Auch wenn vonseiten des Bundesrates stets von Bottom-up-Ansatz gesprochen wurde, bekam die Mehrheit Ihrer Kommission aufgrund der Botschaft und der Auskünfte, die sie erhalten hat, den Eindruck, dass es sich doch eher um einen Top-down-Ansatz handelt. Es wurde stark in Zweifel gezogen, dass die erforderlichen Qualitätsschritte durch ein grösseres Engagement des Bundesamtes für Gesundheit erreicht werden können.



3. Der dritte Grund für Nichteintreten ist folgender: Die Finanzierung ist nicht sachgerecht. Ein Zuschlag für Qualität, die nach Ansicht Ihrer Kommission sowieso geschuldet ist, lässt sich aus Sicht Ihrer Kommission nicht vertreten. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Qualität der Leistungen eine Selbstverständlichkeit darstellen muss und dass sie in den bestehenden Tarifen bereits abgegolten ist. Deshalb liess sich Ihre Kommission schliesslich auch nicht auf andere Finanzierungsmodelle ein. Qualität ist vorbehaltlos geschuldet.

4. Alternative Modelle, das ist der vierte Grund für Nichteintreten, wurden abgelehnt. Es wurden noch weitere Modelle diskutiert, wie beispielsweise eine eigenständige Stiftung, wie sie beispielsweise von Curafutura angeregt wurde. Bundesrat und Verwaltung haben aber darauf hingewiesen, dass eine eigenständige Institution im Rahmen der Vernehmlassung abgelehnt und deshalb die Netzwerkvariante weiterverfolgt wurde. Es wurde keine Bereitschaft signalisiert, einem alternativen Modell zum Durchbruch zu verhelfen.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Forderungen im Rahmen der Vernehmlassung, aber auch aufgrund des spürbaren Widerstands in der Kommission gegenüber anderen Konzepten, dies aus unterschiedlichen politischen Überlegungen und Richtungen, kam Ihre Kommission zur Überzeugung, dass weder das vom Bundesrat propagierte Modell noch alternative Modelle bei einem Eintreten eine Chance hätten, am Schluss als mehrheitsfähig aus der Ratsdebatte zu resultieren.

Zusammenfassend kann ich festhalten, dass die Widerstände gegen die Botschaft zu gross waren und die Kommission keine Möglichkeit sah, bei einem Eintreten die Vorlage substanziell so zu verbessern, dass sie am Schluss die Hürde der Abstimmungen im Ständerat und im Nationalrat nehmen würde.

Massgebend waren dafür – zusammengefasst – vor allem zwei Punkte:

1. Wenn heute ein Handlungsbedarf im Bereich Qualität besteht, muss dieser in erster Linie von den betroffenen Stakeholdern angegangen werden. Die gesetzlichen Grundlagen bestehen – ein weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht folglich nicht.

2. Die voraussetzungslos geschuldete Qualität braucht nicht noch eine zusätzliche Finanzierungsquelle. Die Qualität ist mit den bestehenden Tarifen abgegolten. Das System und seine Wirkung werden nicht verbessert, wenn zusätzlich 20 Millionen Franken – aus welcher Quelle auch immer – ins System gepumpt werden.

Aus diesen Überlegungen ist Ihre Kommission auf die Vorlage nicht eingetreten und ersucht den Rat, dasselbe zu tun. Ihre Kommission liess sich bei diesem Geschäft vom Gedanken leiten: Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, ist es notwendig, kein Gesetz zu machen.

**Stöckli** Hans (S, BE): Ich danke dem Sprecher der Mehrheit, dass er jetzt die Argumentation für das Nichteintreten dargelegt hat. In der Kommissionsberatung war man relativ kurz in der Begründung für den Antrag auf Nichteintreten. Nur, lieber Kollege Graber – auch heute haben Sie mich nicht überzeugt. Ich bin davon überzeugt, dass die Handlungsnotwendigkeit gegeben ist und dass wir auf diesen Gesetzentwurf eintreten müssen. Ich würde das in fünf Teilen darlegen.

Sie – auch die Mehrheit der Kommission – bestreiten nicht, dass Qualität jeden Tag erarbeitet und verbessert werden muss. Was nicht gesagt wurde, ist, dass leider die Qualität in unserem Land nicht so gut ist, wie man immer meint. Studien zeigen, dass 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten bei der Behandlung im Spital einen schädigenden medizinischen Zwischenfall erleben und dadurch den Aufenthalt im Spital um durchschnittlich eine Woche verlängern müssen. Das sind Kosten, die bei der Allgemeinheit und den Krankenkassen anfallen. Andere Studien zeigen, dass ungefähr die Hälfte dieser unerwünschten Ereignisse vermeidbar

AB 2016 S 548 / BO 2016 E 548

wäre. Man könnte also 50 Prozent dieser zusätzlichen Reparaturkosten vermeiden.

Die Schweiz ist im internationalen Umfeld nicht gut "geratet". 11,4 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer sagen, dass sie bereits an sich selber einen solchen medizinischen Fehler erlebt hätten. Dieser Anteil ist signifikant höher als beispielsweise in unserem Nachbarstaat Deutschland oder auch in Grossbritannien. 9,4 Prozent sagen, dass sie nach der Hospitalisation oder nach einer Operation eine Infektion erlitten hätten. Zählt man das zusammen, ergibt das etwas zwischen 2000 und 3000 Todesfällen pro Jahr, welche durch medizinische Zwischenfälle verursacht wurden, die eben hätten vermieden werden können. Mir scheint, dass dies schon genügend Anlass wäre, um auf diese Vorlage einzutreten.

Kommt noch dazu: Vergleichsstudien der OECD zeigen, dass in der Schweiz bei rund 12 von 100 000 chirurgischen Eingriffen ein Fremdkörper im Operationsbereich vergessen wird. Die Durchschnittsquote in den OECD-Ländern liegt aber bei 5 Fällen pro 100 000 Patienten. Sie sehen, auch in dieser Statistik stehen wir trotz teurem Gesundheitsbereich nicht gut da. Ich denke, da muss alles unternommen werden, um die Qualität zu verbessern.

Es ist noch gar nicht so lange her, da hat das Parlament selber den Bundesrat beauftragt, Gesetzesvorla-



gen für erhebliche Verbesserungen im Bereich Qualität zu bringen. Beispielsweise wurde in der SGK-NR die Motion 10.3015, "Für eine nationale Qualitätsorganisation im Gesundheitswesen", ins Leben gerufen. Noch interessanter ist die Motion 10.3450 der FDP-Liberalen Fraktion, die wie folgt begründet wurde: "Es muss ein gesetzlicher Rahmen für die Gründung einer nationalen, unabhängigen Organisation geschaffen werden ... Gegenwärtig sind die Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements auf sehr viele verschiedene Akteure aufgeteilt, und es fehlt an einer einheitlichen Führung. Dieses Problem muss so schnell wie möglich gelöst werden." Ich zitiere hier nicht den Bundesrat, sondern ich zitiere aus der Motion von 2010, die aus der Feder der FDP-Liberalen Fraktion stammt.

Ich bin dann gespannt zu hören, wie sich plötzlich dieser Handlungsbedarf in Luft aufgelöst haben soll. Wir, das Parlament, haben den Bundesrat beauftragt, das Handlungsfeld zu besetzen und uns Vorschläge auszuarbeiten.

Der Sprecher der Mehrheit hat gesagt, die gesetzliche Grundlage sei heute genügend, um dieses Problems Herr zu werden. Einerseits ist das ein Widerspruch zu den Beschlüssen des Parlamentes vor ein paar Jahren. Andererseits steht es auch im krassen Widerspruch zu der tatsächlich gelebten Welt, lieber Kollege Konrad Graber. Natürlich gibt es Bestimmungen und Vorgaben zur Qualitätssicherung im KVG; Sie haben die Artikel zitiert. Aber in dieser Gesetzgebung finden Sie keine Instrumente, um die Ziele der Qualitätssicherung, der Qualitätsverbesserung zu erreichen. Es sind keine Instrumente vorhanden, mit denen die Massnahmen umgesetzt werden könnten, und – das ist ganz entscheidend – die Leistungserbringer unterstehen im Gegensatz zu den Versicherern nicht der direkten Aufsicht des Bundes. Der Bund hat keine Aufsichtsinstrumente und keine Aufsichtsrechte bezüglich der Leistungserbringer. Insbesondere besteht auch keine gesetzliche Grundlage dafür, Sanktionen gegenüber Leistungserbringern aussprechen zu können. Dazu braucht es eben ein formelles Gesetz.

Schliesslich fehlt auch die Finanzierung vollkommen. Sie sagen, Herr Graber, dass die Finanzierung in der ordentlichen Abrechnung integriert sei. Das Problem ist nur, dass es um generelle nationale Einheiten geht. Es geht darum, dass man Standards entwickelt, welche nicht nur im Einzelfall, sondern insgesamt verbindlich sind. Dazu braucht es eben Ressourcen, und diese wiederum brauchen eine gesetzliche Grundlage. Diese gesetzliche Grundlage würde das geänderte Gesetz bringen. Wir haben es also in der heutigen Situation ganz klar noch mit einer Lex imperfecta zu tun, die es zu ergänzen gilt.

Schliesslich wurde im Rahmen der Überarbeitung der Vorlage den Kritikpunkten, welche im Vernehmlassungsverfahren aufgezeigt wurden, entsprochen. Man will die bestehenden Strukturen, insbesondere die Stiftung für Patientensicherheit, in das System integrieren. Man will bewährte nationale Programme weiterführen und auch die Stakeholder einbeziehen. Es soll keine neue Struktur beim Bund geschaffen werden.

Zur Frage, ob Bottom-up- oder Top-down-Regulierungen nötig sind: Wenn man die Unterlagen studiert und die Vernehmlassungsantworten zu verstehen versucht, dann ist klar, dass der Bundesrat mit seiner Vorlage die Absicht hat, eine Bottom-up-Lösung zu bringen, welche es ermöglichen würde, all die Ressourcen, mit denen man sich bereits heute um Qualität bemüht, zu integrieren, aufeinander abzustimmen und zu koordinieren.

Jetzt bin ich sehr erstaunt, was die Unterstützung der Vorlage des Bundesrates betrifft. Vielleicht haben Sie den Brief verschiedenster Organisationen, datiert vom 25. Mai 2016, auch erhalten, in dem uns unterschiedlichste Kreise eindringlich darauf hinweisen, dass es eben nötig sei, die nationale Gesetzgebung zu erweitern und die Lücken zu schliessen. Es heisst in diesem Schreiben – das sehr vernünftige und anerkannte Persönlichkeiten unseres Landes unterzeichnet haben –, dass Nichteintreten unverständlich und verantwortungslos sei. Ich meine, wenn ein Herr Dr. Schlup, Präsident des Ärzteverbandes, oder der Präsident des Apothekerverbandes usw. eine Formulierung schreiben wie "unverständlich und verantwortungslos", dann scheint es mir doch nötig zu sein, dass man sich Gedanken macht, ob der Entscheid in der SGK, der relativ locker gefällt wurde, tatsächlich der richtige war.

Auch die Kantone, und zwar nicht nur der Vorstand, sondern die gesamte GDK, sind klar der Meinung, dass die gesetzlichen Grundlagen heute nicht ausreichend sind und dass man auf diese Vorlage eintreten soll. Ich zitiere aus dem Schreiben der GDK: "Die Gesundheitsdirektorenkonferenz empfiehlt Ihnen im Vorfeld dieser Diskussion eindringlich, dem Antrag der Kommission nicht zu folgen und auf das Geschäft einzutreten." Lieber Kollege Graber, auch diejenigen, welche mitfinanzieren sollten, wie beispielsweise Santésuisse, sind für Eintreten auf diese Vorlage. Dementsprechend bin ich schon etwas erstaunt, dass man hier sagt, es brauche keine gesetzliche Grundlage, alles sei bestens.

Ich bin dementsprechend überzeugt, dass es richtig ist, dass man Eintreten beschliesst und so die notwendigen Voraussetzungen schafft, damit die Qualität, die in diesem Land im Vergleich zu anderen Staaten nicht gut ist, verbessert werden kann.



**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Refuser d'entrer en matière sur ce projet serait faire preuve d'inconséquence. Cela reviendrait à nier la nécessité d'améliorer l'évaluation de la qualité et l'assurance-qualité dans notre système de santé, alors qu'en Suisse, cela a été dit par le porte-parole de la minorité, les accidents médicaux évitables causent 2000 à 3000 décès par an. Ce n'est pas rien! Hormis certains cas d'erreurs médicales spectaculaires et largement médiatisées, plus de 10 pour cent des patientes et patients sont victimes d'un incident lors d'un traitement hospitalier, ce qui prolonge leur séjour d'environ une semaine, des incidents dont la moitié pourrait être évitée.

Ces observations témoignent d'un retard de la Suisse, un retard certain, en matière de qualité, sur les pays voisins, un retard que l'OCDE et l'OMS ont mis en évidence dans leurs rapports de 2006 et 2011 sur le système suisse de santé. Ce retard a aussi des conséquences financières, puisque les 350 000 journées d'hospitalisation causées chaque année par des incidents évitables coûtent plusieurs centaines de millions de francs dans le seul secteur hospitalier. Il convient de noter que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des processus de traitement non seulement réduit les coûts liés aux incidents évitables, mais permet aussi de simplifier les processus et d'en augmenter l'efficacité.

Dans le contexte d'augmentation des coûts de la santé qui est le nôtre, il est donc plus que nécessaire d'ouvrir au moins la discussion sur le renforcement des mesures de

AB 2016 S 549 / BO 2016 E 549

qualité dans le système de santé, afin de limiter les coûts financiers autant que les coûts humains.

Entrer en matière sur le projet, c'est aussi être conséquent avec les décisions prises par le Parlement. Au cours des dernières années, les deux chambres ont en effet adopté de nombreuses motions invitant le Conseil fédéral à mieux exploiter ses compétences en matière d'assurance-qualité et de sécurité des patients dans le domaine de la santé. Pas plus tard que le 6 juin dernier, c'est-à-dire lors de la présente session, notre conseil a adopté à son tour la motion Steiert 16.3001, "Système de santé. Equilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire", qui vise à échelonner la valeur du point tarifaire en fonction, notamment, de critères de qualité. Comment le faire sans nous donner les moyens de mettre en oeuvre la motion, qui, sans véritable contrôle de la qualité, restera une coquille vide?

Soit dit en passant, celles et ceux – nombreux au conseil – qui sont favorables à une concurrence en matière de qualité devraient aussi soutenir l'amélioration de l'information sur la qualité des fournisseurs de prestations, une information indispensable au libre choix des patientes et des patients et donc à un système de santé libéral.

Entrer en matière sur le projet, c'est aussi tirer les conséquences des expériences menées au cours des dernières années. Sur ce point, le bilan est plutôt mitigé. Certes, des efforts sont louables, et certains progrès tangibles. La Confédération, entre autres, soutient la fondation "Sécurité des patients Suisse" et ses programmes pilotes. L'Office fédéral de la santé publique publie les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus. La Confédération soutient aussi un projet lancé par Curaviva visant à améliorer la transparence sur la qualité des prestations en dehors du secteur hospitalier. En 2011, le Conseil fédéral a adopté sa stratégie nationale en matière de qualité dans le système de santé suisse.

Par ailleurs, un contrat national de qualité dans le secteur hospitalier a été conclu dans le cadre de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques. Des fournisseurs de prestations, tels que H plus Les Hôpitaux de Suisse ou la Fédération des médecins suisses, ont également créé des plates-formes en ligne.

Mais d'importantes lacunes subsistent, parmi lesquelles le manque d'indicateurs dans le secteur hospitalier ambulatoire, l'absence de programme national de qualité dans le secteur ambulatoire médical et, bien sûr, le manque de ressources financières. Le soutien de la Confédération à la fondation "Sécurité des patients Suisse" est, par exemple, limité à la fin de 2017.

Ce projet de modification de loi et l'arrêté fédéral qui l'accompagne permettent de poursuivre et de renforcer les efforts déployés. Ce projet reste dans une logique relativement décentralisée, contrairement à ce qui a été dit par le rapporteur de la commission, puisque l'idée d'un centre national pour la qualité a été abandonnée suite à la procédure de consultation. Comme cela a été dit, il est prévu que la Confédération exerce un pilotage stratégique et opérationnel en collaboration avec les organisations existantes, tout en améliorant les activités actuelles au sein d'un réseau. Les acteurs demeurent donc les mêmes, les responsabilités aussi. Ce qui change, en revanche, c'est la possibilité de financer de façon durable les programmes actuels et futurs de promotion de la qualité.

On peut tout à fait discuter de la solution de financement ou d'autres propositions contenues dans ce projet mais, pour cela, encore faut-il entrer en matière! Répétons que ne pas le faire, c'est nier l'existence même du



besoin d'améliorer durablement et vraiment la qualité de notre système de santé, dans l'intérêt des patientes et des patients, et pour mieux maîtriser les coûts de la santé.

Aucun des acteurs entendus en commission n'a d'ailleurs préconisé le refus d'entrer en matière. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé est très nettement en faveur du projet, dans l'intérêt des cantons, et contre un retour en arrière. Les associations nationales de fournisseurs de prestations – médecins, hôpitaux, pharmaciens, infirmiers et j'en passe –, les associations de patientes et de patients sont également en faveur de l'entrée en matière et de la discussion du projet article par article.

Puisque les bases juridiques actuelles ne sont pas suffisantes pour permettre à la Confédération de poursuivre, et encore moins de renforcer, son action en faveur de la qualité, nous devons trouver une solution portée par tous les acteurs du domaine.

Pour y arriver, le minimum requis est d'entrer en matière, car pour pouvoir s'entendre, il faut pouvoir parler, et c'est ce que je vous demande de faire.

**Kuprecht** Alex (V, SZ): Mit der vorliegenden Botschaft soll das KVG einer weiteren partiellen Änderung unterzogen werden. Bei diesen Revisionsintervallen im KVG frage ich mich schon seit längerer Zeit, ob eine korrekte Umsetzung bei all den Akteuren, die davon betroffen sind, überhaupt noch möglich ist. Es vergeht praktisch keine Session, bei der nicht irgendeine Änderung vorgenommen wird.

Nun, die Qualität der zu erbringenden bzw. konsumierenden Leistung soll weiter verbessert und die Patientensicherheit nachhaltig erhöht werden. Es wird ins Feld geführt und suggeriert, dass mit dieser Gesetzesänderung die Kostensteigerung in der Krankenpflegeversicherung gedämpft wird – eine Hoffnung, die bei praktisch allen KVG-Revisionen geweckt, in aller Regel jedoch nicht erfüllt wird. Es wird zudem festgehalten, dass sich bezüglich Rollenverteilung und Steuerungssystem gemäss KVG nichts ändern wird und die Qualitätssicherung seitens der Leistungserbringer auch weiterhin einen integralen Bestandteil darstellen wird.

Wenn man sich schon seit längerer Zeit mit diesem Thema und mit dieser Botschaft im Besonderen auseinandersetzt, so muss man sich doch verschiedene Fragen stellen: Wer ist eigentlich für die Qualitätssicherung bei den medizinischen Handlungen und Leistungen verantwortlich? Ist die Erbringung einer hohen Qualität nicht bereits Bestandteil der für die medizinische Leistung erbrachten Leistungsabgeltung, unabhängig davon, ob diese Leistung nun ambulant oder stationär erbracht wird? Welche Auswirkungen haben staatliche Qualitätssicherungsprogramme? Verbessern sie tatsächlich die Qualität? Oder sind sie nicht die Basis weiterer bürokratischer Massnahmen, die auf der Achse der Langzeitbetrachtung entsprechende Kostenfolgen haben? Ist es tatsächlich notwendig, dass wir heute grünes Licht dafür geben, dass gut 50 Millionen Franken für die vierjährige Zeitperiode von 2018–2021 bewilligt werden und dass wir damit gleichzeitig den Bund und die Versicherten mit einem zusätzlichen Prämienzuschlag belasten? Ist es sachlich zu rechtfertigen, dass ein Rahmenkredit von 32 Millionen Franken gesprochen wird, und zwar für Programme nach den Artikeln 58ff. KVG, die eigentlich durch die verrechneten Tarife bereits abgegolten sind? Rechtfertigt sich ein weiterer Rahmenkredit für Finanzhilfen für Projektunterstützungen?

Manchmal ist es gut, wenn man aufgrund einer ganz grundsätzlichen Betrachtungsweise einmal über den Tellerrand blickt und in andere Industriebereiche schaut. Ich meine, das gilt auch für die Gesundheitsindustrie, die ja bekanntlich auf einem stetig wachsenden Markt basiert und deren Kosten grundsätzlich immer auf irgendeine Weise abgedeckt sind. Diese relative Sicherheit bei der Abgeltung der Kosten durch erhöhte staatliche Beiträge oder durch eine Erhöhung der Versichertenbeiträge verleitet meines Erachtens dazu, etwas lethargisch zu werden und einfach auf weitere staatliche Leistungen zu warten, sei dies durch neue gesetzliche Regelungen, die Ausweitung des Leistungskatalogs oder die Übernahme von Projekt- und Programmkosten. Das geschieht gerade auch hier bei dieser KVG-Anpassung.

Während in der Gesundheitsindustrie der Staat die Grundlagen für eine Verbesserung der Qualität liefern soll, sind in anderen Industriezweigen grundsätzlich die Betriebe selbst für eine möglichst hohe Qualität ihrer Produkte verantwortlich. Die Qualität ist dabei die Grundlage des Betriebserfolges. Ist sie schlecht, so wird ein Betrieb keine Chance haben zu überleben. Die Betriebe sind es, die im eigenen Interesse ein Qualitätssicherungssystem einführen und sich an den

AB 2016 S 550 / BO 2016 E 550

vorhandenen Benchmarks messen lassen. Eine staatliche Einflussnahme findet kaum oder gar nicht statt; das ist auch gut so. Ist die Qualität der Produkte schlecht, lassen sich diese ganz einfach nicht mehr verkaufen, und die Firma wird gefährdet und vom Markt verschwinden.

Warum soll dies in der Gesundheitsindustrie nicht auch möglich sein? Warum verbessert sich ein Qualitätsstandard nur dann, wenn vorher staatliche Programme und staatlich geführte und finanzierte Projekte durch-



geführt werden? Warum soll ein Leistungserbringer eine Daseinsberechtigung haben, wenn er offensichtlich Leistungen von geringerer Qualität erbringt als andere Leistungserbringer? Ich bin der Überzeugung, dass jeder Leistungserbringer für seine Handlungen selbst und direkt verantwortlich ist, sei es ein Spital für stationäre oder ambulante Leistungen, sei es ein praktizierender Arzt für die Tätigkeit in seiner Praxis, sei es ein Apotheker bei der Herausgabe von Medikamenten. Es ist eine Führungsaufgabe, in einem Spital oder in einer Praxis dafür zu sorgen, dass die Qualität ein möglichst hohes Mass erreicht. Die zu behandelnden Patientinnen und Patienten haben ein Anrecht darauf.

Mit den von ihnen bezahlten Prämien sind die entsprechenden Faktoren zur Qualitätssicherung abgegolten. Es ist auch aus diesem Grund nicht einsehbar, warum zusätzlich dafür weitere Steuer- und Prämiegelder eingefordert werden sollen. Die Stossrichtung dieser Gesetzesänderung ist meines Erachtens klar: Die Neuregelung soll weitere Steuerungsmöglichkeiten für die Qualitätsstrategie des Bundesrates bewirken. Flächendeckende Standards und Methoden sollen durch die Entwicklung, Durchführung und Auswertung der nationalen Programme ermöglicht werden, durch Projekte sollen die Grundlagen für die verbindliche Einführung von Qualitätsindikatoren erarbeitet werden und durch Verbindlichkeiten sowie durch die Implementierung und Schaffung von Massnahmen soll die Transparenz erhöht werden.

Die Erkenntnisse all dieser Programme und Projekte werden dazu führen, dass weitere Vorschriften und gesetzliche Grundlagen oder Weisungen geschaffen werden. Die administrativen Aufgaben, insbesondere bei den stationären Pflegeleistungen, werden zunehmen. Die mit der Qualitätssicherung und -prüfung beauftragten Personalstellen werden ausgebaut werden müssen. Dass die Pflegequalität effektiv besser wird, wage ich zu bezweifeln. Es ist jedoch sicher, dass damit die Kosten weiter anwachsen. Die Ausbildungsanforderungen sowie die Belastungen der öffentlichen Hand und der Leistungsempfänger werden immer grösser. Gerade das gilt es meines Erachtens unbedingt zu vermeiden. Die Konsequenz aus der Vorlage wäre: Die Kosten werden weiter steigen, sowohl für die Prämienzahler wie auch für die öffentliche Hand.

Ich lehne deshalb aus Überzeugung dieses staatliche Projekt ab und vertrete die Auffassung, dass es bereits heute im KVG genügend Ansatzpunkte und gesetzliche Regelungen gibt, die eine hohe Qualitätswirkung haben; Herr Kollege Graber hat darauf hingewiesen. Es gilt, diese Möglichkeiten auszuschöpfen, aber mit Augenmass und Vernunft. Vielmehr sollen bestehende Qualitätsvergleichsinstrumente wie z. B. der ANQ oder andere weiter gefördert und deren Akzeptanz gestärkt werden. Die Transparenz und Qualität sind allenfalls mit Anreizmassnahmen wie Leistungsfaktoren bei der Fallpauschale, gebunden an Benchmarks oder via Tarmed, bei ambulanten Leistungserbringern zu erhöhen. Eine erbrachte hohe Qualität soll sich positiv auswirken und damit diejenigen bestrafen, die ein unterdurchschnittliches Qualitätsniveau erreichen.

Ich bin der vollen Überzeugung, dass diese vorliegende Gesetzesänderung nicht notwendig ist, um eine Qualitätssteigerung bei den Leistungen zu erreichen. Von den Leistungserbringern selbst wird verlangt, dass sie unaufgefordert auf der Basis von Best Practice ihre Erfahrungen in den unzähligen Gremien der Gesundheitsindustrie einbringen, sich darüber austauschen und diesem Austausch mögliche Änderungsmaßnahmen entnehmen, anstatt dass sie vom Staat immer zu teuren und personalintensiven Umsetzungsmassnahmen gezwungen werden. Die Erfahrungen zeigen zudem auf, dass erhoffte Prämienrückführungen selten eintreten und durch neue Regelungen, Weisungen oder Vorschriften meistens wieder aufgeessen werden. Dies wird wohl auch hier der Fall sein.

Ich lehne deshalb diese Vorlage ab und werde aus den dargelegten Gründen nicht darauf eintreten.

**Keller-Sutter Karin (RL, SG):** Ich möchte Sie ebenfalls bitten, mit der Mehrheit der Kommission Nichteintreten zu beschliessen. Ich sage dies, obwohl ich dem Bundesrat zugutehalte, dass er die in der Vernehmlassung sehr umstrittene Vorlage, in der ein nationales Qualitätszentrum im Fokus stand, nachgebessert hat. Er hat sie verändert. Es trifft auch zu, was Herr Stöckli gesagt hat: Der Bundesrat hat auch gehandelt, weil das Parlament es gefordert hat, offensichtlich auch Kolleginnen und Kollegen meiner Partei. Ich war damals noch nicht dabei. Wenn ich gefragt worden wäre, hätte ich vielleicht schon zu jenem Zeitpunkt eine gewisse Skepsis geäussert. Das muss man dem Bundesrat zugutehalten, und hier muss man auch fair sein: Es standen entsprechende Forderungen im Raum. Es ist wohl auch schwierig, in diesem Bereich tatsächlich eine Lösung zu finden, die dann mehrheitsfähig ist und die allen Stakeholdern sozusagen passt.

Wir haben aber gehört: Das heutige KVG hat verschiedene Aufgaben. Wir kennen die Aufsicht über die Krankenversicherung, wir wissen, dass gesamtschweizerisch Tarife genehmigt werden müssen. Es ist auch eine im KVG festgelegte Aufgabe, dass die Qualitätskriterien durchzusetzen sind. Es geht darum, dass eine Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden muss. Artikel 59a KVG sagt denn auch, dass die Leistungserbringer dem Bund Rechenschaft ablegen bezüglich der Qualität der Leistung, insbesondere über die medizinischen Qualitätsindikatoren. Dieser Auftrag wurde sicher bis jetzt ungenügend umgesetzt. Wir haben



deshalb das Thema in der SGK-SR ausführlich diskutiert, und zwar auch vor dem Hintergrund der erwähnten parlamentarischen Initiative Humbel 15.419; Kommissionspräsident Graber hat es erwähnt. Wir haben dieser Initiative ja auch Folge gegeben. Aber wir haben – das muss man hier schon einräumen – ein Vollzugsproblem bzw. ein Vollzugsdefizit. Die Transparenz bezüglich der medizinischen Qualität der Behandlung ist jedenfalls noch nicht gegeben.

Als ich mich dafür entschieden habe, auf diese Vorlage nicht einzutreten, standen für mich dafür zwei wesentliche Gründe im Vordergrund: Erstens empfinde ich das geplante Netzwerk des Bundes so, wie es angedacht ist – als zentralistisch. Dies scheint mir in unserer Landschaft, die doch sehr auf den Aktivitäten und den gewachsenen Strukturen der verschiedenen Akteure beruht, nicht zielführend zu sein. Es ist ja hier angedacht, dass das BAG zentral Vorgaben macht, dass es zwar noch eine Begleitgruppe, eine Kommission gibt, dass Vorgaben aber vor allem vom Zentrum aus gesteuert werden. Aus meiner Sicht müssen Leistungserbringer und Krankenversicherer vielmehr gemeinsam dafür sorgen, dass die Leistungserbringung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Dies muss eben an der Front, in der Praxis erfolgen, und nicht einfach zentral. Das wird auch gemacht. Wenn also heute – nicht nur heute, auch im Vorfeld dieser Beratung – der Eindruck erweckt wurde, dass sämtliche Chirurgen mit schmutzigen Händen operieren und überhaupt keine Qualitätsstandards vorherrschen, dann ist das nicht richtig. Es wird sehr viel gemacht; die Spitäler ziehen ihre Programme selber vor Ort durch.

Wenn man mit den Leistungserbringern spricht, die täglich die hohe Qualität im Gesundheitswesen gewährleisten, dann wird deutlich, dass sie nicht noch mehr Zentralismus wollen, nicht noch mehr Qualitätssicherungsmodelle, mehr Formulare, mehr Kontrollen. Denn im Endeffekt führt das ja – Kollege Kuprecht hat das recht ausführlich beschrieben – nicht zu mehr Qualität, sondern zu mehr Bürokratie. Ich habe am Wochenende mit einem Chirurgen gesprochen, der mir wirklich noch einmal ins Gewissen geredet hat und mich auf die Problematik aufmerksam gemacht hat. Er

AB 2016 S 551 / BO 2016 E 551

sagte, er frage sich manchmal, wer eigentlich im Spital noch Medizin mache, wer noch im Kerngeschäft arbeite, wer überhaupt noch die Wertschöpfung bringe und wer mehr und mehr mit diesen Programmen beschäftigt sei: mit Aufschreiben, mit Formularen, mit Auswertungen. Denn dies alles diene unter Umständen nicht einfach dazu, die Qualität zu verbessern, es sei zwar gut gemeint, bedeute aber im Endeffekt einfach mehr Bürokratie und eine Verlagerung der Tätigkeiten.

Wir haben in der Medizin ähnliche Entwicklungen wie in anderen Branchen; wir kennen sie auch in der Wirtschaft. Etwas überspitzt formuliert ist es ja dort teilweise so, dass die Compliance- und die Rechtsabteilungen bald grösser sind als die Abteilungen, die das Hauptprodukt herstellen oder die Hauptdienstleistung erbringen. Diese Befürchtung hört man auch von Ärztinnen und Ärzten, die an der Front arbeiten. Sie äussern sie, nicht weil sie etwas verstecken wollen, nicht weil sie Kunstfehler begehen, die sie nicht aufdecken wollen, nicht weil sie sich nicht verbessern wollen, sondern weil sie die Befürchtung haben, dass sie letztlich ihre Kerntätigkeit kaum mehr ausüben können. Diese Befürchtung ist weit verbreitet, und wir müssen aufpassen, dass wir hier nicht jene schwächen, die die Wertschöpfung erbringen. Ich denke auch, dass die Frage der strategischen Qualitätssicherung nicht vom Bund quasi einseitig – zugegebenermassen zusammen mit der Begleitkommission – erbracht werden kann.

Der zweite Punkt, der dazu führt, dass ich für Nichteintreten stimmen werde, betrifft die Finanzierung. Es wurde schon erwähnt: Es sind knapp 20 Millionen Franken über die Prämien zu finanzieren; das sind Fr. 3.50 pro Versicherten und Jahr. Das ist nicht viel, zugegeben. Aber man sagt ja hier, man sei nicht einmal bereit, 3.50 pro Versicherten und Jahr für die Qualität auszugeben. Nur sind Qualität und Wirtschaftlichkeit heute schon Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen gemäss KVG. Die Qualität ist also heute schon Bestandteil des Preises – sie ist eingepreist, und sie ist auch geschuldet. Es wurde erwähnt: In anderen Bereichen können Sie auch nicht zusätzlich etwas verlangen, damit die Qualität stimmt. Wenn ich meinen Einkauf an der Kasse bezahlen will, kann man mir nicht sagen, es koste noch 5 Franken mehr, damit sichergestellt werden könne, dass das, was ich kaufe, die Qualitätsanforderungen erfülle. Auch dort ist die Qualität eingepreist, bei jedem Produkt, das wir erwerben.

Die Finanzierung von Massnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit und Qualität hat keine Wirkung, solange die Transparenz bei der Qualität nicht wirklich verbessert wird und nicht auch über die Tarife die entsprechenden Anreize gesetzt werden.

Das alles ist im Übrigen – das möchte ich mit aller Deutlichkeit festhalten – kein Votum gegen die Stiftung für Patientensicherheit, im Gegenteil: Die Arbeit dieser Stiftung ist anerkannt. Die Arbeit dieser Stiftung ist ausgezeichnet. Ein Problem besteht darin, dass die Finanzierung dieser Stiftung per 2017 ausläuft. Dass sich





die Kantone jetzt auf das Modell konzentrieren, das uns vorgelegt wurde, und sagen "Ja, macht mal", erstaunt vor dem Hintergrund dessen, dass sie die Stiftung für Patientensicherheit mitfinanzieren müssen. Dass jetzt über die Prämien ein Beitrag der Patienten selbst verlangt wird, erstaunt nicht. Ich muss Ihnen sagen: Ich bin etwas enttäuscht von den Kantonen, die hier nicht bereit sind, ihre Verantwortung zu übernehmen. Der Bund beteiligt sich ja aktuell mit 1,1 Millionen Franken. In allen anderen Bereichen hören wir seitens der Kantone immer wieder, man solle die Autonomie der Kantone respektieren, sie würden die Verantwortung tragen usw. Im Gesundheitswesen sind sie tatsächlich in der Verantwortung; es ist ein Hoheitsgebiet der Kantone. Ich hätte hier etwas mehr erwartet, als dass sie einfach Ja sagen zu einem Modell, das sie dann nicht mehr finanzieren müssen. Sie handeln, vielleicht etwas überspitzt formuliert, nach dem Motto "Aus den Augen, aus dem Sinn". Ich glaube, Herr Stöckli, wir sind uns in einem einig: Wir sind uns einig, dass dieses Thema einen gewissen Handlungsbedarf enthält. Es gab in der Vergangenheit die erwähnten Vorstösse, und es gibt jetzt dieses Modell. Auch wenn heute Nichteintreten beschlossen wird, ist das Thema nicht vom Tisch; da sind wir uns einig. Ich bitte aber um Verständnis, Herr Stöckli – wir haben uns ja auch in der Kommission etwas darüber ausgetauscht –, dass ich unter den genannten Umständen nicht bereit bin einzutreten. Das, was ich jetzt skizziert habe, ist ja schon etwas das Rückgrat der Vorlage. Wenn man auf eine Vorlage eintritt – das ist etwas die Erfahrung, die ich hier auch in Bern gemacht habe –, dann ist man im Spiel, und dann ist es sehr schwierig, den Meccano noch einmal zu verändern. Wenn man von Anfang an sagt, dass der Meccano nicht in die richtige Richtung geht, ist es wahrscheinlich konsequenter zu sagen, dass man nicht eintritt.

**Bruderer Wyss Pascale (S, AG):** Was ja wirklich spannend ist zu beobachten: Normalerweise gibt es eine ergiebige Diskussion in der Kommission. Das Kondensat daraus spiegelt sich dann auch in der Plenumsdebatte wider. Hier ist es fast umgekehrt: Wir reden hier im Rat viel mehr und intensiver über diese Vorlage, wir tauschen uns hier darüber aus. In der Kommission, muss ich Ihnen sagen, hat mir dieser intensive Austausch gefehlt. Das heisst nicht, dass ich es nicht richtig finde, dass wir uns jetzt austauschen. Im Gegenteil, ich bin sehr glücklich darüber. Ich möchte Ihnen auch für all Ihre Voten danken. Ich möchte auch insbesondere meiner Vorrednerin dafür danken, dass sie bekräftigt, dass Handlungsbedarf besteht; den gibt es offensichtlich. Das Parlament hat damals nicht ins Blaue hinaus den Auftrag erteilt, dem Bundesrat hier Vorschläge zu machen. Spätestens die Botschaft zeigt, dass das nicht ins Blaue hinaus geschah. Ich muss nicht wiederholen, was Herr Stöckli aus der Botschaft und auch aus anderen Unterlagen, die uns auch im Hearing unterbreitet wurden, zitiert hat. Das sind eindrückliche Beispiele von vermeidbaren Zwischenfällen, die immer auch mit Folgekosten verbunden sind. Die Fakten sind bei dieser Vorlage meines Erachtens in dieser Frage relativ erdrückend. Sie machen auch Sorgen. Es geht immerhin um die Gesundheit, es geht um die Qualität in der Gesundheitsversorgung, die allen Bürgerinnen und Bürgern zu Recht ein grosses Anliegen sind. Mir scheint hier der Handlungsbedarf für Verbesserungen in einem zentralen Bereich wie der Gesundheit evident, offensichtlich und selten so gegeben wie hier.

Ist man gegen Eintreten, müssen die Argumente entsprechend stichhaltig und überzeugend sein. Ich habe bis jetzt keine überzeugenden Argumente gefunden, welche effektiv gegen Eintreten sprechen. Ja, bei einigen Punkten habe ich Verständnis, da könnte man entsprechende Anträge stellen. Aber der Handlungsbedarf ist offensichtlich. Ich glaube, es gilt auch zu würdigen, dass die Vorlage nach der Vernehmlassung angepasst wurde. Als Beispiel wurde insbesondere diese neue – in Anführungs- und Schlusszeichen – "Netzwerklösung" eingebracht, unter Einbezug der bereits aktiven Akteure. Ich glaube, es gilt zu würdigen, dass hier Anpassungen vorgenommen wurden.

Ein Argument hat mich aber wirklich erstaunt, irgendwie auch ein bisschen schockiert, um offen zu sein. Es ist das Argument: Was würden die Versicherten denken, wenn man jetzt sagt, es brauche noch zusätzliche Aufwendungen für die Qualität? Es ist die Frage, wie das aussähe, wenn das jetzt noch zusätzlich koste, man gehe doch davon aus, dass die Qualität im Preis mit drin sei. Ich glaube, wenn man diese Frage stellt, ist man unmittelbar bei der Notwendigkeit dieser Vorlage.

Wenn man zum Schluss kommt, man wolle deswegen nicht eintreten, dann sehe ich nur zwei Möglichkeiten: Entweder ist es eine Fehleinschätzung, weil man den Handlungsbedarf nicht sieht – die Mängel sind aber auf dem Tisch, sie sind offensichtlich. Oder es ist die Fehlüberlegung, dass man es sich leisten kann, vermeidbare Zwischenfälle nicht anzugehen, weil es günstiger kommen könnte, diese Mängel hinzunehmen. Das kann es wirklich nicht sein.

AB 2016 S 552 / BO 2016 E 552

Ich bin auch sehr froh um die deutliche Haltung der GDK, die uns eindringlich empfiehlt, dem Antrag der Kommissionsmehrheit auf Nichteintreten nicht zu folgen. Die Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdi-



rektoren teilen ja die Ansicht der Minderheit der Kommission. Eine verbindliche Qualitätsstrategie des Bundes unterstützt die Kantone in der Entwicklung ihrer eigenen strategischen Ausrichtung. Sie liefert auch die notwendigen Eckpunkte für die zukünftigen Qualitätsarbeiten und für die Umsetzung der Versorgungsplanung und der Versorgungsqualität.

Abschliessend möchte ich mich noch auf das Votum von Herrn Kuprecht beziehen, man solle nicht einfach immer wieder zusätzliche staatliche Leistungen suchen und beschliessen. Ich gebe Ihnen Recht: Der Staat muss nicht alles machen, aber das, was er macht, muss er gut machen, effizient machen, effektiv machen. Er muss dies in einer Qualität machen, die überzeugt. Wenn man dort Mängel erkennt, dann muss man eben handeln. Ich möchte damit meine Bitte an Sie verbinden, auf die Vorlage einzutreten und sich dort einzubringen, wo Sie der Meinung sind, da werde das falsche Modell verwendet. Ich bitte Sie, auf diese Diskussion einzutreten und damit dem Handlungsbedarf, der besteht und der im Wesentlichen nicht bestritten ist, nachzukommen.

**Ettlin** Erich (C, OW): Ich bin für Nichteintreten und hole da vielleicht jetzt auch die Diskussion in der Kommission nach. Kollege Stöckli hat am Anfang gesagt, es hätten ihm treffende Argumente gefehlt. Jetzt haben wir – das sollte man im Gesundheitswesen nicht sagen – vielleicht einen Overkill an Argumenten; ich hoffe auch da auf Verständnis für mein Votum für Nichteintreten.

Die Anbieter und Teilnehmer im Gesundheitssystem müssen ja heute schon oberste Anforderungen an die Qualität erfüllen. Alles andere wäre für mich schon erstaunlich. Wenn jetzt Resultate von Studien gezeigt werden, müssten diese vor allem die Anbieter im Gesundheitswesen schmerzen. Sie sollten sagen, dass sie alles tun müssten, um solche Resultate zu vermeiden.

Wir haben meines Erachtens keine Differenzen in unserer Zielsetzung: Wir wollen die Qualität verbessern und die Anzahl Zwischenfälle senken. Es geht am Schluss darum, welchen Weg man dazu einschlägt. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht, es wurde auch gesagt, sind die Dienstleistungserbringer, vor allem die Spitäler, enorm daran interessiert, die Zwischenfälle zu reduzieren. Sie werden für medizinische Leistungen über die Fallpauschalen nicht à gogo entschädigt, vielmehr schlagen die Zwischenfälle auf ihr Resultat. Sie haben kein Interesse an einer schlechten Qualität.

Als ehemaliges Mitglied in einem Spitalrat kann ich sagen, dass uns seinerzeit sowohl die Qualität als auch die Zwischenfälle, die passiert sind, enorm und täglich beschäftigt haben. Das war einer der Hauptpunkte in der Tätigkeit im Spitalrat. Ich denke, dass es heute noch so ist. Ich kann sagen, dass Transparenz und Benchmarking ein Thema sind, das man wirklich angehen muss. Das ist für jeden Verwaltungsrat, Spitalrat und für die Leitung enorm wichtig, und das muss man angehen.

Wenn man jetzt einfach mehr Programme macht, dann setzt man auf viele administrative Arbeiten noch weitere drauf: Wie Kollegin Keller-Sutter gesagt hat, stöhnen die Pflegerinnen, die Ärztinnen und Ärzte schon heute darunter. Da braucht es, so denke ich, auch eine sinnvolle, zweckmässige Qualitätssicherung, bei der alle immer das gleiche Ziel haben.

Ich befürchte stark, dass mit der zusätzlichen staatlichen Steuerung einfach eine Institution und eine Finanzierungsübung mehr auf das schon komplizierte Gesundheitswesen aufgesetzt werden, nach dem Motto: "Da berufen wir jetzt eine Kommission ein!" Das wird aber das Problem nicht lösen. Fordern wir doch von den Leistungserbringern die Qualität konsequent ein, und geben wir ihnen die Mittel über die Strategie, die zur Frage, wie sie es eigentlich am besten machen müssten, schon angedacht haben: über die Transparenz.

Zu den Fr. 3.50 pro Versicherten: Es ist halt so ein Verkaufsargument – das schmerzt mich immer, ich muss es einfach sagen -: Wenn du ein teures Produkt verkaufen willst, teile es auf in viele kleine Einheiten, sodass du sagen kannst, es koste ja nur so viel wie ein Kaffee pro Tag. Es bleibt aber eine zusätzliche Belastung angesichts jetzt schon hoher Prämien. Ich glaube, da müssten wir wirklich voll überzeugt sein, dass der Weg, den wir einschlagen wollen, im Grundsatz stimmt. Deshalb unterstütze ich auch das Votum von Kollegin Keller-Sutter, die sagt: Wenn wir im Grundsatz mit dem Vorgehen nicht einverstanden sind, dann stimmen wir hier besser für Nichteintreten.

**Luginbühl** Werner (BD, BE): Die Schweiz hat bekanntlich das mit Abstand teuerste Gesundheitssystem in Europa. Trotzdem ist die Sicherheit nicht besser als in anderen Ländern, die deutlich weniger für die Gesundheit ausgeben wie beispielsweise England, Deutschland oder Frankreich. Es wurde bereits gesagt, und ich wiederhole es ganz bewusst noch einmal: Rund 10 Prozent der Patienten erleben einen vermeidbaren medizinischen Zwischenfall, der ungefähr eine Woche zusätzlichen Spitalaufwand zur Folge hat. Stellen wir uns vor, was das für Kosten verursacht. Bei 2000 bis 3000 Fällen führt der vermeidbare Zwischenfall zum Tod.

Jetzt bin ich mir natürlich sehr wohl bewusst, dass sich Fehler nie vollständig vermeiden lassen, das ist klar. Es besteht aber im vorliegenden Fall in Fachkreisen eine weitgehende Übereinstimmung, dass Behandlungsleit-



linien und Mindeststandards ungenügend implementiert sind. Das heisst, es besteht eine weitgehende Übereinstimmung darin, dass wir ein beträchtliches Verbesserungspotenzial haben, was die Fehlerquote betrifft. Die bisherige Diskussion hat gezeigt, dass sich dessen alle bewusst sind und auch willens sind, die Qualität zu verbessern. Die grosse Frage ist, auf welchem Weg wir das erreichen. Zwar hat die Kommission Recht, wenn sie argumentiert, dass die Qualitätssicherung von den Leistungserbringern und den Krankenversicherern erbracht werden muss. Ich teile auch gewisse Zweifel der Kommission, ob mit einer zentralistischen Struktur in einem föderalen System eine nachhaltige Verbesserung erzielt werden kann. Die Problematik liegt wohl tatsächlich weniger an fehlenden zentralen Strukturen als am Willen der Kantone, verbindliche Kriterien für die Leistungserbringer festzulegen. Wie wir letzte Woche in der "Rundschau" sehen konnten, liegt es wahrscheinlich auch an der Bereitschaft der Leistungserbringer, sich kontrollieren zu lassen.

Zudem fokussiert sich die Vorlage, wie sie heute präsentiert wird, nach meiner Auffassung zu einseitig auf die Akutversorgung. Gerade im Bereich von Spitex und Langzeitpflege hat die Pflegequalität grosse Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Auch zweifle ich die Zweckmässigkeit der angestrebten ausserparlamentarischen Kommission zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit an, umso mehr, als eben die wichtigen Stakeholder der Pflege darin nicht vertreten sind. Es ist auch nicht völlig klar, was diese Kommission für Aufgaben und Kompetenzen hätte. Verbindliche Qualitätsindikatoren und Sanktionsmöglichkeiten einzuführen und zu überprüfen, ist Sache der Kantone und muss auf der Ebene der Betriebsbewilligung angesiedelt werden. Dafür braucht es diese Kommission nicht unbedingt. Auch die vorgeschlagene Finanzierung behagt mir eigentlich nicht. Aus diesen Gründen habe ich ein gewisses Verständnis für den Antrag der Kommission, auf diese Vorlage nicht einzutreten.

Auf der anderen Seite schreibt unser ehemaliger Kollege Felix Gutzwiller in der "NZZ" vom 7. Juni 2016, einfache Lösungen gebe es keine, ohne die Vorlage fehle der Rahmen, es brauche dringend eine Stärkung der Qualität im KVG im Sinne der Vorlage. Wenn ich mir zusätzlich die Position der GDK, immerhin der zuständigen Fachdirektorenkonferenz der Kantone, und auch noch die Stellungnahme der Fachdirektion meines Kantons zu Gemüte führe, gelange ich zur Auffassung, dass wir nicht auf Eintreten verzichten können. Ich hätte mir gewünscht, dass die Kommission beantragt, die Vorlage mit konkreten Auflagen an den Bundesrat

**AB 2016 S 553 / BO 2016 E 553**

zurückzuweisen, oder dass sie selber Verbesserungen vorgenommen hätte. Absehbarer Widerstand der Verwaltung darf wohl kaum der Grund dafür sein, dass wir uns dieser Aufgabe nicht annehmen.

Angesichts des bestehenden Handlungsbedarfs; angesichts der Tatsache – das ist sehr wichtig –, dass bekannt ist, dass wir im Sicherheitsbereich ein Problem haben, indem die verantwortlichen Akteure die Sache bis jetzt nicht konsequent genug angegangen sind; angesichts der Probleme, der Kosten und des Leids, das durch vermeidbare Fehler bei den Betroffenen und ihren Angehörigen verursacht wird, bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und diese an die Kommission zurückzuweisen. Sollte der Rat der Mehrheit folgen und nicht eintreten, erwarte ich vom Bundesrat trotzdem, dass er das Thema nicht ad acta legt, sondern rasch aktiv wird, indem er bestehende gesetzliche Kompetenzen nutzt, konkrete Vorgaben zur Qualität erlässt und die Sanktionen verschärft.

**Graber Konrad (C, LU)**, für die Kommission: Ich glaube, es ist die Aufgabe des Kommissionssprechers und des Präsidenten der Kommission, noch darzulegen, dass die Kommission, entgegen den Ausführungen von Herrn Stöckli und Frau Bruderer, in dieser Frage sehr seriös und auch intensiv gearbeitet hat. Wir hatten zwei Sitzungen. Am 2. Februar 2016 haben wir 34 Seiten Protokoll produziert, mit Anhörungen, Fragerunden, Zusatzbericht; dazu kam ein Zentimeter Beilagen. Das waren alle Anhörungen, die wir durchgeführt haben. An der Sitzung vom 21./22. März haben wir nochmals 12 Seiten Protokoll generiert. Dann haben wir uns zusätzlich noch mit der parlamentarischen Initiative Humbel 15.419, "Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durchsetzen", befasst, die auch den Qualitätsbereich mitbetrifft, und nochmals 11 Seiten Protokoll produziert. Sie können sich über die Qualität der Diskussion äussern, aber quantitativ hat die Kommission sicher sehr gute Arbeit geleistet. Die Qualität wird von der Mehrheit und von der Minderheit möglicherweise unterschiedlich beurteilt. Ich habe es kurz nachgerechnet: Insgesamt hat sich die Kommission mit diesem Geschäft über sieben Stunden auseinandergesetzt.

Inhaltlich möchte ich der Minderheit einfach noch in Erinnerung rufen, dass es zwei Sichtweisen gibt. Ich glaube, unerwünschte Ereignisse, wie sie erwähnt wurden, will niemand. Die sind effektiv, denke ich, von der Mehrheit und von der Minderheit eben "unerwünscht". Es gibt also zwei Sichtweisen. Die Minderheit will ein Gesetz, zeigt uns aber nicht auf, wie das Gesetz wirken soll, und die Mehrheit will das Anliegen den Stakeholdern überlassen und sagt: Es ist die Aufgabe und die Pflicht der Spitäler usw., der Leistungserbringer,



dass die Qualität sichergestellt wird. Der Herr Minderheitssprecher hat auch nicht erwähnt, wie es möglich wäre, mit einer gesetzgeberischen Lösung zu verhindern, dass Fremdkörper im Operationsbereich verbleiben. Das können Sie bestimmt nicht im Gesetz regeln.

Dann möchte ich noch auf einen weiteren Punkt eingehen. Die Krankenversicherungsverbände, wurde ausgeführt, stünden hinter der Vorlage. Das ist falsch. Santésuisse schreibt in ihrer Stellungnahme: "Die Finanzierung der Koordinationsaufgaben des Bundes durch Prämienfelder der OKP ist unüblich und wird abgelehnt. Die Qualitätssicherung der Leistungserbringenden ist in den Tarifen abgegolten." Das ist die Argumentationschiene von Santésuisse. Curafutura, der andere Versicherungsverband, hat uns sogar ein anderes Modell präsentiert. Man kann also nicht sagen, dass die Versicherungsverbände hinter der Vorlage stehen würden. Bezüglich der Gesundheitsdirektionen hat sich Frau Keller-Sutter, denke ich, bereits geäußert. Das ist auch eine andere Sichtweise. Man ist glücklich mit der Finanzierung, die hier propagiert wird. Ich möchte aber einfach erwähnen, dass dies letztlich höhere Krankenkassenprämien bedeutet. Wenn Sie höhere Prämien wollen, dann müssen Sie auf die Vorlage eintreten.

**Berset** Alain, conseiller fédéral: Beaucoup de choses ont été dites jusqu'à maintenant. J'aimerais aussi remercier celles et ceux qui, parmi vous, ont – j'allais dire – rétabli la vérité dans ce débat. J'aimerais compléter en vous rappelant une date, une date importante, celle du 9 mars 2011. Est-ce que la date du 9 mars 2011 vous dit quelque chose? Le 9 mars 2011, votre conseil a adopté, sans aucune opposition, sans qu'aucune main se soit levée là contre, deux motions qui ont donné un mandat très précis au Conseil fédéral. Ces deux motions venaient compléter une autre motion de votre propre commission, débattue ici en septembre 2010. Si on prend ces trois motions, on voit qu'elles chargent le Conseil fédéral – enfin! – de se mettre au travail dans le domaine de la qualité, de proposer une base légale pour un institut national en matière de qualité, financé par l'assurance-maladie.

Donc, oui, nous avons travaillé durant cinq ans. Durant ces cinq ans, nous avons développé un projet avec nos partenaires; nous le leur avons soumis; ils ont eu des réactions assez négatives au sujet de la structure: comme ils ne voulaient pas d'un institut, nous avons donc proposé la création d'un centre pour la qualité, cela avant la consultation. Ensuite, nous avons envoyé en consultation l'avant-projet, qui prévoyait la mise en place d'un centre pour la qualité. Les résultats de la consultation ont été relativement critiques à propos de l'institution de ce centre. Nous avons donc encore fortement adapté le projet pour nous diriger ensuite vers l'idée d'un réseau, qui correspondait déjà plus complètement à ce que voulait le Parlement, à ce que vous vouliez. Il nous semblait important de faire cette adaptation pour que le projet soit mieux accueilli.

Et enfin, oui, comme vous l'aviez souhaité, nous avons aussi prévu dans ce projet un financement par l'assurance-maladie. C'était le souhait du Parlement, et le Conseil fédéral a fait ce que le Parlement lui aurait dicté.

Vous nous avez donc fait travailler durant cinq ans pour finalement nous dire – je l'ai entendu lors du débat – que c'était incroyable que le Conseil fédéral présente un projet où il voulait régler la question de la qualité sur le plan national avec un financement par l'assurance-maladie. Franchement, on peut discuter de tout, et, à cet égard, j'aimerais remercier Madame Keller-Sutter, qui a rappelé l'élément suivant dans le débat: Oui, nous n'avons fait que réaliser ce que vous aviez souhaité, et cela concerne un grand nombre de détails.

Je me permets de vous dire que vous avez fait travailler beaucoup de monde pendant cinq ans. Beaucoup de personnes dans l'administration se sont engagées dans ce dossier. Certes, elles ont été payées pour ce travail – encore heureux! –, mais elles lui ont donné beaucoup de temps et d'énergie. Alors, si, finalement, c'est pour ne pas entrer en matière, sans même en discuter, ni faire de modifications sur les points sur lesquels vous n'êtes pas d'accord, on aurait pu s'épargner beaucoup de travail et de coûts. Quelle est l'efficacité de cette manière de procéder?

On peut changer d'avis, et je ne ferai certainement le reproche à personne de changer d'avis sur un tel sujet. Toutefois, il faut constater que, si vous souhaitez critiquer le Conseil fédéral, c'est que vous avez changé d'avis, du moins votre commission a changé d'avis. Le Conseil fédéral n'a fait que réaliser ce que vous aviez souhaité, évidemment avec son aval, puisqu'il était d'accord de travailler sur ces questions.

Le fait que nous devons traiter la question de la qualité n'est pas contesté. Tout le monde souhaite traiter de la qualité, mais la question est de savoir comment. Pour traiter de la qualité, il faut naturellement se poser la question de la réalité sur le terrain. Je pourrais vous citer des exemples. Encore récemment, j'étais à l'étranger pour voir ce qui se fait dans ce domaine dans d'autres pays, notamment en Angleterre. Monsieur Luginbühl a cité des exemples d'autres pays où le système de santé est moins cher et où moins d'erreurs sont commises qu'en Suisse.

Je pourrais maintenant, pendant une heure, vous livrer toutes sortes d'exemples dramatiques de personnes concernées. Quand on parle de qualité dans la santé, on n'est pas



## AB 2016 S 554 / BO 2016 E 554

en train de parler d'un mixer défectueux! On parle d'opérations, de personnes qui souffrent, qui meurent, qui deviennent handicapées à cause d'erreurs. Nous sommes entièrement d'accord qu'on ne peut pas éviter toutes les erreurs, mais nous devons prendre au sérieux cette problématique pour réduire les erreurs et les difficultés. Je renonce donc à vous énumérer pendant une heure toute une liste de problèmes qui se sont produits, mais j'en citerai quelques-uns, parce que si quelque chose manque encore à ce débat, ce sont, selon moi, des exemples concrets.

Il y a quelques années, une erreur d'étiquetage sur des poches de perfusion a entraîné la mort d'un nouveau-né dans un hôpital proche d'ici. L'année dernière, une erreur s'est produite dans un hôpital au Tessin: la confusion entre deux patientes a eu pour conséquence, en salle d'opération, l'ablation des deux seins pour l'une des patientes alors que seule l'ablation de la tumeur était prévue. Je pourrais vous parler de cet exemple, mentionné il y a quelques semaines seulement dans les médias, d'un homme sportif qui a vu sa vie totalement basculer parce qu'il a attrapé un staphylocoque doré à l'hôpital lors d'une banale opération de la cheville. Je pourrais aussi vous parler de ce médecin de famille qui est devenu à moitié paralysé à la suite d'une infection après une opération. Je pourrais encore vous parler de la vie d'un enfant de trois mois mise en danger il y a quelque temps, dans un hôpital de Suisse romande, à cause d'une erreur de médication.

Je pourrais continuer pendant un certain temps encore. Je ne le ferai pas. Je ne continuerai pas, parce que la question qui se pose pour nous n'est pas celle de dresser une longue liste, mais plutôt celle de savoir quelle réponse nous apportons au problème. La réponse que vous avez souhaitée était de créer une organisation pour coordonner les efforts en matière de qualité et d'en assurer le financement dans le but de compléter ce qui existe aujourd'hui.

Aujourd'hui, des partenaires sont actifs dans le domaine de la qualité. Il y a, par exemple, la fondation "Sécurité des patients Suisse", qui a été d'ailleurs mentionnée ce matin et qui a lancé deux programmes pilotes. L'un, qui s'appelle "Progress! La sécurité de la médication aux interfaces" a comme objectif la mise en oeuvre cohérente de la vérification de la médication auprès des professionnels. L'autre programme pilote a pour but de diminuer le nombre d'incidents dans la médecine invasive dans notre pays, grâce à une liste de contrôle concernant la sécurité chirurgicale, élaborée et adaptée pour la Suisse.

Ces programmes rencontrent un grand succès, notamment auprès des hôpitaux. Ceux-ci sont très intéressés à pouvoir collaborer entre eux, dans le cadre des programmes financés jusqu'ici, et on peut dire notamment qu'un des grands succès a été la clôture du premier programme pilote national avec les organisations clés qui avaient signé une charte, élevant cette liste de contrôle chirurgicale au rang de normes professionnelles à appliquer dans les salles d'opération du pays.

C'est le modèle que vous propose le Conseil fédéral. C'est, je dirai, un modèle "bottom-up". Nous donnons la possibilité aux professionnels de la santé sur le terrain de se coordonner, de discuter ensemble, de s'organiser, de définir les meilleures pratiques, d'élaborer des listes de contrôle et, ensuite, de les appliquer de manière uniformisée. C'est cela, le modèle "bottom-up", à l'inverse du modèle "top-down" – j'y reviendrai. Le modèle "bottom-up" signifie mettre au point une structure qui permette d'élaborer, de proposer ou de suivre des programmes.

Il faut également un financement. Ou alors on dit que les hôpitaux doivent s'organiser eux-mêmes pour financer leurs programmes qualité, ou participer plus largement au financement de la fondation "Sécurité des patients Suisse" pour que les programmes se réalisent. Bientôt vingt ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, il faut constater que cela ne s'est pas réalisé. Alors on peut, ma foi, s'en remettre à l'espoir, à l'espérance et se dire que si cela ne s'est pas passé en vingt ans, ma foi, cela va venir un jour. Nous n'y croyons pas; nous pensons qu'il faut pour cela un certain encouragement.

On a entendu dire dans le débat que l'avenir de la fondation "Sécurité des patients Suisse" n'était pas remis en cause par ce projet. Je saisis l'occasion de vous dire que je ne partage pas cet avis. Si vous n'entrez pas en matière, il est évident que nous n'aurons pas la base légale qui nous permettra de poursuivre et d'augmenter le financement de la Confédération en faveur de cette fondation. Je ne prétends pas que cette fondation disparaîtra si vous n'entrez pas en matière, ce n'est pas ce que je dis; mais, oui, je prétends qu'il y a un lien très fort entre la base légale et les moyens qui pourraient être investis dans la fondation. Si vous ne souhaitez pas que les primes d'assurance-maladie soient mises à contribution, on trouvera une autre source de financement. Encore faut-il entrer en matière sur le projet et procéder à la discussion par article.

Je répète qu'il y a un lien entre le débat sur la qualité, la base légale que vous souhaitiez il y a quelques années voir élaborer – la commission ne la souhaite plus aujourd'hui, en tout cas pas sous cette forme, mais on pourra encore en discuter – et le financement de la fondation "Sécurité des patients Suisse". Sans



financement durable, les programmes menés actuellement seraient remis en question. Cela signifie qu'on aurait des difficultés à financer des projets novateurs et, donc, des problèmes pour la poursuite des activités de la fondation.

Une des questions que l'on peut se poser, et j'aimerais aussi la mentionner, concerne les progrès qui ont été réalisés ces dernières années en matière d'assurance-qualité dans le domaine hospitalier et clinique, notamment en raison de l'éventualité d'une intervention de l'Etat.

On peut mentionner l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, qui a élaboré des mesures de qualité. Nous nous félicitons de cette initiative, mais les partenaires tarifaires n'ont pas encore pris d'initiative pour améliorer en pratique la qualité sur cette base. Il faut bien constater que les mesures qui ont été prises jusqu'ici sont relativement peu stables, qu'elles ne font pas véritablement l'objet d'un consensus. C'est dans ce cadre qu'intervient la modification de la LAMal que nous vous proposons.

Le principe est simple: la Confédération fixe les objectifs généraux. Pour les atteindre, des programmes nationaux sont lancés. Ceux-ci doivent aider les fournisseurs de prestations à améliorer la qualité et à renforcer la sécurité des patients. Des projets régionaux et nationaux de promotion de la qualité sont soutenus, notamment pour développer les indicateurs, là où ils ne sont pas disponibles, sous une forme utilisable par tous.

Je l'ai dit au début de mon exposé, nous avons beaucoup modifié le projet. La demande du Parlement était de créer un institut pour la qualité. Face aux critiques, et avant de soumettre l'avant-projet à la consultation, nous avons prévu une décentralisation, cela pour que la structure envisagée soit un peu plus souple. A la suite de la consultation, dont les résultats se sont aussi avérés critiques, nous avons proposé de créer un réseau. Le projet prévoit maintenant une solution très décentralisée. La critique relative à la centralisation est facile à faire; on peut facilement critiquer le Conseil fédéral de tout vouloir centraliser. Dans le domaine réglé par le projet, cette critique ne tient pas. Si vous lisez le message, vous verrez que, au contraire, nous avons élaboré la solution la plus décentralisée possible, mais qu'il faut encore pouvoir la mettre sur la bonne voie. C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, les prestataires de soins, qui craignent par-dessus tout une centralisation dans leur domaine, approuvent le projet. C'est la raison pour laquelle les cantons, qui craignent eux aussi par-dessus tout une centralisation dans ce domaine, souscrivent au projet. C'est la raison pour laquelle, globalement, le projet jouissait d'un fort soutien, y compris dans les discussions qui ont eu lieu avant les travaux de la commission.

#### AB 2016 S 555 / BO 2016 E 555

Nous avons donc choisi une logique "bottom-up", qui se fonde sur le développement de projets sur le terrain et sur une bonne coordination afin d'améliorer la qualité.

Que se passera-t-il maintenant, si comme le souhaite la majorité de votre commission, vous n'entrez pas en matière, ce qui, je le rappelle ici, signifie "kein Handlungsbedarf"? Madame Keller-Sutter a dit qu'on pourrait continuer la discussion, et nous sommes disposés à le faire. Je vous rappelle que le fait de ne pas entrer en matière a une signification très claire: cela signifie qu'il n'y a pas de nécessité d'agir. C'est cela une non-entrée en matière. Sinon, soit vous entrez en matière et vous renvoyez le projet à la commission – ce que vous avez fait il y a deux jours avec un autre projet du Conseil fédéral –, soit vous entrez en matière et vous modifiez tout; c'est votre droit. Si c'est ce que vous désirez, nous accompagnerons vos travaux.

C'est la raison pour laquelle j'aimerais rappeler à la majorité de la commission que nous avons été très constructifs. Si vous entrez en matière, si vous décidez de renvoyer le projet à la commission et que cette dernière dise que le modèle prévu ne convient pas, qu'il faut en élaborer un autre – il faut encore nous dire dans quel sens aller –, nous serons les premiers à être d'accord. La seule chose qui compte à la fin, c'est de déterminer ce qui doit être fait en matière de qualité. Sinon, si vous estimez qu'il n'y a rien à faire, alors ne faites rien. Nous, nous sommes prêts et nous sommes très flexibles, vraiment très flexibles. Le modèle choisi m'importe peu, cela m'est complètement égal pour autant que la qualité des soins soit vraiment améliorée: c'est la seule chose qui compte. Ce n'est pas une question de prestige; c'est une question de qualité sur le front, dans les hôpitaux et dans les salles d'opération.

Maintenant, sur le fait de ne pas entrer en matière sur le projet et d'en rester aux bases légales existantes: oui, c'est possible, dans une certaine mesure, en tout cas. Seulement, on n'est plus du tout dans une démarche "bottom-up" mais "top-down". Ce que vous nous inviteriez à faire en refusant d'entrer en matière, ce serait à utiliser les bases légales en vigueur pour réguler, réguler, réguler plus. Il me semble avoir entendu de la part du Parlement, à plusieurs reprises, et aussi dans le domaine de la santé, et à raison, qu'il ne fallait réguler que là où c'était absolument nécessaire. Je partage cet avis.

Dans le domaine de la qualité et de l'économicité des soins, nous ne souhaitons justement pas réguler plus. Mais si vous nous dites qu'il faut appliquer plus strictement les bases légales en vigueur, nous n'aurons pas



d'autre choix que de réguler plus. Je voudrais bien savoir comment vous réagirez le jour où il y aura des modifications d'ordonnances portant sur un certain nombre d'articles, sur un certain nombre de pages, et que cela représentera des paquets de papier. Vous direz que cela recommence, que le Conseil fédéral régule. Est-ce vraiment cela que vous souhaitez? Si la réponse est oui, alors n'entrez pas en matière, suivez la majorité de la commission et c'est ce qui se passera. Si la réponse est non et que vous préférez une démarche "bottom-up", alors entrez en matière et demandez à la commission de réexaminer les points à modifier.

Où pourrions-nous agir? C'est une question qui peut se poser. Nous pourrions par exemple envisager, sur la base des articles pertinents de la LAMal, d'adapter les conditions minimales relatives à la planification hospitalière cantonale pour que les cantons intègrent différentes exigences en matière de sécurité des patients dans les conditions posées à la signature d'un mandat de prestations.

Nous pourrions nous y prendre de cette façon. Nous ne le souhaitons pas, mais ce serait possible. Nous pourrions édicter une ordonnance pour imposer aux cantons des conditions supplémentaires à remplir avant de conclure des contrats de prestations avec les hôpitaux. Si vous le souhaitez, n'entrez pas en matière, et, ma foi, cela permettra peut-être de mener cette discussion.

Que pourrions-nous faire d'autre? Il serait également possible, en modifiant une ordonnance, de prévoir que le Département fédéral de l'intérieur, en l'occurrence l'Office fédéral de la santé publique, élabore des mesures pour garantir la qualité et les impose aux fournisseurs de prestations. Aujourd'hui, nous avons délégué la compétence d'exécution des contrôles aux organisations de fournisseurs de prestations, et les modalités d'application sont toujours réglées dans les conventions tarifaires. Mais, si les partenaires ne les respectent pas, on pourrait alors très bien, par une régulation supplémentaire, régler cette question sur le plan de l'ordonnance, ce que – je le répète – nous ne souhaitons pas.

Tout cela pour vous dire que la question de la qualité est importante, cela semble incontesté. Je ne suis pas la plus heureuse des personnes si – comme je l'ai dit – on compare la qualité d'une opération chirurgicale à celle d'un mixer. On ne peut pas appliquer les mêmes critères dans les deux cas. Si on voulait faire une comparaison, on pourrait peut-être la faire avec l'aviation. Ce que prévoit le Conseil fédéral, en réponse à votre demande, c'est 20 millions de francs par année pour soutenir des projets relatifs à la qualité – 20 millions de francs sur un total de dépenses en matière de santé de 70 milliards de francs. C'est comme si on disait que, pour chaque tranche de 1000 francs dépensée ou investie dans la santé, on investit 30 centimes dans la qualité et la sécurité. Monteriez-vous encore dans un avion si, pour l'équivalent de chaque billet de 1000 francs, vous saviez que seulement 30 centimes étaient investis dans la sécurité? Pourquoi la différence entre santé et aviation est-elle si grande? Que représentent 30 centimes sur chaque tranche de 1000 francs?

Ces 30 centimes pourraient être financés autrement, encore faut-il pour cela entrer en matière et procéder à la discussion par article! Ce point ne suscite aucune émotion en moi. S'il y avait d'autres sources de financement, pourquoi ne pas procéder de cette façon? Nous pourrions l'imposer aux fournisseurs de prestations, si vous le souhaitiez. Pourquoi pas? Pour autant que cela se réalise. Pour cela, il faut que la discussion par article ait lieu, ce qui nous permettrait d'éviter pas mal de problèmes sur le plan économique. On estime que, annuellement, en Suisse, entre 2000 et 3000 patients décèdent en raison d'erreurs médicales évitables.

On estime qu'il y a en Suisse environ 70 000 patients qui sont réhospitalisés ou qui restent hospitalisés suite à une infection. On estime que cela représente environ 350 000 journées d'hospitalisation évitables, ce qui fait à peu près 6 à 8 pour cent des journées d'hospitalisation totales. Ce n'est pas moi qui le dis, ce sont les spécialistes. Je crois que vous avez reçu un courrier des fournisseurs de prestations, qui précise qu'en Suisse, nous avons des taux d'infections nosocomiales plutôt plus importants qu'ailleurs, et que le nombre de cas où des corps étrangers ont été oubliés dans les zones d'intervention est relativement important.

Il faut donc discuter de ces problèmes et entrer en matière pour nous aider à mettre en place ce système "bottom-up" que nous souhaitons. Il faut entrer en matière pour permettre à votre commission de débattre du fond.

**Le président** (Comte Raphaël, président): Nous votons sur la proposition d'entrée en matière de la minorité Stöckli.

*Abstimmung – Vote*

Für Eintreten ... 16 Stimmen

Dagegen ... 27 Stimmen

(0 Enthaltungen)