

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Dokumentationsdienst
3003 Bern
Tel. 058 322 97 44
doc@parl.admin.ch

04.061 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision.
Spitalfinanzierung



Zweite Sitzung – Deuxième séance

Dienstag, 20. September 2005

Mardi, 20 septembre 2005

08.00 h

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Erstrat – Premier Conseil

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Antrag Leuenberger-Solothurn

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

Antrag Hess Hans

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

Antrag Wicki

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

Proposition Leuenberger-Solothurn

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

Proposition Hess Hans

Renvoi à la commission avec mandat de trouver conjointement avec les cantons une solution viable pour le financement hospitalier.

Proposition Wicki

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

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

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

mission et ce n'est pas ce matin encore que nous allons en débattre dans le détail.

L'essentiel du projet du Conseil fédéral consiste dans le passage d'un système dans lequel les cantons subventionnent les hôpitaux publics, ainsi que d'autres hôpitaux privés, à un système de paiement forfaitaire des prestations. Dans ce système, le financement se fait sur la base de l'activité, en fonction des prestations, et non plus en fonction de la structure ou de la durée de l'hospitalisation. Ainsi, par exemple, une appendicite sera financée à un coût tarifé, quelle que soit la gravité de l'intervention et la durée de l'hospitalisation. Dans le domaine de l'assurance de base, le Conseil fédéral propose dès lors de financer chaque prestation selon un forfait fixé, à l'exclusion d'un certain nombre de cas particuliers, tels que la «multimorbidité» ou des problèmes d'ordre psychiatrique.

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

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

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

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

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

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

assurés, alors que les cantons, quant à eux, ont développé leurs prestations ambulatoires dans les hôpitaux, parce que ces prestations sont entièrement à la charge des assureurs. Il faut noter aussi que nous avons déjà passé beaucoup de temps dans notre vie de parlementaires – moi en tout cas – pour définir ce qu'était une prestation ambulatoire ou stationnaire, et surtout pour définir ce que sont les soins semi-hospitaliers – définitions qui relèvent de la quadrature du cercle, et donc insolubles. C'est ainsi que notre commission a cherché une solution qui crée un flux financier identique dans les domaines stationnaire et ambulatoire. Cette mission a été confiée à une sous-commission, qui a siégé huit fois entre le mois de janvier et aujourd'hui et qui a transmis son rapport à la commission plénière qui l'a adopté à l'unanimité.

La solution trouvée est certes innovante, mais elle répond en tous points au mandat qui a été confié à la sous-commission: premièrement, les flux financiers sont les mêmes dans les domaines ambulatoire et stationnaire; deuxièmement, les cantons doivent participer selon une quote-part définie, qui ne peut être inférieure, sauf exception, à la moyenne nationale, et troisièmement, l'obligation de contracter est inscrite dans la loi.

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

Dans quelques cantons, il est difficile de séparer la recherche et la formation universitaire des coûts hospitaliers. D'autres cantons ont déjà procédé à cette séparation. Il est donc possible que les chiffres que nous avançons soient d'une précision insuffisante, et il appartiendra par la suite de les préciser et de les actualiser.

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

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

La commission a donc suivi la logique du Conseil fédéral qui est celle de l'interprétation de la loi actuelle par le Tribunal fédéral des assurances, à laquelle les cantons ne veulent pas se rallier. Lorsque les cantons prétendent que le système proposé par la commission coûtera près de 2 milliards de francs de plus que le système actuel, il s'agit premièrement d'un premier milliard pour les prestations cantonales en division semi-privée et privée, conformément au projet du

Conseil fédéral, et deuxièmement d'un deuxième milliard qui concerne les établissements médicosociaux et les soins à domicile; ce dernier milliard de francs est encore à l'heure actuelle à la charge des cantons. C'est comme cela que les cantons arrivent à dire que ce système leur coûte deux milliards de francs de plus. La proposition de la commission, quant à elle, n'entraîne aucune charge supplémentaire, ni pour les assurés, ni pour les cantons – d'après la loi actuelle –, ni pour la Confédération.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sen zu deklarieren, und ich bitte darum, dass dann die Interessen schön reglementsconform deklariert werden.

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

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

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

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

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

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

ferendum zu ergreifen.» Das fand dann seine Fortsetzung in verschiedenen Zuschriften, die wir erhalten haben, und auch in den Direktkontakten vieler von uns mit der Regierung ihres Kantons jeweils vor der Session.

Ich nehme an, es gehe Ihnen wie mir. Wenn ich nur schon diesen Brief der Konferenz der Kantonsregierungen vom 14. September 2005 zur Hand nehme, wo mit grobem Geschütz aufgefahren wird! Nicht nur der Leitende Ausschuss der Konferenz der Kantonsregierungen wendet sich mit diesem Brief an uns, sondern auch der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der Vorstand der Finanzdirektorenkonferenz, ein nicht ganz unwichtiges Gremium. In bösen Tagen habe ich gesagt, die Finanzdirektorenkonferenz sei so etwas wie eine Gegenregierung, und das hat ja vor rund eineinhalb Jahren eine ziemliche Rolle gespielt.

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

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

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

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

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

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

All diese Gründe bringen mich dazu – und ich tue es als Nichtinsider schweren Herzens –, Sie zu bitten, heute diese Debatte zu führen, um auch zu zeigen, dass wir die Einwände von allen Seiten ernst, sehr ernst, nehmen. Ich bitte Sie, dann aber doch die Rückweisung an die Kommission zu beschliessen, damit hier noch eine Ehrenrunde gedreht wird und sozusagen nach allen vorangegangenen noch ein weiterer Versuch unternommen wird, mit den Kantonen das Gespräch noch einmal, zum x-ten Mal, zu führen und eine Verständigung anzustreben.

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

Ich bitte Sie, der Rückweisung zuzustimmen.

Hess Hans (RL, OW): Jetzt stimmt für mich die Regie wieder, und ich kann beginnen. Ich will nicht wiederholen, was Ernst Leuenberger bereits gesagt hat, sonst hätte ich am Anfang schon umstellen müssen. (*Heiterkeit*)

Nur so viel: Wenn Sie sich den Entwurf des Bundesrates, die Anträge unserer Kommission und die Anliegen der GDK vor Augen halten, stellen Sie leicht fest, dass es heute gar nicht möglich ist, eine einigermaßen befriedigende Lösung zu finden. Es ist beispielsweise klar abzusehen, dass die Versicherer beim Vorschlag unserer Kommission nur an kostengünstigen Leistungserbringern ohne Berücksichtigung des Spitalstandortes interessiert sind. Der Druck auf die kleinen Spitäler – wie beispielsweise auf das Kantonsspital Obwalden in Sarnen, welches kleine Fallzahlen aufweist – wird steigen. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherer über den Preisdruck Spitalschliessungen erzwingen werden.

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

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

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

Ich stelle Ihnen den Antrag, auf die Vorlage einzutreten und sie an die Kommission zurückzuweisen mit dem Auftrag, dass über den Vorschlag betreffend die Spitalfinanzierung – den die SGK am 30. August 2005 einstimmig genehmigt und dann publiziert hat – bei den Kantonen in geeigneter Form eine Vernehmlassung durchgeführt wird. Die SGK – die Subkommission, aber auch die Kommission –, zusammengesetzt aus Personen, die meines Erachtens sicher viel von der Materie verstehen, hat sich eingehend mit der Veränderung des Krankenversicherungsgesetzes befasst. Hinsichtlich der Spitalfinanzierung schlägt sie den sofortigen Übergang zu einem wettbewerbsneutraleren und leistungsorientierteren System vor. Vor allem sollen der stationäre und der ambulante Bereich in Zukunft als Ganzes betrachtet werden. Ist dies nun eine Revolution oder ein Putsch? – So lautete die Überschrift der schön gedruckten Papiere der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ja, die GDK hat auf den Vorschlag unserer SGK recht heftig reagiert; ich verzichte hier darauf, diese Äusserungen zu wiederholen, Herr Leuenberger hat sie Ihnen vorhin zum Teil vorgelesen. Die Konferenz der Kantonsregierungen ist in zwei Schreiben an unseren Rat gelangt. Tatsache ist, dass die heutige Regelung der Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung viele Fehlanreize beinhaltet. Die heutige Regelung gibt den Akteuren auch die Möglichkeit, diese Fehlanreize auszunutzen. Der Handlungsbedarf ist unbestritten, und es ist unserer SGK zu verdanken, dass nun endlich Zug in diese Sache gekommen ist.

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

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

Mit dem Antrag verbinde ich aber drei Anliegen:

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

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

Damit sind wir beim Thema. Das heutige intransparente System der Spitalfinanzierung trägt wesentlich zu den jährli-

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

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

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

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

Ein weiterer entscheidender Punkt der Vorlage ist, dass wir mit der Gleichbehandlung der ambulanten und der stationären Leistungen die heute bestehenden falschen Anreize beseitigen wollen. Worum geht es? Ambulant und stationär erbrachte Leistungen werden heute unterschiedlich abgerechnet. Die Versicherer werden bei einer ambulanten Leistungserbringung mehr belastet als bei einer stationären Leistungserbringung. Dagegen bezahlen die Kantone bei einer ambulanten Leistungserbringung nichts. Noch einmal anders gesagt: Die Krankenkassen haben nicht immer ein Interesse an einer ambulanten Behandlung, selbst wenn diese billiger wäre. Auf der anderen Seite haben die Kantone ein Interesse daran, mehr Leistungen als vielleicht notwendig vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu verschieben, weil sie hier ja nicht kostenpflichtig werden.

Das Resultat ist klar: Wegen der ungleichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen kommt es ganz klar zu Fehlanreizen. Mit dem einstimmig verabschiedeten Modell entfallen die vielen Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zwischen stationären, ambulanten und teilstationären Behandlungen. Nicht zu vergessen ist zudem, dass die Spitäler – wir sehen das in allen Kantonen – immer weiter in den ambulanten Bereich eindringen und die Arztpraxen gleichzeitig immer mehr ausgebaute Infrastrukturen haben.

Als weiterer Punkt, der für die Vorlage spricht, sei erwähnt, dass wir die Gleichbehandlung aller obligatorisch versicherten Personen wollen, d. h. unabhängig vom Bestehen einer allfälligen zusätzlichen Versicherungsdeckung. Um das geht es, und nicht um die Einführung neuer sozialversicherungsrechtlicher Beiträge. Es kann doch nicht sein, dass die Versicherer von den Kantonen verschieden behandelt werden, je nachdem, ob eine Zusatzversicherung da ist oder nicht.

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

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

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

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

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

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

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

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Vorerst komme ich einmal dem Wunsch von Kollege Leuenberger gerne nach und bekenne, dass ich keine Interessen zu deklarieren habe. Ich bin lediglich, wie Sie alle auch, versichert.

Heute geht es darum, die Spitalfinanzierung, die bekanntlich mit falschen Anreizen dafür sorgt, dass die Spitalkosten höher als notwendig ausfallen, zu reformieren. Der Bundesrat will diesen Vorgaben mit einer integralen Planung im stationären Bereich und einer dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen entsprechen. Die Finanzierung soll über leistungsbezogene Pauschalen erfolgen.

Die Kommission hatte sich zum Ziel gesetzt – Sie haben es heute schon einige Male gehört –, über die Vorlage des Bundesrates hinauszugehen und neue Wege zu beschreiten. Sie ist damit in den vergangenen Tagen unter Beschuss geraten. In der Diskussion ging es dabei bis heute vor allem darum, die Differenzen der Konzepte zu markieren, dies ungeachtet der Tatsache, dass die Konzepte des Bundesrates und der Kommission durchaus gemeinsame Elemente enthalten. Mit der Neuordnung verfolgen beide die gleichen Ziele: effizientere Spitalstrukturen, Beseitigung falscher Anreize, mehr Transparenz bei der Finanzierung der Leistungen und damit insgesamt tiefere Gesundheitskosten.

Nochmals: Konzentrieren wir uns doch in diesem schwierigen Feld zunächst einmal darauf, Gemeinsamkeiten zu betonen und nicht Differenzen hochzuspielen. Gemeinsam ist zum einen die Tatsache, dass künftig die Planung der Kantone im stationären Bereich integral erfolgen soll. Öffentliche Spitäler und private Spitäler sollen dabei gleichermassen in die Planung mit einbezogen werden. Die Kosten im Spital

sollen künftig über Pauschalen oder Halbpauschalen finanziert werden. Künftig werden demnach Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt. Das System der Leistungsfinanzierung soll generell eingeführt werden, sodass Leistungen unter Berücksichtigung des Preis-Leistungs-Verhältnisses tarifiert werden können. Die Investitionskosten sollen bei der Tarifierung der Leistungen mitberücksichtigt werden. Beide Konzepte enthalten demnach unbestrittenenmassen neue Wettbewerbselemente.

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

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

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

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

Seitens der Kantone wird geltend gemacht, das System sei untransparent und verhindere jegliche Kontrolle. Dieses Argument ist in meinen Augen nicht stichhaltig. Zum einen, damit der Planung, den Leistungsaufträgen und den Fallpauschalen Strukturen geschaffen werden, die eine outputorientierte Leistungsfinanzierung erlauben. Zum anderen – so meine Meinung – ist das Interesse der Versicherer an wirtschaftlich erbrachten Leistungen genau dasselbe wie dasjenige der Kantone. Beide müssen bei hohen Rechnungen einen prozentual höheren Beitrag leisten. Die Kontrolle, egal ob in der Hand der Versicherer oder in der Hand der Kantone, wird letztlich im eigenen Interesse – eben der Versicherer und der Kantone – effizient angegangen werden. Wenn heute seitens der Kantone geltend gemacht wird, es sei intransparent, dann – da gehe ich mit Kollege Schwaller einig – denke ich, dass wir den Gedanken an lediglich einen Kostenträger gleich beerdigen können.

In einem Punkt bin ich mir allerdings, nach all den Diskussionen, vor allem aber nachdem die Kantone zum Konzept der Kommission total in Opposition gegangen sind, nicht mehr sicher. Ich frage mich, ob wir mit unserer hehren Absicht ei-

ner integralen Planung durch die Kantone, das heisst, keine A- und B-Listen mehr zu erstellen, richtig liegen. Eine integrale Planung verlangt von den Kantonen eine gewisse Offenheit gegenüber dem Wettbewerbsgedanken. Wenn die Kantone bereit sind, nach ökonomischen Gesichtspunkten zu planen und nichtkonkurrenzfähige Strukturen auch tatsächlich aufzugeben, macht das Ganze Sinn und verstärkt die Wirtschaftlichkeit. Wenn die Kantone ihre Mehrfachrolle aber trotz Artikel 39 Absatz 2, der besagt, dass private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind, dazu nutzen, unbeliebte Konkurrenten aus dem Verkehr zu ziehen, dann kann die Übungsanlage in eine gefährliche Richtung weisen. Es bleiben ineffiziente Strukturen bestehen, und zwar auf Kosten allfälliger effizienterer Spitäler.

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

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

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

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

In diesem Sinn bitte ich Sie um Eintreten.

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

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

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

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

Les défauts du financement dual fixe n'ont fait que se confirmer tout au long de nos débats. Ainsi, les conflits d'intérêts des cantons, l'absence de concurrence entre les hôpitaux, la distorsion des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire, ainsi que la pénalisation des modèles «managed care» ne disparaîtront pas. Le financement paritaire, coûts d'investissement compris, de tous les hôpitaux inscrits sur les listes aurait pour conséquence des coûts considérables à charge des payeurs de primes. Vous-même, Monsieur le conseiller fédéral, n'êtes d'ailleurs pas opposé à un système moniste, mais vous souhaitez procéder par étape. Tout d'abord, vous voulez davantage de transparence en désengageant les cantons de la gestion directe des hôpitaux, et par là rationaliser le système avant de passer au système moniste.

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

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

1. l'égalité de traitement des prestations ambulatoires et stationnaires et, comme le souhaite le Conseil fédéral, l'égalité de traitement de toutes les personnes obligatoirement assurées, indépendamment d'une couverture d'assurance complémentaire;
2. l'égalité de traitement des prestations fournies par les hôpitaux publics et privés;
3. l'octroi de mandats de prestations en laissant le soin aux cantons de régler quelles prestations d'intérêt général les hôpitaux doivent fournir.

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

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

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

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

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

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

Gesamthaft betrachtet sind das also miserable – miserable – Voraussetzungen für eine derart gewichtige Vorlage. So, wie ich es verstehe, führt unser Kommissionsmodell auch dazu, dass Gelder der öffentlichen Hand letztlich ohne direkte Steuerungsmöglichkeiten ebenfalls zu gewinnorientiert arbeitenden Spitälern und Ärzten fliessen. Aber offenbar – und das ist ja der Trugschluss – wollen diese Privatspitäler das gar nicht. In der Schwarzwaldklinik haben die kein Interesse, mich in meinem Strassenanzug und mit meinem abgewetzten Koffer zu empfangen! Die wollen unter ihresgleichen sein, die wollen sich abheben. Was wollen wir also denen Gelder zufließen lassen, die es ja gar nicht wollen? Wo ich

auch hinhöre: Unser Modell steht massiv im Gegenwind. Unter solchen Voraussetzungen ist ein derartiger Systemwechsel nie und nimmer durchsetzbar.

Wir wären also gut beraten, unsere Vorschläge und vor allem auch die Anliegen der Kantone in der Kommission nochmals durchzuberaten. Es stellen sich nämlich tatsächlich einige Fragen: Weshalb sollen sich die Kantone plötzlich an den Ärztekosten im ambulanten Bereich beteiligen? Warum sollen die Privatversicherten neu mit 1 bis 2 Milliarden Franken begünstigt werden? Kollegin Forster kann mich nachher ergänzen und selbstverständlich Anmerkungen anbringen, da habe ich überhaupt nichts dagegen. Was sind die Beweggründe dafür, dass die Kantone mitzahlen sollen, obwohl die Privatspitäler nicht in ihrem Kompetenzbereich liegen? Die gewinnorientierten privaten Spitäler sind ja ohnehin lukrativ und benötigen keinerlei Staatsbeiträge. Wollen wir ihnen etwas aufzwingen? – Das ist natürlich auch die Meinung des Bundesrates. Das Verständnis habe ich nicht.

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

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

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

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

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

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

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

Nun zu einigen Einwänden der Kantone:

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

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

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

Das von den Kantonen vorgeschlagene Modell trägt diesen Überlegungen keinerlei Rechnung, denn – wir haben es mehrmals gehört – es ist ein Modell, das einige Schritte zurückgeht: hinter das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes und zur Situation der Vor-KVG-Zeiten. Wenn man konsequent wäre, müsste man sich dann ja auch fragen: Gehen wir wieder vom Obligatorium weg? Denn weshalb soll sich jemand obligatorisch versichern lassen, wenn ihm der Grundversicherungsbeitrag dann nicht gutgeschrieben wird? Ich denke, das wäre dann die Konsequenz, wel-

che die Kantone auch zu ziehen hätten. Im Übrigen ist es nicht etwa so, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz ihr Modell einstimmig verabschiedet hat. Es gibt Gesundheitsdirektoren, welche es vehement ablehnen; es gibt Gesundheitsdirektoren, welche eine andere Lösung anstreben; und es gibt solche, die das Modell wollen – aber dann eben auch die Konsequenzen zu ziehen hätten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aus diesen Überlegungen hat man gesagt, wenn man das schon wolle, mache es doch Sinn, in einem direkten Schritt zu diesem System zu gelangen. Entsprechend haben wir dann die Vorlage des Bundesrates auch angepasst. Dabei vertrat die Kommission die Auffassung – es ist natürlich ein innovatives Modell –, man solle diese in der Kommission doch klar verabschiedete Vorlage hier im Rat behandeln und dann zur weiteren Bearbeitung in den Nationalrat bringen. Aufgrund der Anträge besteht jetzt offenbar die Absicht, nochmals darüber zu diskutieren. Man kann natürlich diese vertiefende Arbeit bei uns machen; es sind beide Lösungen denkbar.

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

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

Und dann spricht man von Transparenz. Die Kantone sagen: Wir brauchen mehr Transparenz! Schauen Sie sich an, wie heute die Spitäler finanziert werden: Da gibt es Sponsorenbeiträge, Defizitdeckungen, Investitionsbeiträge, Betriebsbeiträge, Beiträge der Krankenkassen. Kein Mensch kommt in diesem Chaos zurecht. Wir schlagen Ihnen jetzt eine Lösung mit einem Finanzfluss vor, der von verschiedenen Sei-

ten gespeist wird. Was wollen Sie mehr an Transparenz schaffen? Wenn Sie den Ist-Zustand mit der vorliegenden Lösung vergleichen, dann ist diese Lösung sicher transparenter. Sie macht auch gewisse Dinge in Bezug auf Effizienz klar, in Bezug darauf, wie einige Betriebe arbeiten.

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

Es kann doch nicht sein, dass man jemandem sagt, jetzt bekäme er nichts mehr von der Grundversicherung, weil er irgendetwas Zusätzliches versichert. Dieses Problem müssen wir lösen. Es ist auch klar, dass es nicht darum geht, alle Privatspitäler zu finanzieren – Frau Heberlein hat es gesagt. Aber die Kantone sind verpflichtet, so viele Privatspitäler auf die Liste zu nehmen, dass die Grundversorgung sichergestellt ist. Heute haben wir Kantone, die es «erlickt» haben. Sie heben die öffentlichen Spitäler auf; die Leute müssen dann in die Privatspitäler, und die Kantone nehmen die Privatspitäler nicht auf die Liste. Dann müssen die Krankenkassen alles bezahlen, und die Kantone können sich ihrer Zahlungspflicht entledigen. Dieses Problem muss gelöst werden. Der Patient sollte dorthin gehen, wo es am vernünftigsten ist – ambulant oder stationär. Heute gibt es ein Hin- und Herschieben aus finanzpolitischen Gründen. Dieses Problem hätten wir hier, so meine ich, gelöst.

Zur Versorgungssicherheit: Herr Hess, es stimmt natürlich überhaupt nicht, dass die Krankenversicherungen die kostengünstigsten Lösungen wollen. Für die Krankenversicherer ist es klar, dass die Qualität im Vordergrund steht. Es braucht vernünftige Preise, und es braucht eine gute Qualitätskontrolle. Das sage ich nicht einfach so. Eine gute Qualität führt zu gesunden Leuten, und es gibt für die Versicherungen nichts Besseres als gesunde Leute. Deshalb müssen Sie mir das einfach glauben: Wir wollen gesunde Leute, und deshalb wollen wir eine hohe Qualität im Gesundheitswesen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Vorschläge der GDK erschöpfen sich im Übrigen in dieser Einschränkung kantonalen Mitfinanzierung auf die soge-

nannte allgemeine Abteilung ihrer Spitäler mit Leistungsauftrag. Der Problembereich der ambulanten und der stationären Behandlung mit ihren Fehlanreizen wird ausgelassen.

Hier wird hingegen auf scharfen Angriff gefahren; keine Aktion, Reaktion! Ich gestehe, dass ich die Vehemenz auch etwa des Briefes, den wir vom Leitenden Ausschuss der KdK sowie den Vorständen der Gesundheits- und der Finanzdirektorenkonferenz erhalten haben, nicht ganz begreife. Ich war seinerzeit sinnigerweise Mitglied aller dieser drei Gremien, und zumindest bei den Finanzdirektoren habe ich jeweils viel Verständnis und Unterstützung für die Gleichbehandlung von stationärer und ambulanter Behandlung gefunden. Ich habe also heute durchaus Bauchweh und kann mir auf diese Postillen, die wir erhalten haben, nur so einen Reim machen, dass sie von Vorständen stammen, die zudem – wie ich gehört habe – nur Zirkularbeschlüsse gefasst haben. Offenbar haben sich hier noch nicht alle Beteiligten vertieft mit der Problematik auseinander gesetzt.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich möchte Ihnen ein paar Überlegungen schildern, die mich dazu geführt haben, dem Modell zuzustimmen. Vergewärtigen Sie sich die Ausgangslage: Diese ist nämlich, nüchtern betrachtet, mehr als unbefriedigend. Wir haben Gesundheitskosten, die ungebremst wachsen – die Zahlen kennen Sie, sie sind gestern und vorgestern wieder veröffentlicht worden. Alle beklagen dies, aber niemand will sich bewegen. Wir haben einen «Supertanker Gesundheitswesen», der im KVG-Bereich 50 Milliarden Franken kostet und mit den heutigen Mitteln kaum steuerbar ist. Wir haben den Spitalbereich, der den stärksten Kostenschub verursacht – so ist es einfach –: Das sind die Spitäler mit ihren stationären und ihren ambulanten Leistungen. Und, das ist bis heute noch nicht gesagt worden: Wir haben in der Schweiz immer noch 10 000 Spitalbetten zu viel! Das muss auch einmal gesagt werden. Die Behandlungsdauer in einem schweizerischen Spital beträgt durchschnittlich 9,5 Tage. Das ist ein Wert an der internationalen Spitze. Sie können mir nicht sagen, dass skandinavische Länder, welche über ein qualitativ sehr gutes Gesundheitswesen verfügen und nur die Hälfte dieser Tage beanspruchen, ein schlechteres Gesundheitswesen oder kränkere Menschen haben.

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

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

Ich komme damit zu einigen Vorwürfen der Kantone und zu weiteren Vorteilen, die mich überzeugt haben. Ich weiss nicht, wer von Ihnen die Vorlage effektiv gelesen hat, und ich gebe zu: Es ist eine mühsame Sache. Man muss sich nämlich durch einen Paragrafenwald kämpfen, der kompliziert und unübersichtlich ist. Aber wir kommen nicht darum he-

rum! Wenn Sie die Vorlage lesen, werden Sie sehen, dass die Planungskompetenz der Kantone im KVG-Bereich massiv gestärkt worden ist. Das war zum Beispiel eines meiner ganz persönlichen Anliegen. Die Kantone haben jetzt die Möglichkeit, via Spitalliste, via Leistungsaufträge Einfluss zu nehmen bzw. die Versorgung zu steuern. Vor allem haben wir die Rekursmöglichkeiten total eingeschränkt. Damit werden wir eine völlig neue Lage haben; es wird nicht mehr wie letztes Mal bei den Spitalisten sein, dass die Spitäler unendlich rekurrieren können. Das heisst, der Vorwurf der Kantone, sie könnten das Ganze nicht steuern, ist schlicht und einfach falsch.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die gesamtheitliche Betrachtung von ambulanter und stationärer Behandlung ist ein Muss. Der medizinische Wandel und Fortschritt ist immer rasanter und sehr offensichtlich. Ich bin der festen Überzeugung, dass die Verlagerung von der stationären Behandlung hin zu einer ambulanten Behandlung in Zukunft noch stärker sein wird und wahrscheinlich noch rasanter kommen wird, als wir sie heute schon haben. An und für sich gibt es eigentlich drei Streitpunkte zwischen der GDK und KdK einerseits und dem Vorschlag der Kommission andererseits:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Briner Peter (RL, SH): Es ist schon etwas verwegen, wenn man sich als Nichtkommissionsmitglied an diesem Kollo-

quium auch noch beteiligen will, aber ich mache nicht so lange wie einige meiner Vorrednerinnen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaruga Simonetta (S, BE): Die Situation ist heikel und unangenehm; dass der Ständerat gegen den offenbar ge-

schlossenen Willen der Kantone eine Vorlage verabschieden soll, ist schwierig und fast unvorstellbar, obwohl wir eigentlich genau das vor nicht allzu langer Zeit gemacht haben. Ich erinnere Sie daran, dass die Kantone auch bei der Prämienverbilligungsvorlage geschlossen dagegen waren. Wir haben sie trotzdem verabschiedet, und sie hat auch im Nationalrat eine Mehrheit gefunden. Ich höre, dass diese Vorlage mittlerweile auch von den Kantonen akzeptiert wird. Trotzdem muss ich sagen, dass die Opposition der Kantone in den letzten Tagen so massiv war, dass sie auch mich beeindruckt hat. Meine Erkältung rührt zwar nicht von dieser Opposition her, aber die Opposition hat mich beeindruckt und führt mich dazu – ich nehme das vorweg –, dem Rückweisungsantrag Wicki zuzustimmen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Um zu verhindern, dass die Krankenversicherer sozusagen als Inkassostelle allein über alle relevanten Daten verfügen, hätte ich gerne vorgeschlagen, dass das Inkasso über eine Clearingstelle betrieben wird. Der Spitalverband H+ hat bereits einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet. Diese Clearingstelle würde sich ausschliesslich um Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) kümmern. Der Zugang zu den Daten müsste für Kantone und Krankenversicherer separat geregelt werden. Damit könnte man auch verhindern, dass Krankenversicherer Daten zu den OKP-Leistungen für ihr Privatversicherungsgeschäft brauchen – oder eben missbrauchen –, und die Kantone könnten sich den notwendigen Zugang zu den wichtigen Daten sichern.

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

Nochmals ein Wort zu den Krankenversicherern, die heute in meinem Votum nicht gut weggekommen sind: Sie sind nicht ganz selber schuld daran, dass es heute besonders attraktiv ist, Risikoselektion unter den Versicherten zu betreiben. Die Risikoselektion geht bei den Krankenversicherern heute übrigens so weit, dass sie einem Makler bis zu tausend Franken bezahlen, wenn er ein schlechtes Risiko aus ihrer Versicherung entfernt.

Der heutige Risikoausgleich bietet aber geradezu Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Das ist schlecht. Das sind auch schlechte Investitionen, die die Krankenversicherer heute tätigen. Die Anreize müssen doch so sein, dass die Krankenversicherer gegenseitig im Wettbewerb um das bessere Kostenmanagement bei guter Qualität stehen. Deshalb ist diese Risikoausgleichsvorlage so wichtig, und ich wäre glücklich und froh, wenn wir diese gleichzeitig mit der Spitalvorlage verabschieden könnten, denn ohne Verbesserung des Risikoausgleichs wird jede Reform im Krankenversicherungswesen die Risikoselektion verschärfen, sei es eine andere Spitalfinanzierung, sei es eine Reform im Bereich des Kontrahierungszwangs. Ich würde solche Reformen nie mittragen, solange nicht gleichzeitig eine Verbesserung des Risikoausgleichs erfolgt.

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

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

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je crois que la discussion a été intéressante parce que chacun et chacune a dû quand même se familiariser un peu avec cette matière difficile. Il y a eu aussi quelques propositions nouvelles qui ont été faites, auxquelles nous n'avions pas nécessairement pensé en commission.

J'aimerais dire simplement à Monsieur Leuenberger pour quelles raisons nous avons séparé la compensation des risques de ce premier paquet sur le financement des hôpitaux. C'est parce qu'en commission, nous n'avions procédé à

aucune audition sur la question de la compensation des risques. Nous avons reçu le mandat de travailler et de proposer quelque chose. Mais en fait, là, véritablement, nous n'avons pas pris langue avec qui que ce soit. Une partie de la commission a trouvé qu'il fallait faire une petite procédure de consultation pour un sujet qui, dans le fond, n'était pas à l'ordre du jour. C'est la raison pour laquelle, bien que, comme vient de le dire Madame Sommaruga, nous considérons en commission que cela formerait un tout – c'est-à-dire aussi bien la première partie sur le financement des hôpitaux que la seconde sur la compensation des risques –, nous avons choisi cette solution.

Je pense que maintenant le problème ne va plus se poser puisque les deux projets seront probablement traités au conseil en même temps. Je suis d'avis qu'on devrait accélérer le rythme. Monsieur Zeltner a déclaré une fois à la Radio suisse romande: «Si ça n'avance pas, c'est la faute du Parlement.» Après cela, maintenant, je le charrie toujours et je lui dis: «J'essaie d'avancer, mais je n'y arrive pas: on me renvoie toujours les choses! Je ne suis pas d'accord de porter la responsabilité de la lenteur du traitement du dossier.» Donc, j'espère bien qu'on arrivera quand même avec une solution à la session d'hiver, après consultation des cantons. J'aimerais dire à ce sujet que la commission – je lui ai demandé son avis de manière informelle – vous prie d'adopter la proposition de renvoi Wicki, qui donne mandat de consulter les cantons au sujet de la proposition de la commission. Monsieur Briner a dit tout à l'heure qu'il fallait faire une plus grande consultation. Mais aux autres auditions, on y a déjà procédé: «H+», la FMH, toutes ces organisations ont déjà été entendues; les cantons d'ailleurs aussi – mais enfin, c'est apparemment plus problématique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vous avez proposé votre solution. J'ai voulu avoir une nouvelle discussion avec le Conseil fédéral qui, le 7 septembre

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

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

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

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

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

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

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

par facture, je voudrais mettre le nez dans ces factures, parce que je n'accepterais pas de rembourser automatiquement 30 pour cent du montant de factures que je n'aurais pas contrôlées.

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

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

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

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

ça coûte un sou à l'assurance et sans que ça change grand-chose pour lui-même.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag Wicki 27 Stimmen

Für den Antrag

Leuenberger-Solothurn/Hess Hans 15 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag Wicki 36 Stimmen

Dagegen 1 Stimme

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

04.3613

Motion SGK-NR. Öffentliche Diskussion zur Organspende

Motion CSSS-CN. Débat public en relation avec le don d'organes

Einreichungsdatum 28.10.04

Date de dépôt 28.10.04

Nationalrat/Conseil national 03.03.05

Bericht SGK-SR 27.06.05

Rapport CSSS-CE 27.06.05

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05

Präsident (Frick Bruno, Präsident): Es liegt ein schriftlicher Bericht der Kommission vor. Sie beantragt einstimmig, die Motion abzulehnen.

Heberlein Trix (RL, ZH), für die Kommission: Die Kommissionspräsidentin hat mich beauftragt, einige Worte zu sagen. Zuerst meine Interessenbindung: Ich bin Präsidentin der Stiftung Swisstransplant, deren Aufgabe in der Förderung der Organspende, aber auch in der Organisation der Organverteilung liegt.

Die SGK Ihres Rates beantragt Ihnen ohne Gegenstimme, die Motion abzulehnen. Sie tut dies eben im Gegensatz zur Kommission und Plenum des Nationalrates. Daher einige erklärende Worte: Die Argumente wurden anlässlich der Diskussion von Artikel 61 des Transplantationsgesetzes, der vom Ständerat bereits damals abgelehnt wurde, ausführlich erörtert. Es wurde eine ausführliche Diskussion über ethische Fragen und Hirntod verlangt. Wir haben das bereits damals klar abgelehnt, und zwar aus folgendem Grund: Im Vorfeld der Gesetzgebung wurde in einem PubliForum intensiv über die Hirntoddiagnostik und die Feststellung des Hirntodes diskutiert – ein Kriterium, das international anerkannt ist und auch keinen Alleingang der Schweiz bedeutet. Es wird überall so gehandhabt.

Es ergab sich damals eine breite Zustimmung zur Organspende, zur Definition des Todes aufgrund eines irreversiblen Ausfalls der Hirnströme und eine Akzeptanz der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Entscheidend für die Bevölkerung ist die Information über das Bestehen klarer Richtlinien und Regeln zur Feststellung des Todes – Regeln über das Wie, aber nicht über das Ob. Diese Regeln sind von der Akademie vor kurzem neu definiert worden und finden auch Eingang in die Verordnungen zum Transplantationsgesetz. Eine erneute Diskussion – dies ist auch die Meinung des Bundesrates – würde nur einen grossen Aufwand, aber wenig Nutzen bringen. Sie würde zur Verunsicherung der Bevölkerung beitragen. Im Übrigen haben wir heute als Organspender nicht nur Hirntote, sondern vermehrt auch «Non-Heart-Beating-Donors».

Diese kurze Begründung unseres Ablehnungsantrages erfolgte – ich habe es erwähnt – auf Wunsch der Kommission, weil die Motion im Nationalrat mit 57 zu 49 Stimmen angenommen wurde.

Abgelehnt – Rejeté

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour ce qui est de trouver une solution consensuelle, nous n'avons donc pas vraiment abouti, mais nous avons quand même réussi une grande percée dans la convergence des estimations de part et d'autre. Pour la première fois en effet, nous avons les mêmes estimations, les mêmes chiffres – même si ce ne sont que des estimations – de la part des cantons et de l'Office fédéral de la santé publique; même Santéuisse se rallie à ces estimations. Pour la première fois, nous pouvons commencer ce débat avec les mêmes chiffres, au lieu de débiter par une bagarre de chiffres. Voilà au moins un élément dont le Conseil national pourra profiter. Nous pouvons affirmer sans hésiter que les objectifs fixés par le Conseil fédéral dans son message ont été atteints avec le modèle que nous vous présentons. C'est pourquoi, au nom de la commission, je vous prie de le suivre, de manière que nous puissions conclure une fois dans notre conseil cette approche d'un problème délicat.

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

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

Letztes Jahr hat unsere Kommission eine Vorlage zur Spitalfinanzierung unterbreitet, die markant vom Vorschlag des Bundesrates der sogenannt dual-fixen Lösung abweicht und – dies der Kernpunkt – die Gleichbehandlung der stationären und der ambulanten Leistungen vorsieht. Am 20. September letzten Jahres wiesen wir die Vorlage der Kommission an die Kommission zurück, und zwar – unsere Referentin hat es vorher gesagt – entsprechend dem Antrag von Kollege Wicki mit dem Auftrag, vorerst bei den Kantonen in geeigneter Form eine Vernehmlassung zum Vorschlag der SGK vom 30. August 2005 betreffend die Spitalfinanzierung durchzuführen. Dieser Antrag setzte sich klar gegen zwei

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

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

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

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

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

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

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

Machen wir uns also nichts vor. Wir können so oder so nicht alle Kantone von einer der neuen Lösungen überzeugen. Möglicherweise werden bei einer Weiterbehandlung im Zweitrat noch Kompromisse gefunden werden, die diesen Namen verdienen und befriedigend sind. Dann aber ist es entscheidend, auf welcher Grundlage der Zweitrat seine Beratungen aufnimmt. Ist es eine Lösung ohne Linie, die Fehlanreize lediglich zu kaschieren sucht und sie nicht beseitigt? Oder ist es eine Lösung, welche die Finanzierung grundsätzlich transparent gestaltet und die Kostentreiberei eliminiert?

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

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

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

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

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

Unsere Kommission hat sicher mit viel gutem Willen an einer sogenannten verträglichen Lösung herumstudiert. Die Ziele, die den Ausgangspunkt der Revision bildeten, werden damit aber nicht erreicht. So wird auch die Schnittstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung wohl kaum geklärt. Wird die Mehrheit der Privatkliniken als subventionsberechtigter anerkannt, so laufen die Kosten für die Kantone aus dem Ruder. Bei restriktiver Praxis der Kantone aber werden die Probleme der Privatspitäler und deren Klientel nicht kleiner. Die Marktverzerrungen zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Spitälern werden weiter akzentuiert. Die zusätzlichen Beiträge für Privatkliniken und Privatpatienten werden faktisch durch die Kantone zu finanzieren sein, ohne dass diesem Vorgang ein gesicherter Nutzen gegenübersteht. Als Nachteile sind demgegenüber staatliche Auflagen für Privatspitäler absehbar, mit entsprechender Einschränkung der unternehmerischen Freiheit und Innovation. Zudem wird der Privatpatientenmarkt zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Spitälern, vor allem aber nach Kantongrenzen aufgrund der unterschiedlichen Spitallisten der Kantone aufgesplittet. Der Umstand, dass bei Leistungen, die stationär wie ambulant erbracht werden können, weiterhin und noch ausgeprägter die gesamthaftere Variante subventioniert wird, verstärkt unsinnige Anreize. Der Kreis subventionierter Anbieter dürfte sich insbesondere im Rehabilitationsbereich noch massiv vergrössern. Die Möglichkeiten, mit Marketing und Networking auch im Grundversicherungsbereich eine zusätzliche Nachfrage zu generieren, steigen entsprechend. Die teuren Spitalplanungen der Kantone und die Wettbewerbsbeschränkungen werden dadurch ausgebaut. Künftig würden die Kantongrenzen aufgrund unterschiedlicher Planungen der Kantone auch für Privatkliniken bedeutsamer werden. Damit würde die interkantonale Zusammenarbeit weiter erschwert. Unterschiedliche kantonale Verteilungsschlüssel der Spitalfinanzierung komplizieren zudem kantonsübergreifende Spitalbehandlungen. Schliesslich ist der Ausbau der kantonalen Planung im Kern wohl inkompatibel mit der gleichzeitig propagierten Öffnung des Marktzutritts für ausländische Spitäler.

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

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

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

Wir haben eine Kommissionsmotion verabschiedet, die wieder dazu führen soll – da hat Herr Stähelin Recht –, das Ziel, das wir eigentlich nicht aus den Augen verlieren wollten, auch zu erreichen, und zwar innert nützlicher Frist. Diese Motion wurde bereits einmal verabschiedet, und zwar ohne

Gegenstimme und ohne Widerstand des Bundesrates. Bei der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes, wenn Sie sich vielleicht noch erinnern, war die Jahresfrist nur 2006, und wir müssten eigentlich schon bei dieser Vorlage sein. Sie sehen, wir haben die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen nicht aus den Augen verloren, und ich bin daher auch enttäuscht, dass der Bundesrat diese Motion ablehnt; in der Kommission hatte ich noch ein anderes Gefühl gegenüber den Äusserungen des Bundesrates.

Durch dieses Rückzugsgefecht, das aufgrund des massiven Widerstandes der Kantone geführt werden muss, entstand eine Vorlage, die niemanden wirklich befriedigt, wahrscheinlich zuletzt die Kommissionsmitglieder, die eigentlich einen anderen Entscheid wollten. Zwar wird der Weg zur leistungsabhängigen Finanzierung vorgeschrieben. Kantone und Spitäler sind aber bereits auf diesem Weg, auch ohne unsere Gesetzgebung, und – Sie haben es gehört – sie sind bei der Einführung des Swiss-DRG-Systems ja bereits weit fortgeschritten, und dazu braucht es auch keine Gesetzesrevision. Wir haben eine paritätische Finanzierung durch Kantone und Versicherer unter Einbezug der Investitionskosten beschlossen – auch diese ist ein wichtiger Schritt. Wir haben die Gleichstellung der Listenspitäler, der öffentlichen und der privaten, in Bezug auf Planung und Finanzierung beschlossen, ebenso die Gleichstellung aller Versicherten mit oder ohne Zusatzversicherung – dies eine Vorgabe aufgrund des auch schon in die Jahre gekommenen bundesgerichtlichen Entscheides, hinter die wir ohnehin nicht zurückgehen können und wollen. Die Rechtsprechung hat uns diesen Weg gewiesen. Wir haben ja jetzt die Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz gehört, und zu dieser Stellungnahme müssen wir sagen: Auch das wollen sie bei der GDK nicht! Sie haben also die Vorlage, wie wir sie aufgrund Ihrer Vorgaben und nach einlässlicher Anhörung und nach persönlichen Gesprächen der Präsidentin der SGK und des Vizepräsidenten der SGK mit dem Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz zu weihnachtlichen Zeiten erarbeitet hatten, auch noch einmal zurückgewiesen!

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

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

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

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

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

Wer wie ich Optimist ist und nach der beschlossenen Rückweisung hoffte, mit einem «Kompromissmodell bis» mehr als «nur» unseren Gesundheitsminister ins Boot zu holen, musste in den letzten Tagen tatsächlich etwas zurückrudern. Die GDK, mit deren Präsidenten – wir haben es gehört – wir uns mehrmals unterhalten haben, schrieb uns nämlich am 3. März 2006, eine offene Ablehnung bleibe einzig aus politischen Gründen aus, sachlich vermöge der Kompromissvorschlag nicht zu überzeugen. Offensichtlich lehnen sieben Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren das Kompromissmodell ab. Im Übrigen hängt für die GDK Eintreten von vier oder fünf Bedingungen ab, die aber zum Teil eine neuerliche grosse Überarbeitung der Modelle erfordern würden. Negativ äussern sich, das sei beigelegt, die Vertreter der Privatspitäler und verschiedener Versicherungen, und auch Wirtschaftsverbände sprechen von einem enttäuschenden Resultat. Nach ihrer heutigen Lesart, man höre und staune, wäre es besser gewesen, das ständerätliche Modell, ergänzt durch das Element der Vertragsfreiheit, weiterzuentwickeln. Was nun? Sollen wir noch einmal eine Runde drehen, wohl wissend, dass verschiedene Akteure in Tat und Wahrheit gar kein Interesse haben, den heutigen Zustand zu verändern? Das ist das eigentliche Problem und führt zu diesem Treten auf der Stelle. Ich denke an die Kantone, die ihre Planungsaufgaben zum Teil nicht gemacht haben, die zwar die Bettenzahl vermindern, aber meistens die personalintensiven Strukturen in ihrer Spitallandschaft beibehalten und am Schluss mehr Steuergelder einschliessen. Ich denke auch an die Versicherer, welche die unaufhaltsam steigenden Kosten mit Prämienhöhungen auffangen können oder müssen. Und ich denke auch an die Leistungserbringer, an die Spitäler; verschiedene ihrer Vertreter sagten mir in den letzten Wochen in Direktkontakten, so schlecht sei das heutige System gar nicht, man habe sich arrangiert und arbeite effizient.

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

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

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

3. Der Bundesrat erlässt einheitliche Grundsätze für die Planung; die Kantone sind verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren, und der Bundesrat kann nach drei Jahren subsidiär

tätig werden, wenn sich die Kantone in Fragen der Spitzenmedizin weiterhin nicht einigen können. Auch hier ist Handlungsbedarf gegeben.

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

5. Der fünfte Punkt ist die Schaffung der notwendigen Grundlage für die schweizweit einheitliche Einführung von DRG. Ein ganz wichtiger Punkt der Vorlage ist meines Erachtens ein Element, welches in dieser Diskussion in den letzten Wochen etwas unterzugehen drohte, nämlich die Einführung von flächendeckenden Fallpauschalen im akuten somatischen Bereich, d. h. im Akutspital ohne Psychiatrie oder Langzeitpflege. In Zukunft sollen also in Spitälern nicht mehr Behandlungstage bezahlt werden, sondern Preise pro vordefinierten Fall. Eine Blinddarmoperation ohne Komplikationen und ohne Nebendiagnose erhält zum Beispiel einen bestimmten Frankenbetrag zugeordnet. Der Preis wird auf der Basis der Normkosten für diese Leistungen berechnet. Mit der in der ganzen Schweiz einheitlichen Definition der Fälle sind in Zukunft auch Vergleiche der Leistungen in Spitälern möglich. Das Modell Swiss DRG sieht vor, dass die Fälle vergleichbar werden, indem auch der Schweregrad und die Nebendiagnosen berücksichtigt werden.

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

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

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

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

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

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

stenblock in der Krankenversicherung darstellen, also den grössten Prämienanteil benötigen. Sie bilden mit einem Wachstum von 22 Prozent – 22 Prozent! – innert zwei Jahren auch den am stärksten wachsenden Kostenblock. Im internationalen Vergleich liegen wir, was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital betrifft, an der Spitze. In keinem anderen Land ist der Anteil der Spitalausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben so hoch wie in der Schweiz: Er beträgt gegenwärtig 47 Prozent. Das zeigt, wie dringend eine Reform der Spitalfinanzierung ist. Wir müssen rasch in Richtung mehr Transparenz und auch mehr Effizienz gehen. Nun hatten wir ja die Vorlage mit dem Monismus, Herr Stähelin möchte daran festhalten. Man kann natürlich sagen: Grundsätzlich hat Herr Stähelin mit seiner Vision Recht. H+ hat sogar davon gesprochen, dass das, was wir im September 2005 präsentiert haben, den grössten und innovativsten Schritt darstelle, der bisher in diesem Bereich getan worden sei. Es ist natürlich unbefriedigend, dass wir offensichtlich nicht die politische Kraft haben, diesen Weg zu gehen – einen Weg übrigens, der auch für die Kantone von Interesse wäre. Es gibt immer mehr Kantone, die dies in der Zwischenzeit auch einsehen. Aber ich glaube, wir dürfen uns nicht den politischen Realitäten verschliessen. Es geht ja um die Grundsatzfrage: Wollen wir weiterhin einen grossen, schwierigen Schritt tun, der allerdings kaum realisierbar ist, oder sind wir bereit, jetzt einen kleineren, aber realisierbaren und meiner Meinung nach auch sehr wichtigen Schritt zu tun?

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

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

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

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

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

Ferner, das ist der dritte Punkt, geht es um die Frage der Investitionen. Auch hier ist klar: Die Kantone entscheiden über ihre Investitionsbeiträge. Aber sie können nicht damit rechnen, dass diese Investitionen nachher voll vergütet werden.

Vergütet werden in Zukunft über die Fallpauschale Preise. Der einzelne Kanton muss sich natürlich überlegen: Machen wir diese Investition, trägt sich diese Investition, oder trägt sie sich nicht? Wenn sie sich nicht trägt, muss er allenfalls diese Defizite übernehmen.

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

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

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

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

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

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

Toutefois, je ne suis pas certaine que le maître mot lancé par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), «Qui paye, commande», pour s'opposer au projet de notre commission, réussisse à résoudre tous les problèmes. En effet, après tant d'années d'études, l'opportunité d'une réforme plus fondamentale paraissait digne d'intérêt. Nous n'avons d'ailleurs pas tout à fait renoncé à ce projet puisque nous proposons de poursuivre la réforme par le biais d'une motion, ce qui veut bien dire que nous soutenons le projet actuel comme une étape parmi d'autres, mais que nous pensons qu'il ne faut pas en rester là; mais je reviendrai sur la motion plus tard.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce projet mérite donc votre attention même si ce n'est qu'une étape parmi les autres réformes que nous devons encore entreprendre, notamment celle du «managed care». Je vous invite à entrer en matière.

Slongo Marianne (C, NW): Wir haben uns bekanntlich am 20. September 2005 im Ständerat bereits mit dieser Teilrevision des KVG auseinander gesetzt. Die neue Spitalfinanzierung ist eine der zentralsten Reformen im Gesundheitswesen, die zu massiven Einsparungen führen könnte. Wir wissen es: Unsere Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hatte damals dem Ständerat nach langen Vorarbeiten einstimmig ein neues, ganzheitliches Modell für die kostenbewusste Spitalfinanzierung vorgeschlagen. Unser Rat hat in der vergangenen Herbstsession, also vor rund einem halben Jahr, mit 36 zu 1 Stimmen nach dreieinhalbstündiger Diskussion das Geschäft an die Kommission zurückgewiesen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Kantone – die Aufsichtsbehörde, Planer, gleichzeitig aber auch Marktteilnehmer und Konkurrenten sind – tun sich naturgemäss schwer mit einer Strukturentwicklung in Richtung eines gesamtwirtschaftlich wettbewerbsfähigen Spitalmarktes. Ohne dass ich nun in Belehrungen verfallen will, möchte ich die Frage stellen – das letzte Papier der GDK hat mich zu dieser Frage geführt –, ob statt eines weiteren ständigen Ausbaus von etatistischen Vorgehensweisen die Kantone nicht Leistungsaufträge im Submissionsverfahren vergeben könnten; es wäre eine ähnliche Lösung wie die, die wir beim Binnenmarktgesetz für die Vergabe von Konzessionen durch Kantone und Gemeinden gewählt haben. Zugang zu einem solchen Bieterverfahren könnten alle Spitäler erhalten, die die medizinischen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen. Der Qualitäts-, der Leistungs- und der Kostenwettbewerb würden damit gefördert, die Versorgung würde alles andere als geschwächt und das Gesundheitswesen günstiger.

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

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

Comme je l'ai dit, c'est par 7 voix contre 3 que la commission a décidé d'abandonner le modèle qu'elle avait présenté à la session d'automne 2005. Les considérations de la majorité de la commission étaient uniquement d'ordre réaliste, c'est-à-dire «realpolitisch». Nous voulions présenter un projet de révision pour les raisons que j'ai invoquées tout à l'heure, mais nous ne pouvions pas le faire compte tenu de l'opposition de presque tous les cantons, le «presque» étant dû au canton de Thurgovie. Lorsque j'avais présenté le projet précédent de la commission en automne dernier devant la presse, j'ai eu, semble-t-il, l'outrecuidance de le présenter comme étant un projet révolutionnaire. Il est vrai que traiter de manière égale le financement des soins ambulatoires et des soins stationnaires, cela a un caractère révolutionnaire parce que cela s'écarte totalement de la conception actuelle. La seule chose que doit apprendre Monsieur Stähelin, c'est que les idées révolutionnaires sont nécessairement en avance sur leur temps. Moi, je sais déjà que c'est comme ça! La proposition de la minorité Stähelin a au moins le mérite de ne pas laisser tomber aux oubliettes les travaux que nous avons accomplis en commission sur ce sujet. Mais il était visiblement impossible de convaincre une majorité des membres de notre conseil, le Conseil fédéral et encore le Conseil national que notre idée était intéressante et qu'elle méritait d'être approfondie.

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

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Damit sind wir für heute am Schluss der Debatte angelangt. Wir sind gut vorwärts gekommen und liegen gut in der Marschtabelle. Morgen

werden wir mit dem Votum von Herrn Bundesrat Couchepin anfangen. Danach werden wir über das Konzept von Herrn Stähelin entscheiden und damit den Systemscheid fällen.

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

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

Dritte Sitzung – Troisième séance

Mittwoch, 8. März 2006

Mercredi, 8 mars 2006

08.00 h

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Unser Rat ist bereits am 20. September 2005 auf die Vorlage eingetreten. Herr Bundesrat Couchepin wird nun die gestern geführte allgemeine Aussprache abrunden. Auf Wunsch auch des Antragstellers, Herrn Stähelin, und der Kommissionspräsidentin werden wir danach vor der Detailberatung den Systementscheid fällen, um die Beratung in Kenntnis des Systementscheides durchführen zu können. – Sie sind mit diesem Vorgehen einverstanden.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: J'aimerais pouvoir commencer cette intervention en disant, comme un ancien collègue du Conseil fédéral: «Freude herrscht!», mais je ne suis pas sûr que ce soit la bonne façon d'analyser le climat dans lequel nous abordons cette difficile question.

Personne ne peut et ne doit être surpris du fait qu'il n'y a pas d'unanimité, ni même une joie extraordinaire dans la discussion d'entrée en matière sur le système. En effet, dans le domaine de la santé publique, les intérêts matériels sont différents, les intérêts politiques sont différents, tout changement de système ouvre la porte à un monde relativement inconnu et, par là même, on peut évoquer des dangers, des craintes, des angoisses qui rendent difficile une modification, quelle qu'elle soit.

Dans ce climat, vous aviez cherché dans un premier temps une solution qui avait été qualifiée de révolutionnaire et de novatrice, qui avait provoqué une véritable tempête d'oppositions et, à part un petit groupe de gens qui n'avaient pas de responsabilité de terrain – quelques experts ou quelques journalistes –, tout le monde a dit: «Attention au feu! La solution révolutionnaire que vous préconisez va entraîner un incendie général!»

Les cantons d'abord – dont vous êtes très proches – avaient dit non; il y avait, semble-t-il, deux, peut-être trois, cantons dissidents, tous les autres étaient parfaitement opposés à la

solution qui était préconisée. Le Conseil fédéral partageait cette inquiétude, tout en disant que si, comme l'a dit Monsieur Schwaller hier, on ajoutait à la proposition de la commission la liberté de contracter, nous aurions pu y adhérer du point de vue intellectuel. Mais nous vous rendions attentifs au fait que cette solution, intellectuellement acceptable, était politiquement encore plus difficile à faire passer que la solution qui consistait à présenter votre projet sans la liberté de contracter.

Il est utile de rappeler toutes les difficultés que cette solution amène, notamment: qui contrôle le contrôleur? Qui contrôle les dizaines de millions de factures? A-t-on le droit d'imposer aux cantons une participation à des coûts sur lesquels ils n'ont aucun contrôle?

Après un débat assez vif et tout à fait ouvert, votre conseil, sur la proposition de Monsieur Wicki, à la quasi-unanimité, a décidé de renvoyer le projet à la commission. Le renvoi était assorti du mandat de trouver, sinon une solution de consensus, du moins une solution qui comporte plus de possibilités de réunir ici une majorité, face aux cantons, et de permettre au deuxième conseil de procéder à des ajustements fins qui, lentement, permettraient de réunir une majorité autour de la réforme du système hospitalier.

Je crois que la commission a réussi à présenter un projet, qui n'est pas parfait et qui peut être critiqué – l'un ou l'autre d'entre vous l'ont fait, sur tel ou tel point –, mais qui réduit déjà les oppositions, notamment celles des cantons. Au lieu d'avoir plus de 21 cantons opposés, il y en a ainsi 9 qui sont critiques, mais sur des points qui ne sont pas absolument décisifs. Ce projet permet aussi au deuxième conseil d'affiner le système, peut-être, en ce qui concerne la répartition des coûts entre les cantons et les caisses-maladies. Or tous ceux qui ont eu des contacts avec les cantons savent que c'est un point extrêmement important et qu'il y a là, probablement, une possibilité de compromis avec la majorité des cantons.

Si, aujourd'hui – par malheur, dois-je dire –, votre conseil décidait de renvoyer une nouvelle fois le projet à la commission afin de reprendre le projet «révolutionnaire», je crois qu'on irait vers le chaos. Ce serait un chaos institutionnel – limité, puisqu'il s'agit d'un objet parmi d'autres – qui remettrait en cause la crédibilité des institutions, mais surtout un chaos d'intérêts, parce que tout le monde sait que le projet dit «révolutionnaire» est bancal aussi longtemps qu'il n'y a pas la liberté de contracter. Ce serait un chaos encore parce qu'il est soutenu par tous ceux qui ne veulent pas le projet examiné aujourd'hui qui, lorsqu'il sera adopté, n'aura plus autant de partisans qu'aujourd'hui. Finalement, les cantons les plus durs dans l'opposition au projet qui est soumis à votre conseil aujourd'hui souhaiteraient en réalité le retour à un système qui n'est pas très juste et qui a été condamné par le Tribunal fédéral.

A force de dire non, certains espèrent que le Conseil fédéral sera acculé à revenir à la solution qui prévalait avant l'arrêt du Tribunal fédéral. Or, on n'y arrivera pas. Même si quelques cantons le veulent, on n'y arrivera pas parce qu'il y aura suffisamment d'oppositions partout pour empêcher ce retour à la situation antérieure. Et alors, qu'est-ce qui va arriver? L'année 2006 se terminera sans qu'on ait trouvé une solution. A ce moment-là, on aura des dispositions transitoires, des prorogations de dispositions légales – dispositions venant à échéance – pour éviter que les cantons soient trop «chargés» par la décision du Conseil fédéral. Les cantons qui auront fait opposition jusqu'au bout en espérant que, de cette manière-là, on revienne au système appliqué avant l'arrêt du Tribunal fédéral se retrouveront avec l'arrêt du Tribunal fédéral sans les dispositions transitoires que vous avez votées, et avec des charges financières probablement plus importantes.

La voie choisie par la commission est une voie raisonnable par laquelle on essaie de trouver un accord sur un certain nombre de points dont les objectifs sont partagés. Alors, quels sont les points sur lesquels on est tous d'accord?

Tout d'abord, on voudrait le passage au financement lié aux prestations. Je ne vois pas comment on peut l'obtenir si l'on

n'accepte pas la proposition d'aujourd'hui. Revenir au système Stähelin en espérant qu'il intégrera ce passage est possible; mais le système lui-même sera tellement contesté et il y aura une opposition telle de la part des cantons qu'on risque un vote populaire et qu'on va mettre en péril un vrai progrès: le passage au financement lié aux prestations. On a introduit dans le projet de la commission, à la demande des cantons, des dispositions qui permettent à la Confédération d'appuyer les efforts des cantons pour introduire le système DRG (Diagnosis Related Groups). C'est un progrès important souhaité par les cantons et par tous ceux qui veulent plus de transparence: c'est la raison pour laquelle il faut faire ce pas.

Ensuite, on propose une planification intégrale. Un des grands sujets de dispute avec les cantons au cours de ces dernières années était qu'ils disaient que les dispositions légales en vigueur donnaient trop de compétences au Conseil fédéral pour revoir la planification qu'ils avaient faite. La proposition d'aujourd'hui clarifie les choses et montre – on peut encore en discuter au deuxième conseil, mais je crois que la solution préconisée aujourd'hui est suffisante – qu'on veut donner aux cantons une compétence très forte de planification. La Confédération ne pourrait revoir que des dispositions absolument abusives; elle n'aurait pas la compétence de juger de l'opportunité de l'intégration ou non sur la liste des hôpitaux de tel ou tel hôpital.

Ensuite, la planification qu'on a prévue va dans le sens des cantons. Elle répond à leurs craintes et permet d'éviter ces éléments de friction qui existent déjà aujourd'hui entre la Confédération et les cantons, éléments qui, je le reconnais, sont irritants pour les cantons, non seulement parce que l'on contredit parfois – et même assez souvent – leurs décisions, mais aussi parce qu'il faut très longtemps avant que des décisions soient prises.

Enfin, concernant le problème du financement, on s'est déjà mis d'accord sur les chiffres, ce qui est un progrès énorme, comme l'a dit Madame Brunner hier: on commence à discuter sur des faits et sur des chiffres, c'est donc bien un progrès énorme. Ce sera une décision politique de savoir si la répartition va être de 40/60 pour cent, ou de 55/45 pour cent, ou un système plus mobile, avec de longues périodes intermédiaires, de longues périodes transitoires.

Même si, dans le secret de son cœur, tel ou tel partenaire sera satisfait de la décision qu'on prendra, il ne le dira jamais ouvertement, parce que, s'il le disait ouvertement, ce serait une invitation à faire encore un pas dans cette direction. Dire ouvertement qu'on est satisfait signifie qu'on n'a pas encore atteint la partie saine de la dent, que ce n'est pas encore douloureux et qu'on peut encore faire fonctionner un peu la fraise du dentiste! Mais personne ne va chez le dentiste – en tout cas jusqu'à maintenant – avec plaisir; de même, personne n'apprécie beaucoup ce genre de répartition. Tout le monde manifesterait une certaine opposition, et ce n'est pas une raison pour ne pas oser trancher. Il faut écouter et essayer de percevoir où sont les limites de la résistance et de l'équité quant à la répartition des coûts.

Tout bien considéré, on a le choix aujourd'hui entre une nouvelle aventure – cela peut être sympathique, mais il y a un moment où il faut agir, sinon le peuple nous regardera avec une légitime méfiance – et une manière raisonnable d'agir, sans faire de choses extraordinaires, mais en progressant sur plusieurs points. Le deuxième conseil peut encore revoir certains points et vous aurez la possibilité d'accepter ou non ses modifications.

La solution alternative est chaotique. Elle démontre qu'on est dans l'incapacité de prendre une décision et de chercher des solutions concrètes, parce que l'on est toujours en train de rêver à quelque chose de mieux. Je ne dis pas que la solution de Monsieur Stähelin est mauvaise. J'ai dit depuis le début que, personnellement, je la trouvais bonne intellectuellement, si on y rajoutait la liberté de contracter, mais tout le monde sait que l'on ne peut pas le faire maintenant et dans ce projet, et que politiquement ce serait un bloc d'opposition de plus qui se constituerait. Par conséquent, ne rêvons pas à quelque chose de parfait. Faisons quelque chose de con-

cret dans l'intérêt du système de santé et de la crédibilité des institutions.

C'est la raison pour laquelle je vous invite – sans enthousiasme, parce que ce n'est pas enthousiasmant – à faire un pas concret dans la bonne direction en permettant l'introduction du financement lié aux prestations, une planification avec plus de compétences et plus de respect pour les décisions des cantons, et à prendre des décisions en ce qui concerne la répartition du financement.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Wir fällen nun den Entscheid über das Konzept. Die Minderheit Stähelin will zu den ursprünglichen Anträgen unserer SGK vom 30. August 2005 zurückkehren.

Abstimmung – Vote

Für das Konzept der Mehrheit 21 Stimmen

Für das Konzept der Minderheit 14 Stimmen

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress; Ziff. I Einleitung; Art. 21 Abs. 4; 21a Abs. 2

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule; ch. I introduction; art. 21 al. 4; 21a al. 2

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission

Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Art. 22a

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission

Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Art. 23

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

.... sind kostenlos zur Verfügung zu stellen. (Rest des Absatzes streichen)

Neuer Antrag der Minderheit

(Fetz, Brunner Christiane)

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 23

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1, 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

.... gratuitement à disposition. (Biffer le reste de l'alinéa)

Nouvelle proposition de la minorité

(Fetz, Brunner Christiane)

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je m'exprime au sujet des articles 21 alinéa 4, 21a alinéa 2, 22a et 23. Bien que techniques en apparence et ne concernant pas le domaine du financement hospitalier, ces dispositions revêtent une importance significative dans le domaine de la

santé. En effet, dans ce domaine, celui qui dispose des données dispose aussi du pouvoir.

Il est donc absolument indispensable de modifier les dispositions actuelles de la loi sur l'assurance-maladie pour donner une base légale claire à l'obligation de transmettre les données requises à la Confédération, et pour imposer que ces données doivent être délivrées gratuitement. Les dispositions actuelles sont dispersées dans différentes lois, sont du niveau uniquement de l'ordonnance, ou encore n'ont pas le degré de précision requis. Il est inacceptable que ces données puissent être communiquées contre paiement comme il semble que ce soit parfois le cas actuellement dans le domaine du Tarmed.

La commission s'est donc ralliée à la version proposée par le Conseil fédéral, en reconnaissant le caractère indispensable de ces modifications. Nous avons eu toutefois une controverse à l'article 23 alinéa 2. Par 6 voix contre 2 et 1 abstention, la commission a estimé que les assureurs, c'est-à-dire finalement les assurés, n'avaient pas à participer au financement du traitement des données pour établir les statistiques que l'on exige de l'Office fédéral de la statistique dans la politique de la santé. Il s'agirait bien sûr d'un très petit montant de l'ordre de 50 centimes par personne assurée et par an. Mais ici, il ne s'agit pas seulement d'une question de montant; pour la majorité, il s'agit d'une question de principe. C'est la raison pour laquelle la majorité vous propose de biffer la dernière phrase de l'article 23 alinéa 2 et vous invite à rejeter la minorité Fetz.

Fetz Anita (S, BS): Die Minderheit möchte es hier bei der Version des Bundesrates belassen, die besagt, dass die Auskunft und die Daten kostenlos zur Verfügung stehen. Das scheint mir ein ganz entscheidender Punkt in dieser Auseinandersetzung zu sein. Die Statistik ist eine wesentliche Grundlage für die Auseinandersetzung um die Kosten innerhalb des Gesundheitswesens. Das haben wir auch immer wieder erlebt, wenn es darum ging, Systementscheide zu beurteilen.

Deshalb möchten wir hier als Minderheit klar beantragen, dass für die Finanzierung der Erhebung und Auswertung dieser Daten von den Versicherern ein jährlicher Beitrag erhoben wird.

Brändli Christoffel (V, GR): Wie funktioniert das? Es ist unbestritten, dass die Daten durch die Versicherungen unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Ebenfalls ist unbestritten, dass die Ärzte diese Daten zur Verfügung stellen müssen. Die Frage, bei der eine Differenz besteht, ist folgende: Soll man die Arbeit des Bundesamtes für Statistik über eine zusätzliche Gebühr finanzieren oder nicht? Das lehnt die Mehrheit ab. Hingegen ist unbestritten, dass die Daten kostenlos zur Verfügung gestellt werden müssen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Naturellement que nous vous serions reconnaissants de soutenir la proposition de la minorité Fetz.

Pour ce qui concerne l'utilisation des données: elles sont collectées aujourd'hui de manière routinière, mais elles atteignent une limite critique du fait des ressources à disposition pour la statistique de la santé. Si on doit réunir des données supplémentaires, on aura des problèmes de ressources financières et de personnel. Alors si, comme tout le monde le souhaite, on veut avoir des données communes bien établies et acceptées par l'ensemble des partenaires, il ne faut pas lésiner sur quelques francs, ou quelques milliers, voire même quelques centaines de milliers de francs qui permettront d'avoir les bases d'un dialogue objectif entre tous ceux qui participent au débat. Le montant des moyens annuels supplémentaires nécessaires est estimé à environ 3 millions de francs; il y a 7 millions d'assurés: cela fait donc environ 50 centimes par assuré, ou 0,15 pour cent de la prime annuelle moyenne pour adultes.

C'est probablement un combat de principe. On ne peut pas continuer à dire d'un côté: «On veut de la clarté. Le Conseil fédéral, l'administration, l'Office fédéral de la santé publique

sont incapables de nous donner des chiffres précis!», puis de l'autre: «On va vous donner les chiffres précis, mais on ne nous donne pas les moyens de les obtenir.» Je crois que ce n'est vraiment pas l'endroit où il faut faire ce combat symbolique et il faut accepter la clarté qui permettra de faciliter les débats.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir – «mit Freude» – la proposition de la minorité Fetz, cosignée par Madame Brunner, tout en sachant que, chaque fois que nous sommes ensemble, Madame Brunner, nous perdons! Mais cette fois-ci, peut-être, nous allons gagner.

Abstimmung – Vote

Für den neuen Antrag der Mehrheit 32 Stimmen
Für den neuen Antrag der Minderheit 9 Stimmen

Art. 25 Abs. 2

Neuer Antrag der Kommission

....

e. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung.

....

Art. 25 al. 2

Nouvelle proposition de la commission

....

e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune.

....

Art. 29 Abs. 2 Bst. b; 35 Abs. 2 Bst. i

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 29 al. 2 let. b; 35 al. 2 let. i

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je m'exprime sur les articles 25 alinéa 2 lettres a, e et f, l'article 29 alinéa 2 lettre b et l'article 35 alinéa 2 lettre i.

L'article 25 décrit le volume des prestations à la charge de l'assurance de base. La commission s'est ralliée à la proposition du Conseil fédéral de biffer la notion de «semi-hospitalier» parce que, malgré la discussion – intense, d'ailleurs – au début des années 1990 qui avait abouti à l'introduction de cette notion, cette dernière ne s'est pas imposée dans la pratique, notamment en raison du fait que beaucoup de prestations dites semi-hospitalières sont facturées maintenant en tant que prestations ambulatoires. L'abrogation de la notion de «semi-hospitalier» s'applique aussi à l'article 29 alinéa 2 lettre b et à l'article 35 alinéa 2 lettre i, ainsi d'ailleurs qu'à l'article 47 alinéa 2.

En ce qui concerne l'article 25 alinéa 2 lettre e, la commission propose, par 6 voix contre 3, de préciser que le séjour à l'hôpital pris en charge par l'assurance de base est celui qui correspond aux standards de la division commune. Nous n'avons pas de divergences quant au fond. Les trois voix qui se sont opposées à ce rajout estimaient qu'il suffisait simplement de préciser la définition du séjour à l'hôpital dans les travaux préparatoires.

Les considérations de la commission sont les suivantes: premièrement, de nombreux cantons et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé continuent à utiliser la notion de «séjour à l'hôpital en division commune» et considèrent que la seule notion de «séjour à l'hôpital» n'était pas assez claire. Nous avons donc suivi la logique cantonale.

Deuxièmement, au niveau des infrastructures, de nombreux hôpitaux ne font aujourd'hui plus de différence «géographique» entre la division commune et les divisions privées et semi-privées. C'est pourquoi il convient en tout cas d'abandonner la notion de «séjour en division commune».

Troisièmement, le nombre de lits par chambre ne constitue plus un critère de définition de la division commune. Selon

l'infrastructure hospitalière, les patients traités au standard de la division commune peuvent se retrouver dans des chambres de un à six lits. Quand on parle de «standard de la division commune», il s'agit donc de ce qu'on a dénommé précédemment les prestations de base, c'est-à-dire l'absence de prise en charge par le médecin-chef et naturellement, l'absence de prestations hôtelières spéciales. En conclusion, la commission ne se réfère pas à une définition géographique de la division commune, mais bien à un standard tel qu'il est connu par toutes les personnes assurées et tel qu'il a été pratiqué depuis toujours.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission*

Art. 39

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1

....

d. Aufheben

e. auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Abs. 2

Die Versicherten können mit Anstalten oder deren Abteilungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstaben a bis c erfüllen, aber nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, Verträge zur stationären Behandlung der ihnen angeschlossenen Versicherten abschliessen.

Abs. 3

Die Bestimmungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

Abs. 4

Streichen (siehe Art. 39a Abs. 1)

Abs. 5

Streichen (siehe Art. 39a Abs. 4)

Abs. 6

Streichen (siehe Art. 39a Abs. 5)

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Abs. 1–3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 4

In der Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e sind die entsprechend der Planung nach Absatz 1 Buchstabe d für die Versorgung notwendigen Spitäler aufgeführt. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen haben die Kantone zu regeln, welche gemeinwirtschaftlichen Leistungen von den Spitälern nach Artikel 49a zu erbringen sind.

Abs. 5, 6

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Berset

Abs. 2

Streichen

Art. 39

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1

....

d. Abroger

e. figurent sur la liste hospitalière cantonale.

Al. 2

Les assureurs peuvent conclure, pour les traitements hospitaliers des assurés qui leur sont affiliés, des conventions avec les établissements ou celles de leurs divisions qui remplissent les conditions de l'alinéa 1 lettres a à c, mais qui ne figurent pas sur la liste hospitalière.

Al. 3

Les dispositions selon l'alinéa 1 s'appliquent par analogie aux établissements qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médicosociaux).

Al. 4

Biffer (voir art. 39a al. 1)

Al. 5

Biffer (voir art. 39a al. 4)

Al. 6

Biffer (voir art. 39a al. 5)

Nouvelle proposition de la minorité

(Stähelin)

Al. 1–3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

Dans la liste, au sens de l'alinéa 1 lettre e, figurent les hôpitaux correspondant à la planification, au sens de l'alinéa 1 lettre d, qui sont nécessaires à la couverture des besoins en soins. Avec l'octroi de mandats de prestations, les cantons règlent quelles prestations d'intérêt général au sens de l'article 49a les hôpitaux doivent fournir.

Al. 5, 6

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Berset

Al. 2

Biffer

Art. 39a

Neuer Antrag der Mehrheit

Titel

Spitalliste

Abs. 1

In der Spitalliste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e sind diejenigen Anstalten oder deren Abteilungen aufgeführt, die der Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entsprechen und einen Leistungsauftrag des Kantons erhalten haben. Die Kantone können mit der Erteilung von Leistungsaufträgen Auflagen verbinden.

Abs. 2

Die Kantone koordinieren ihre Planungen.

Abs. 3

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche hochspezialisierten Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

Abs. 4

Der Bundesrat erlässt einheitliche Grundsätze für die Planung. Er hört zuvor die Kantone an.

Abs. 5

Die Bestimmungen nach den Absätzen 1 und 2 gelten sinngemäss für Anstalten, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Streichen

Art. 39a

Nouvelle proposition de la majorité

Titre

Liste hospitalière

Al. 1

Dans la liste hospitalière, au sens de l'article 39 alinéa 1 lettre e, figurent les établissements ou celles de leurs divisions qui correspondent à la planification établie afin de couvrir les besoins en soins et qui disposent d'un mandat de prestations. Les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi des mandats de prestations.

Al. 2

Les cantons coordonnent leurs planifications.

Al. 3

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification sur l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas

cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux, pour quelles prestations, doivent figurer sur les listes hospitalières cantonales.

Al. 4

Le Conseil fédéral édicte des principes généraux uniformes pour la planification. Il consulte au préalable les cantons.

Al. 5

Les dispositions selon les alinéas 1 et 2 s'appliquent par analogie aux établissements qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)

Biffer

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: J'aimerais m'exprimer simultanément sur les articles 39 et 39a.

En ce qui concerne la lettre d de l'article 39 alinéa 1 qui est abrogée, et la nouvelle lettre e, ces modifications correspondent à une nécessité de clarification entreprise par la commission. A la lettre e, nous ne mentionnons que la condition de figurer sur la liste hospitalière cantonale, cette liste étant définie au nouvel article 39a que nous avons introduit. La définition de la planification cantonale trouve donc son expression à l'article 39a. C'est pourquoi je tenais à traiter simultanément les deux articles.

Le premier point le plus important, c'est que les cantons doivent établir une liste hospitalière, qui est le résultat de la planification qu'ils auront établie afin de couvrir les besoins en soins de leur population. Cette planification est obligatoire et elle a des répercussions financières importantes pour le canton puisque, pour les prestations fournies dans les hôpitaux qui se trouvent sur la liste, le canton va devoir verser sa part. Si le canton n'établit pas sa liste hospitalière avec sérieux, il risque de devoir payer une somme trop importante. Il n'y a donc plus de listes A et B. Le canton ne tient donc plus qu'une seule liste qui, encore une fois, est le résultat de sa planification, et non pas l'inverse.

Les cantons doivent en outre établir un mandat de prestations pour tous les établissements qui se trouvent sur la liste hospitalière, mais bien sûr, aussi, ils peuvent le faire seulement pour une partie de l'éventail des prestations fournies dans un hôpital. Les cantons peuvent aussi assortir leur mandat de prestations de conditions portant, par exemple, sur les appareils et les installations.

A l'alinéa 4 de l'article 39a, il est précisé que le Conseil fédéral doit édicter des critères uniformes pour la planification. Il est très important que dans cette démarche nouvelle, les cantons puissent effectivement disposer de critères fédéraux pour entreprendre leur planification; c'est d'ailleurs ce qu'ils demandent eux-mêmes. Pour une raison inexplicable, une erreur s'est glissée dans le dépliant aussi bien en français qu'en allemand, car l'alinéa 4 de l'article 39a, tel qu'il est présenté dans le dépliant, parle de «principes» généraux uniformes pour la planification au lieu de parler de «critères».

La commission a adopté le terme de «critères» qui se rapporte à la planification formelle et non pas au contenu matériel de la planification. Il serait bon que le deuxième conseil se penche encore une fois sur cette question.

Les cantons sont bien sûr tenus de coordonner leur planification puisqu'ils peuvent aussi mettre des établissements d'autres cantons sur leur liste hospitalière. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée et des établissements médico-sociaux, nous avons repris le projet du Conseil fédéral sans modification.

Le deuxième point important de ces deux dispositions concerne la possibilité pour les assureurs de conclure des conventions avec des hôpitaux qui ne sont pas sur la liste hospitalière du canton. Dans ces cas-là, l'assurance-maladie de base devra verser sa contribution normale, mais le canton ne prendra rien à sa charge. Pour que cette convention soit néanmoins intéressante, il faudra bien sûr que ces hôpitaux

travaillent de manière très efficace pour être concurrentiels avec les hôpitaux qui se trouvent sur la liste et qui ont droit à la participation cantonale. En effet, conformément à l'article 49a alinéa 4 dernière phrase, les assureurs ne peuvent convenir d'une rémunération plus élevée que celle qu'ils versent aux hôpitaux qui figurent sur la liste cantonale. Dans la mesure où il s'agit essentiellement d'hôpitaux privés, notre commission a également décidé qu'il n'était pas nécessaire de garder l'injonction, dans la loi, que la planification doit inclure de manière adéquate les organismes privés. Cette dernière formulation ne pouvait de toute manière n'être que source de procès.

Je m'exprimerai sur la proposition individuelle Berset lorsque son auteur l'aura développée.

Berset Alain (S, FR): Ma proposition vise à supprimer la possibilité pour les assurances de passer des contrats avec des hôpitaux privés qui ne figurent pas sur la liste que les cantons ont l'obligation d'établir. Pour atteindre ce but, il faut effectivement biffer l'alinéa 2 de l'article 39. Les autres modifications découlent de cette proposition, il s'agit simplement de conséquences rédactionnelles au cas où l'alinéa 2 de l'article 39 serait biffé. Pour autant que je comprenne ce dossier et ses enjeux, de même que les intérêts extrêmement puissants, très forts et très divergents qui s'affrontent, il me semble que l'alinéa 2 pose plusieurs problèmes importants. D'abord, je crois qu'il y a une véritable contradiction avec l'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière sur la base de l'évaluation des besoins. La liste des hôpitaux – celle qui doit être fixée par les cantons – doit couvrir des besoins évalués, et cela signifie que les hôpitaux ou les cliniques qui ne se trouvent pas sur cette liste ne sont simplement pas nécessaires pour couvrir les besoins de la population pour ce qui concerne l'assurance de base. Le cas échéant, ils ne devraient justement pas être mis à la charge de l'assurance de base.

Je relève encore qu'avec cette possibilité, on a un peu le sentiment que toute planification cantonale devient inutile puisqu'elle peut être contournée, alors qu'une planification cantonale a justement pour but de définir quels sont les besoins de la population. Si une assurance a le droit d'ajouter un établissement à sa propre planification, elle crée en fait une offre qui dépasse les besoins effectifs de la population et qui sera quand même à charge de l'assurance obligatoire. Cela pourrait également conduire à des transferts vers des hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste, et qui auront naturellement pour conséquence de diminuer les taux d'occupation des hôpitaux qui figurent dans la planification des cantons, alors qu'on sait que pour offrir des prestations à un prix et à un niveau de sécurité adéquat, les cantons doivent pouvoir concentrer les offres sur un nombre restreint d'hôpitaux.

En fin de compte, la position de la commission permet aux assurances actives dans l'assurance de base de décider de soutenir ou non tel ou tel établissement privé. C'est une sorte de liberté donnée aux assureurs de contracter avec tel ou tel établissement privé, avec des acteurs différents: les cantons d'une part, et les assureurs d'autre part, qui auraient la possibilité d'influencer le paysage hospitalier dans un canton, avec parfois des vues et des intentions relativement différentes.

Il me semble en fin de compte qu'il faut choisir ce qui doit être mis à la charge de l'assurance de base: soit on se situe dans une logique de planification, et alors il faut donner la possibilité à ceux qui planifient – les cantons – de le faire; soit il faut renoncer à la planification et ne travailler qu'avec les hôpitaux les moins chers. Je peux admettre qu'en théorie les deux systèmes permettent de réduire les prix, mais mélanger les deux systèmes pour les mêmes prestations me paraît peu compréhensible et plutôt propre à créer des problèmes qu'à en résoudre. En tout cas, ce n'est pas propre à diminuer les prix et à contenir les coûts.

En résumé: premièrement, la planification et la libre concurrence sont des principes qui, dans ce domaine, me semblent poser des problèmes d'application si on les met ensemble; deuxièmement, l'article 39 alinéa 2 crée une offre supplé-

mentaire à la charge de l'assurance obligatoire, ce qui n'a pas été considéré par les cantons, qui ont l'obligation de faire une planification hospitalière, comme nécessaire pour la population; troisièmement, en créant cette offre supplémentaire, je ne crois pas que l'on arrive à avoir effectivement un contrôle des prix et des coûts, ce qui est pourtant nécessaire dans ce domaine.

Voilà les raisons pour lesquelles j'ai déposé cette proposition et je vous remercie d'y réserver un bon accueil.

Schwaller Urs (C, FR): Wir haben in dieser Vorlage ja Listenspitäler, d. h. Spitäler, welche auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind und für deren Leistungen der Kanton und die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu bezahlen haben. Wir haben sodann Vertragsspitäler; für deren Leistungen bezahlt der Kanton nicht, sondern nur die OKP. Wir haben drittens die übrigen Spitäler, bei welchen weder vonseiten der Kantone noch vonseiten der OKP eine Zahlungspflicht besteht.

Die Einteilung in Listenspitäler, Vertragsspitäler und übrige Spitäler bringt nebst der Grundlage für die Fallkostenpauschale – wir haben gestern davon gesprochen – ein Wettbewerbselement in die Vorlage. In der Tat werden die Versicherungen nur mit jenen auf der Planliste der Kantone nicht aufgeführten Spitälern Verträge abschliessen, welche gleiche Leistungen qualitativ gleichwertig, effizient und mindestens ebenso kostengünstig wie die Listenspitäler anbieten. Es kommt ja wohl niemandem in den Sinn, die gleiche Leistung, die in einem Listenspital angeboten wird, bei gleicher Qualität in einem Vertragsspital teurer einzukaufen. Damit wird auf die Kostenstruktur der Listenspitäler, also der Spitäler auf der Spitalliste, etwas Druck ausgeübt. Die Listenspitäler müssen sich dann den Qualitäts- und Kostenvergleich mit den blossen Vertragsspitälern gefallen lassen. Das ist zu unterstützen; das ist mein erster Punkt.

Zum Zweiten ist die Möglichkeit, nebst Listenspitälern auch noch Vertragsspitäler zu haben, auch der einzige Weg, um die Privatspitäler nicht auf kaltem Weg auszuhebeln. Die Vorlage enthält nämlich nun den Satz nicht mehr, der besagt, die Privatspitäler seien bei der Ausarbeitung der kantonalen Listenspitäler angemessen zu berücksichtigen. Ein Kanton kann also an und für sich eine Spitalliste erstellen, ohne ein einziges Privatspital aufzunehmen, wenn er genügend öffentliche Spitäler hat. Hier braucht es ein gewisses Gegengewicht, welches mit dem Institut der Vertragsspitäler geschaffen wird, ein Institut, das Kollege Berset nun aus der Vorlage kippen möchte. Die Kantone müssen in ihrer Planung bei der Bedarfsabklärung das Bestehen von Vertragsspitälern – zumeist Privatspitälern – mit einem von Kanton zu Kanton je verschiedenen Anteil berücksichtigen. In der Tat wird es in Kantonen mit vielen Privatspitälern auch entsprechend mehr Vertragsspitäler geben. Damit ist auch gewährleistet, dass die kantonale Bedarfsplanung nicht überbordet und damit vor allem nicht zu einer Mengenausweitung im Vergleich zu heute führt.

Ich lade Sie also ein, bei unserer Struktur mit Listenspitälern, Vertragsspitälern und übrigen Spitälern zu bleiben, vor allem und gerade auch im Interesse der ganzen Struktur der qualitativ guten Privatspitäler, die wir heute haben.

Heberlein Trix (RL, ZH): In Ergänzung zu den Ausführungen, die Herr Schwaller jetzt bereits gemacht hat und die auch meiner Meinung entsprechen, obwohl ich mich auch noch gewehrt habe, dass jetzt der Satz, wonach die Privatspitäler bei der Planung angemessen zu berücksichtigen seien, hinausgekippt wird, denke ich, dass mindestens – mindestens! – diese Bestimmung hier beibehalten werden muss.

Sie alle haben – und ich glaube, das haben wir auch zu wenig berücksichtigt, und das muss im Zweitrat nochmals angeschaut werden – die Bestimmung eingefügt, dass nicht mehr bezahlt werden dürfe, als dies in den anderen Spitälern der Fall sei, nämlich 40 Prozent. Dies taten Sie ausgehend von den vielleicht zu Unrecht erteilten Informationen – ich weiss es nicht – und in der Meinung, dass diese Spitäler

eben auch für die Grundversicherung zuständig sind. Es hat sich nun aber herausgestellt, dass in den verschiedenen Kantonen die Leistungen auch heute zu einem viel höheren Preis abgesehen werden, also nicht zu den von uns vorgeesehenen 40 Prozent, und dass diese Regelung, wenn wir sie so ins Gesetz aufnehmen, auch den Tod der Privatspitäler oder zumindest eine erhebliche Einbusse an Patienten zur Folge haben könnte. Der Zweitrat muss das sicher nochmals anschauen.

Die Kommissionspräsidentin hat aber gleich – und das gehört wirklich auch zusammen – die Bemerkungen zu Artikel 39a gemacht. Die Artikel 39 und 39a gehören zusammen und müssen in Ergänzung zueinander gesehen werden. Daher erlauben Sie mir vielleicht auch einige Bemerkungen zu Artikel 39a und zu den verschiedenen dort aufgeführten Absätzen.

Die rigide Spitalplanung, wie sie jetzt dort mit den Spitalisten festgehalten ist, soll eben auch propagieren, dass die Kantone wirklich ihre Aufgaben erfüllen und dass die einheitlichen Kriterien – und wir haben wirklich mit dem Wort «Kriterien» gearbeitet – dort auch festgehalten werden. Diese einheitlichen Kriterien müssen aber auch die Qualität umfassen, sie müssen die Leistungen und die Preise umfassen. Hier muss es einen gewissen Wettbewerb geben in dem Sinne, wie dies Herr Briner als Zielsetzung ganz am Anfang im Eintretensvotum angekündigt hat: dass man eben auch als Kanton Leistungen mit der besten Qualität einkaufen könnte, eben auch mit dem besten Preis, und dies muss verglichen werden können.

Wenn wir heute bereits hören, dass der Bundesrat Leistungen im Ausland einkaufen möchte – obwohl hier die gesetzliche Grundlage noch fragwürdig ist –, dann ist klar, dass wir diese gleich langen Spiesse auch für unsere inländischen Spitäler zur Verfügung stellen müssen. Spitalleistungen sind ein Markt, auch für ausländische Patienten. Wir dürfen uns nicht unnötig abschotten, und wir dürfen uns durch diese Gesetzgebung den Zugang zu Leistungen, die im Privatbereich Einnahmen bringen werden, nicht bereits jetzt unnötig verbauen.

Diese Überlegungen müssen viel besser einbezogen werden, als es jetzt der Fall ist. Die gesamtschweizerische Planung – dies zu Absatz 3, zur hochspezialisierten Medizin, wie wir sie jetzt benannt haben – braucht eben eine Konzentration, auch aus qualitativen Gründen. Nicht nur die Spezialitäten müssen allenfalls konzentriert werden, sondern auch die Qualität. Das Stichwort ist hier die Menge, die eben notwendig ist, um Leistungen unter qualitativem Gesichtspunkt gut zu erfüllen.

Vielleicht ist hier ein Ausblick auf die Hochschulpolitik angezeigt: Die Planung und Absprache kann in unserem föderativen System ja nur erfolgen, wenn sich die Hochschulen darauf einigen. Bei der Wahl der Nachfolger von Professoren an Universitätskliniken haben wir die unheilige Aufteilung zwischen Gesundheitsdirektoren und Bildungsdirektoren. Wenn ein neuer Professor gewählt wird, wird nicht darauf Rücksicht genommen, ob er hohe Investitionen verursacht, ob ein Forschungsbereich neu aufgebaut wird. Die Konzentration müsste eben auf diesen Gebieten erfolgen. Vielleicht ist das eine Zukunftsperspektive; vielleicht ist es noch weit weg, für eine Kosteneinsparung wäre es aber dringend notwendig. Einfach eine «Spezialität» zu streichen, die bereits morgen Routine ist, bringt nicht sehr viel, sondern es muss ganz klar erreicht werden, dass bei der Neuwahl von Professoren nicht innerhalb eines kurzen Zeitraums in jeder Universitätsklinik eine Kapazität für dieselbe Spezialität gewählt wird, die dann erhebliche Investitionen in Forschung, Innovation und vor allem auch im Hightech-Bereich hervorruft. Dies waren einige Bemerkungen zum Thema Spitalplanung, zum Thema hochspezialisierte Medizin.

Nun noch ein Satz zu Artikel 39a Absatz 4: Die Kriterien für die Erstellung der Listen müssen die Gleichbehandlung der Leistungserbringer beinhalten, und zwar der privaten wie der öffentlichen. Ich erwähne dies nochmals, denn die Streichung des Satzes – dies wurde uns auch vom Bundesrat mehrmals bestätigt – bedeutet nicht, dass die Privatspitäler

nicht mehr berücksichtigt werden müssen, sondern sie bedeutet, dass die Qualität und der Preis stimmen müssen und dass erst dann über die entsprechenden Infrastrukturen entschieden wird.

Schmid-Sutter Carlo (C, AI): Als Nichtkommissionsmitglied habe ich eine Frage und eine Bemerkung zu Artikel 39 Absatz 2.

1. Meine Frage bzw. meine Hoffnung auf eine Bestätigung: Ich wäre dankbar, wenn man mir bestätigen könnte, dass die neugeschaffene Figur der sogenannten Vertragsspitäler für die Kantone keinerlei finanzielle Konsequenzen hat. Ich wäre dankbar, wenn man mir das hier ausdrücklich bestätigen könnte.

2. Frau Heberlein hat etwas gesagt, was mich doch aufschreckt hat: Wir sind in den Kantonen im Moment in einer Vernehmlassungsphase, wobei uns der Bundesrat vorschlägt, Pilotphasen für den Einkauf bestimmter Leistungen im Ausland zu gestatten – Stichwort Lörrach. Ich wäre dankbar, wenn der Bundesrat bei Artikel 39a – bei den Spitallisten – einmal sagen könnte, wohin die Reise geht. Denn wenn hier der Bundesrat, gestützt auf Artikel 34 KVG, die Pforten weit auf tut – und er kann das, das liegt in seiner Kompetenz –, dann hat das natürlich Investitionskonsequenzen und Konsequenzen für die Politik der Beschreibung der Spitallisten; diese Konsequenzen wären sehr weitreichend.

Wenn wir über Artikel 39 beschliessen, wäre ich dankbar, wenn wir auch wüssten, wohin die Reise in Bezug auf den Einkauf von Leistungen im Ausland geht.

Brändli Christoffel (V, GR): Doch noch zwei, drei Ausführungen zu diesem Konzept, das wir in der Kommission gewählt haben. Zur heutigen Situation: Heute gibt es Kantone, die zu wenige Spitäler mitfinanzieren. Das heisst, man muss dann über die OKP auch Verträge mit Privatspitälern abschliessen und zahlt teilweise weit über diese 40 Prozent, von denen wir jetzt sprechen. Wir lösen das Problem, indem wir sagen: Die Kantone sollen verpflichtet werden, eine Liste der Spitäler zu erstellen, welche die Versorgung sicherstellen. Gegenüber diesen Spitalern muss man Leistungen erbringen; und den anderen Spitalern, mit denen heute teilweise Verträge bestehen, darf man nur noch so viel bezahlen wie den Versorgungsspitalern. Die damit verbundenen Effekte hat Herr Schwaller vorhin dargelegt.

Jetzt muss man, wenn man diese Frage diskutiert, auch sehen: Das Gesundheitswesen Schweiz ist nicht nur da, um die Versorgung der einheimischen Bevölkerung sicherzustellen, sondern das Gesundheitswesen Schweiz ist auch ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor. Ich persönlich bin der Meinung, dass wir alles Interesse daran haben, wenn sich in der Schweiz ein Gesundheitsmarkt entwickelt, der auch international Leistungen anbietet. Wir können damit Wertschöpfung in unserem Land generieren, wir können damit in unserem Land Arbeitsplätze schaffen, wir können damit in unserem Land medizinische Qualität konzentrieren, von der dann auch die einheimische Bevölkerung profitiert. Wir sollten jetzt, wenn wir das KVG revidieren, keine Regelungen treffen, welche durch die Rahmenbedingungen die Entwicklung dieses Gesundheitsmarktes erschweren, sondern wir sollten Rahmenbedingungen schaffen, die diese Entwicklung eben nicht behindern. Es wird auch so sein, dass die Kantone mit qualitativ so hochstehenden Spitalern, die vielleicht ausserhalb der Liste sind, teilweise Einzelleistungsaufträge für gewisse Spezialitäten abschliessen. Und diese Flexibilität hier ist, glaube ich, auch im Interesse der Gesamtbevölkerung. Es wird so sein, Herr Kollege Schmid: Wenn man viele Verträge abschliesst, dann müssen die Kantone weniger in die Liste für die Restversorgung aufnehmen, müssen sogar weniger bezahlen als jetzt. Aber das ist eine theoretische Annahme. Im Endeffekt hat diese Bestimmung für die Kantone keine Konsequenzen.

Also, ich glaube, das Konzept, wie wir es jetzt entwickelt haben, ist ausgewogen, es ist vernünftig; und ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je crois que mes collègues ont répondu et défendu la proposition de la majorité. Pour moi, il n'y a pas tellement de raisons de la rejeter, dans la mesure où l'on ne risque rien puisque ces conventions ne peuvent être conclues qu'avec des hôpitaux ou des divisions d'hôpitaux où le coût est si bas qu'il est comparable à ce qu'offre un hôpital avec la participation cantonale. Donc, dans ce cas-là, il n'y a bien sûr pas de participation cantonale pour les hôpitaux dit-contractuels. Il faudra alors que les hôpitaux travaillent vraiment de manière très efficace pour arriver à un prix intéressant. Je pense que ce seront plutôt des domaines très spécifiques qui seront concernés et on ne risque pas d'avoir une augmentation des coûts de manière générale, ni une augmentation des coûts à la charge des assurés, dans la mesure où, justement, ces hôpitaux devront travailler d'une manière très efficace.

Donc, la seule question qui se pose – je l'avais d'ailleurs aussi posée en commission, mais là, je laisse le soin à Monsieur le conseiller fédéral de répondre –, c'est: qu'en est-il avec les hôpitaux à l'étranger? En effet, la question peut aussi se poser à l'alinéa 2. Mais sinon, la proposition Berset évoque des craintes qu'il n'y a pas lieu d'avoir, parce que cela ne peut pas se passer d'une manière qui serait contraire aux intérêts des assurés.

En ce sens-là, je vous prie aussi, au nom de la commission, de rejeter la proposition Berset, bien que nous n'ayons pas discuté spécifiquement ce point-là dans la commission.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je m'exprime tout d'abord sur cette fameuse question des prestations à l'étranger, que vient d'évoquer Madame Brunner et qu'a évoquée aussi Madame Heberlein.

La loi actuellement en vigueur prévoit le principe de la territorialité, c'est-à-dire que l'on ne peut pas payer des prestations d'assurance-maladie obligatoire à l'étranger qui ne sont pas justifiées. Il est clair que pour une urgence à l'étranger, on paie aussi: le principe de territorialité ne signifie pas qu'on laissera mourir un patient en Amérique du Sud sous prétexte que sa crise cardiaque doit être soignée en Suisse; il recevra les soins appropriés en Amérique du Sud et tout sera fait pour le sauver aux frais de l'assurance suisse. Mais enfin, le principe est que, sauf cas d'urgence, l'argent de l'assurance-maladie obligatoire doit être utilisé en Suisse.

Il y a maintenant ce petit essai pilote dans la zone bâloise, qui teste des possibilités de collaboration. Simplement, la réalité de la vie impose de trouver parfois des solutions dans des régions comme Genève, Bâle et d'autres, où la cohabitation ne permet vraiment plus de distinguer de manière absolument précise, au millimètre près, ce qui est prestation suisse, allemande ou française dans la région de Bâle, et ce qui est prestation française ou suisse dans la région genevoise. Le principe demeure toutefois et la loi exige qu'on en reste au principe de territorialité. Si, par hasard, les expériences faites à Bâle montraient qu'il faut élargir le principe de territorialité, alors on vous présenterait une proposition, il y aurait un débat, et vous l'accepteriez ou non.

Je partage par ailleurs ce qui a été dit par Monsieur Brändli sur l'importance du système de santé comme place de travail et place économique en Suisse. Je suis de plus en plus convaincu que dans les années qui viennent, ce qu'on peut appeler l'industrie de la santé sera une branche dominante de l'économie moderne mondiale. Après les TIC, comme on dit, les technologies de l'information et de la communication, vient la vague de l'industrie de la santé. Et là, il y a une compétition internationale. On est très bien placés pour aborder cette compétition internationale avec succès: on a une des meilleures, sinon la meilleure industrie pharmaceutique du monde. On a l'une des meilleures, sinon la meilleure industrie de la technique médicale. Pensez à la fabrication des prothèses pour les hanches, à des éléments de prothèses cardiaques. Il y a toute une série d'industries qui se développent sur le «tissu» de la tradition de la mécanique fine qui existe en Suisse.

On a aussi une tradition de tourisme et de services, une sécurité, un système juridique sûr. Or quand on parle de la

santé, un système juridique sûr est quelque chose d'important; en effet, s'il y a un pépin, je préfère avoir à engager une procédure devant un tribunal suisse plutôt que devant un tribunal de tel ou tel pays qui, aujourd'hui, commence à offrir des avantages en matière de traitement médical, comme cela se fait dans des régions plus exotiques. Donc, on a véritablement les chances de base.

Dans ce contexte, on a un problème à résoudre, qui est celui du coût de l'assurance-maladie. Il faut d'une part ne tuer aucune chance d'offrir des emplois, de la qualité, mais d'autre part essayer de juguler la hausse. Personne ne prétend qu'on arrivera à faire baisser les coûts de l'assurance-maladie, mais on prétend au moins freiner la hausse, suivant l'ambition qui avait été celle des législateurs de 1994, de cette période où l'on espérait que les coûts de l'assurance-maladie dépasseraient de 2 pour cent environ l'augmentation du coût de la vie. Il faut essayer de revenir le plus près possible de cette ambition initiale.

C'est une des raisons pour lesquelles, Monsieur Berset, on ne peut pas exclure et dire de manière «digitale»: «C'est la planification ou c'est le marché libre.» Il faut à la fois de la planification, parce que c'est probablement un instrument qui permet de juguler un certain nombre de coûts, et un marché libre, parce que c'est quelque chose qui permet de développer des initiatives et d'être créatif, et qui exerce aussi une certaine pression sur la planification si elle a été faite de manière complaisante ou inefficace.

La planification – Monsieur Schwaller et un autre intervenant l'ont dit – n'est pas encore une science totalement exacte; il y a un élément d'appréciation, ne serait-ce que parce que la planification vise à répondre à des besoins futurs. Or, dès l'instant où l'on vise à répondre à des besoins futurs, il y a toujours un élément d'appréciation. Il faut alors bénir le ciel si, à côté de ce qui relève de la planification, il y a des gens qui ont pris un certain nombre de risques, dans leur intérêt aussi, et qui, le cas échéant, si cette planification n'a pas été assez «généreuse», peuvent aider à répondre à certains besoins.

Il faut aussi envisager le cas extrême, qui a été presque évoqué par Madame Brunner, où des techniques médicales, par exemple, évoluent beaucoup plus rapidement que ce qu'on pensait: tout d'un coup, pour la même opération, le prix DRG, à la suite d'un progrès technique, a baissé tellement rapidement que quelqu'un peut proposer un contrat à meilleur marché et accepter de n'avoir que la part de l'assurance obligatoire des soins et renoncer à la part cantonale. Ce sera un signal d'alarme pour les planificateurs cantonaux et les responsables DRG diront: «Halte! Si quelqu'un est capable de le faire à ce prix-là, c'est que probablement notre prix DRG ne correspond plus à l'évolution de la technique.»

Donc, cet élément complémentaire a non seulement un aspect positif sous l'angle de la planification, car il permet d'être un petit peu plus strict – c'est dans l'intérêt des cantons, tout en répondant aux besoins –, mais il peut avoir l'effet d'un thermomètre à certains moments en indiquant: «Attention! On est en train d'oublier que les techniques ont évolué, que telle ou telle opération peut se faire de manière beaucoup plus favorable. Preuve en est que, tout d'un coup, plusieurs privés sont en train de passer des contrats avec des assurances en se contentant de la seule participation de l'assurance obligatoire des soins. Il faut vite abaisser nos tarifs, sinon cela ne va pas être possible de continuer.»

Ce seront des exceptions lorsqu'il y aura une faiblesse dans le système de planification. Ce sera vraiment rare, parce que s'il n'y a pas la part des cantons – cette part est de 60 ou de 55 pour cent –, cela signifie que quelqu'un est d'accord d'accomplir le même acte médical pour 55 pour cent ou pour 60 pour cent de moins que dans les hôpitaux figurant dans la liste hospitalière.

Monsieur Berset, Madame Lüthi, conseillère d'Etat fribourgeoise, m'a dit une fois lors d'un repas sympathique: «C'est de la concurrence déloyale!» J'ai répondu que si mettre en compétition des gens qui reçoivent 100 francs avec d'autres qui en touchent 40 pour la même opération et qu'il faut protéger ceux qui reçoivent 100 francs contre ceux qui sont ca-

pables de faire la même opération pour 40 francs, c'est de la concurrence déloyale, alors la notion de déloyauté devient une notion totalement politique et plus du tout économique – alors que c'est plus simplement le bon sens qui doit l'emporter.

Il faut accepter cette modification. Je le répète, Monsieur Schmid: le but est justement que les cantons ne paient en aucun cas plus; ils ne paieront pas leur part – ce sera 60 pour cent ou, si on change un peu, 55 pour cent, mais enfin, pour l'instant, on prévoit 60 pour cent.

Ensuite, en vertu du principe de territorialité, pour l'instant – et la loi est ainsi faite et on n'a pas le droit de la violer –, on n'a pas le droit de payer des prestations à l'étranger, sauf pour les cas d'urgence, ou peut-être dans le cas de quelques péchés commis par Helsana ou dans le cas d'un projet pilote qui sera extrêmement prudent. Parce que, naturellement, on ne va pas violer la loi, mais il ne faut pas non plus être obsédé par le péché. Il faut de temps en temps accepter quelques légères infractions.

Schmid-Sutter Carlo (C, AI): Ich danke dem Herrn Bundesrat für die Beantwortung meiner ersten Frage in völliger Klarheit. Da bin ich sehr befriedigt.

Bei der zweiten Frage muss ich Ihnen allerdings sagen, dass ich nicht befriedigt bin, aber das ist im Rahmen dieser Debatte auch nicht unbedingt notwendig. Aber wir müssen hier aufpassen. Herr Bundesrat, das wissen Sie besser als ich: Artikel 34 gibt Ihnen als Bundesrat natürlich einen Handlungsspielraum. Sie können medizinisch begründete Behandlungen im Ausland zulassen. Das ist eine Frage der Zeit, der Entwicklung, was Sie als medizinisch begründet anschauen, so, wie Sie jetzt argumentieren. Vor vier oder fünf Jahren haben Sie dem Kanton Thurgau schlicht verboten, im Ausland Leistungen einzukaufen. Jetzt begehen Sie diese – wie Sie sagen – lässlichen Sünden mit der Helsana. Ich weiss nicht, ob das einen bestimmten Hintergrund hat. Sie tun dies mit dem Kanton Basel-Stadt, mit Lörrach usw. Wenn das so weitergeht, dann müssen wir uns zwei Fragen stellen: Was machen wir mit unseren Investitionen? Wir bleiben dann auf unseren Investitionen hocken. Was machen wir mit unseren teuren Betrieben? Dann sind Vertreter von Ihrer Seite die Ersten, die sagen: Wir haben Gesamtarbeitsverträge. Aber die Leistungen im Ausland sind erheblich billiger. Das kann nicht aufgehen. Wir müssen Betriebs- und Investitionssicherheit haben, und das muss eines Tages ganz klar auf den Tisch kommen: Was ist unsere Zukunft in dieser ganzen Geschichte? Hier geht es um Milliarden von Franken!

David Eugen (C, SG): Ich möchte mich kurz melden, weil Herr Schmid ein Problem angesprochen hat, das tatsächlich auch die Helsana betrifft. Die Helsana zahlt die Rechnungen für OKP-Versicherte, die sich im Ausland behandeln lassen. Warum? Weil die Bilateralen bestehen, die haben wir hier beschlossen. Die bilateralen Verträge erlauben jedem Schweizer, sich im Ausland behandeln zu lassen und mit Zustimmung der Krankenversicherung dann die Rechnung einzureichen. Das ist so, damit muss man einfach leben, das sind die bilateralen Verträge; das gilt sicher nur für jene Staaten, die dort eingeschlossen sind.

Das Zürcher Sozialversicherungsgericht hat einen solchen Entscheid gefällt, und der Entscheid ist dann vom Kanton Zürich leider nicht an das Bundesgericht weitergezogen worden. Ich hätte das gern gesehen, damit das Bundesgericht das Verhältnis des Landesrechtes zum bilateralen Recht in dieser Frage genau hätte klären können. Leider ist das nicht gemacht worden. Ich hoffe immer noch, dass wir eine letztinstanzliche Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes zu dieser Frage erhalten, und ich möchte durchaus auch den Bundesrat auffordern, wenn er mit dieser Gerichtspraxis nicht einverstanden ist, diese Gerichtspraxis auch vor das oberste Gericht zu bringen.

Jetzt ist einfach ein Urteil da, welches die Sache im Kanton Zürich für konkrete Fälle erlaubt. Diese Fälle sind rechtskräftig entschieden und nicht weitergezogen worden. Von mir

aus gesehen ist die Rechtslage aufgrund der Bilateralen an sich klar, und zwar in dem Umfang, dass man sich als Einzelner mit Zustimmung des Versicherers aus medizinischen Gründen irgendwo in Europa behandeln lassen kann.

Bürgi Hermann (V, TG): Ich erinnere Sie daran, dass ich genau zu dieser Frage eine Interpellation eingereicht habe. Es ging darum, ob das Territorialitätsprinzip ausgehebelt werde. Die Äusserungen von Herrn David veranlassen mich, das Wort zu ergreifen. Ich bin überhaupt nicht der Auffassung, dass die Rechtslage klar sei. Ich habe Frau Präsidentin Forster darauf hingewiesen, dass diese Frage in der SGK geklärt werden muss. Wenn hier eine Öffnung stattfinden muss, dann muss dies im innerstaatlichen Recht diskutiert und geändert werden. Es geht nicht an, dass dieses Prinzip auf kaltem Wege ausgehebelt wird. Man kann darüber diskutieren, aber das ist eine politische Frage, eine Frage, die der Gesetzgeber zu entscheiden hat. Das kann man nicht einfach kalt so machen.

Was Herr Schmid gesagt hat, das unterstütze ich voll und ganz. Denn wenn dem so wäre, dann hätte das klar zur Folge, dass die Spitalplanungen, zu denen die Kantone verpflichtet sind und für die sie auch entsprechende Mittel aufwenden, ausgehebelt würden. Im Hinblick auf eine Planungssicherheit für die Grundversorgung und auch für andere Dinge kann es nicht angehen, dass man gleichsam schleichend über diese Problematik hinweggeht. Ich bitte die SGK erneut dringend, sich dieser Frage anzunehmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Tout d'abord, je dois dire qu'à mon avis, la proposition Berset ne concerne pas ces cas. Elle concerne les hôpitaux en Suisse – il faut que cela soit clair.

Ensuite, je ne partage pas le point de vue de Monsieur David. Je ne suis pas en mesure de vous faire maintenant un exposé juridique sur ces problèmes, mais le souvenir des discussions que nous avons eues avec les spécialistes juridiques de mon département me rappelle que ce n'est pas le cas. Les accords bilatéraux conclus avec l'Union européenne ne permettent pas à Helsana de passer des contrats de ce type.

C'est pour cela que j'ai parlé d'un péché; et de temps en temps, il est bon que le pécheur se reconnaisse pécheur et ne cherche pas à argumenter en disant qu'il n'a pas commis de péché. On peut lui pardonner, mais s'il commence à dire qu'il avait raison de le faire, cela devient beaucoup plus délicat et on risque alors de devoir être très sévère et de dire: «Non, vous n'avez pas raison.»

Par contre, si de temps en temps quelqu'un fait une erreur et dit: «J'ai fait une erreur, je ne la renouvellerai pas trop souvent», mon expérience me permet de dire: «A tout péché miséricorde!» On laisse aller une fois ou l'autre, mais à la fin c'est quand même un péché! Si vous voulez une discussion juridique, alors il y en aura une et ce sera oui ou non et ce sera une décision «digitale», on pourra alors tout refuser.

Enfin, n'essayons pas d'en faire une discussion juridique. Par conséquent, ne multiplions pas ces cas. Parce qu'en même temps, Monsieur Bürgi, on acquiert quelques expériences, de temps en temps, en mettant le pied à l'extérieur, et c'est quand même quelque chose de positif, mais cela ne doit pas être donné comme quelque chose de juste. Je crois que c'est faux, que c'est contraire au principe juridique de territorialité, et que si on doit en faire une affaire juridique, on le fera. Ce sera oui ou non, et ce sera dommage parce que la vie est plus compliquée qu'une simple décision «digitale».

Abstimmung – Vote

Für den neuen Antrag der Mehrheit 33 Stimmen

Für den Antrag Berset 6 Stimmen

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Bei Artikel 39a Absatz 4 ist gemäss den Ausführungen von Frau Brunner der Begriff

«Grundsätze» durch den Begriff «Kriterien» zu ersetzen; dies zuhanden der Materialien.

Der Antrag der Minderheit zu den Artikeln 39 und 39a entfällt aufgrund des Konzeptentscheides.

Art. 41

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.

Abs. 1bis

Die Versicherten können für die stationäre Behandlung unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind (Listenspital) oder mit denen ihr Versicherer einen Vertrag nach Artikel 39 Absatz 2 abgeschlossen hat (Vertragsspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital anteilmässig die Vergütung nach Artikel 49a. In einem Vertragsspital entfällt der Anteil des Wohnkantons, und der Versicherer übernimmt die vertraglich vereinbarte Vergütung.

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Beansprucht die versicherte Person für die stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen einen nicht in ihrem Wahlrecht stehenden Leistungserbringer, so übernehmen der Versicherer und der Kanton anteilmässig die Vergütung nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalles ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Aufheben

Antrag Leuenberger-Solothurn

Abs. 3

.... aus medizinischen Gründen einen ausserkantonalen Leistungserbringer, der auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, so übernehmen der Versicherer

Antrag Berset

Abs. 1bis

Den letzten Satz streichen

Art. 41

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1

En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.

Al. 1bis

En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie, figurant sur la liste hospitalière de son canton de résidence (hôpital figurant sur la liste), ou ceux avec lesquels son assureur a conclu une convention au sens de l'article 39 alinéa 2 (hôpital conventionné). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur la liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a. Dans le cas d'un hôpital conventionné, la part du canton de résidence tombe et l'assureur prend en charge la rémunération convenue contractuellement.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un fournisseur de prestations qu'il ne peut librement choisir, l'assureur et le canton prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)**Al. 1, 2**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Abroger

Proposition Leuenberger-Solothurn**Al. 3**

.... l'assuré recourt à un fournisseur de prestations extracantonales, qui figure sur la liste hospitalière du canton de résidence, l'assureur et le canton

Proposition Berset**Al. 1bis**

Biffer la dernière phrase

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: A l'article 41, nous avons dû dissocier l'alinéa 1 du droit en vigueur en deux alinéas distincts, l'un s'appliquant au traitement ambulatoire – qui reste inchangé – et l'autre au traitement hospitalier, afin de rendre le texte compréhensible.

C'est à l'alinéa 1bis de l'article 41 que figure la différence de traitement financier entre les hôpitaux figurant dans la liste (Listenspitäler) et les hôpitaux conventionnés (Vertragsspitaler). Dans un hôpital figurant dans la liste, le canton doit prendre en charge sa part de rémunération; dans un hôpital conventionné, le canton ne doit rien, et seul l'assureur prend en charge le paiement de la prestation au tarif dont il a convenu avec l'hôpital – avec, toutefois, la restriction que nous venons de voir de l'article 49a alinéa 4. L'assuré n'a le choix qu'entre ces deux sortes d'établissements hospitaliers s'il veut toucher des prestations de son assurance de base.

A l'article 41 alinéa 3, il faut tout d'abord combler un oubli rédactionnel qui s'est répercuté aussi bien en français qu'en allemand: c'est, bien sûr, le canton de résidence (Wohnkanton) qui prend en charge sa part de rémunération si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un fournisseur qu'il ne peut pas librement choisir. Ce sont seulement des raisons médicales qui peuvent amener l'assuré à recourir à un fournisseur de prestations qui ne soit pas un hôpital figurant sur la liste ou un hôpital conventionné dans son canton. Il a toujours besoin d'une autorisation du canton de résidence, sauf s'il s'agit d'un cas d'urgence.

Si vous me permettez de répondre déjà à la proposition Leuenberger-Solothurn, il faut rappeler qu'indépendamment du cas d'urgence, le canton de résidence doit toujours donner son autorisation. Il peut donc sans autre restreindre la délivrance de son autorisation aux hôpitaux qui figurent dans sa liste. Il peut le faire; mais, puisqu'il s'agit d'une compétence cantonale, je ne vois pas de raison d'imposer la manière de voir de la proposition Leuenberger-Solothurn à l'ensemble des cantons et de restreindre ainsi leur liberté.

C'est pourquoi je considère que nous devrions rejeter la proposition Leuenberger-Solothurn.

Leuenberger Ernst (S, SO): Zwei Vorbemerkungen: Erster Punkt: Ich habe in der ersten Runde dieser Beratung hier drin dafür plädiert, dass unsere Kommission und die Gesundheitsdirektorenkonferenz sich um Konsenssuche bemühen. Zweiter Punkt: Die Solothurner Regierung hat an der kürzlich erfolgten Aussprache ihre Ständeräte gebeten, bei diesem Absatz 3 mindestens eine interpretative Klärung herbeizuführen. Nachdem die Hälfte der Landesvertretung mit Präsidialaufgaben befasst ist, muss die andere Hälfte hier notgedrungen in die Bresche springen.

Ich würde es übrigens gut finden, wenn man bei all den Vorschlägen, die da gemacht werden, immer auch die «Tanksäule» nennen würde, bei der man getankt hat. Meine «Tanksäulen» sind also die Regierung des Kantons Solothurn und die Gesundheitsdirektorenkonferenz.

Sie beachten, dass es überhaupt nicht um Notfälle geht. Es wäre fatal, wenn angenommen würde, ich wollte bei den Notfällen, die ja in beiden Anträgen identisch geregelt sind, eine Änderung herbeiführen. Aber es drängen sich offenbar Klärungen auf. Ich zitiere Ihnen einmal die Begründung, die die Gesundheitsdirektorenkonferenz für diesen Präzisierungswunsch gegeben hat, und den Formulierungsvorschlag, der aus der Küche der Gesundheitsdirektoren stammt und den ich dann zu meinem Antrag gemacht habe: «Die Kantone legen Wert darauf, dass für die Wahl- und medizinisch indizierte ausserkantonale Behandlung dieselben Bestimmungen gelten wie heute. Der Wohnkanton deckt nur bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlungen ergänzend zur OKP die kostendeckenden Tarife. Deshalb ist in Artikel 41 Absatz 3 zu präzisieren, dass das Wahlrecht mit finanzieller Beteiligung des Wohnkantons auf Spitäler auf dessen Liste beschränkt ist.» Das ist genau der Antrag, wie er hier vorliegt: eine Beschränkung auf Leistungserbringer, die auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren.

Die Solothurner Regierung ist in einem Regierungsratsbeschluss in der gleichen Sache noch um einiges deutlicher geworden. Sie schreibt: «Es braucht eine neue Formulierung, aus welcher eindeutig hervorgeht, dass die Kantone keine Spitalbehandlungen in ausserkantonalen Spitälern mitfinanzieren, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons des betreffenden Patienten aufgeführt sind.» Dann kommt der Hammer, da wird man deutlich – Solothurner reden normalerweise deutlich –: «Der Kanton Solothurn ist nicht bereit, mit Steuergeldern ausserkantonale Privatspitäler mitzufinanzieren.» Das steht in einem Regierungsratsbeschluss vom 28. Februar 2006. Das hat mich bewogen, hier diesen Antrag zu unterbreiten.

Man hat mir gesagt, es liesse sich die Frage ja allenfalls auf dem Interpretationsweg regeln. Wenn ich nämlich die Fahne zur Hand nehme und sehe, welchen Text der Bundesrat hier ursprünglich vorgeschlagen hat, dann anschau, was die Kommission daraus gemacht hat, und jetzt schau, was die Kantone vorschlagen, so habe ich den Eindruck, dass der Kantonsvorschlag, der GDK-Vorschlag von heute, relativ nahe bei dem liegt, was der Bundesrat ursprünglich vorgeschlagen hat. Man hat mir vonseiten meiner Gesprächspartner gesagt, unter Umständen böte die Fassung der Kommissionmehrheit nicht nur zusätzliche, nichtgewollte Lasten für die Kantone, sondern es könnte sich hier auch eine Tür für eine nichtbeabsichtigte Mengenausweitung öffnen. Ich vermag nicht zu beurteilen, ob diese Befürchtung zutrifft oder nicht; ich rapportiere sie hier einfach.

Einige Olympier aus der Kommission haben mir gestern gesagt: Möglicherweise wäre die Interpretation, die die Kantone mit dem Text möchten, den ich Ihnen jetzt als Antrag unterbreite, auch auf interpretativem Weg herbeizuführen. Solange das nicht geschehen ist, unterbreite ich Ihnen mal meinen Antrag, der meines Erachtens und aus der Sicht der GDK und des Kantons Solothurn Klarheit schaffen könnte.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich habe für die Zielrichtung des Antrages Leuenberger-Solothurn sehr grosse Sympathie und finde ihn richtig, obwohl ich den Wortlaut «ausserkantonale Leistungserbringer» nur halbwegs verstehe. Weshalb? Meines Erachtens haben alle Leistungserbringer, die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind, Anspruch auf die Mitfinanzierung durch den Kanton – das ist ja das System –, alle, ob sie nun im Kanton oder ausserhalb des Kantons liegen. Nachgerade, nach der letzten Diskussion, die wir dazu geführt haben, bin ich mir nicht mehr sicher in Bezug auf das Ausland. Ich hoffe gerne, dass hier die Klärung noch kommt, bevor die Kantone bei dieser Riesenübung zu neuer Planung verknurrt werden. Da muss man Klarheit schaffen, sonst können sie nicht planen; das ein Nebengedanke. Es wäre schön gewesen, sage ich noch, wir hätten die letzte

Diskussion vor der Grundsatzabstimmung geführt. Hier haben Sie einen Anspruch. Folglich wäre der Satz, den Sie noch einbringen möchten, an sich gar nicht notwendig. Es kommt aber die andere Frage dazu: Haben – und dahin geht ja Ihr Votum – die Versicherten auch Anspruch auf die Mitfinanzierung durch den Kanton, wenn sie ausserkantonale in ein sogenanntes Vertragsspital gehen? Dort, meine ich, ist die Sache klar: Sie haben ihn nicht. Das ergibt sich meines Erachtens klar aus der Interpretation, welche auf die Frage von Herrn Kollege Schmid zu Artikel 39 Absatz 2 hin Herr Bundesrat Couchepin gegeben hat: dass nämlich die Kantone hier nichts mitzahlen. Ich gehe davon aus, dass das auch hier für diesen Absatz, für diese Regelung, gilt. Wenn dem nicht so sein sollte, möchte ich das heute von Herrn Bundesrat Couchepin gerne hören.

Schwaller Urs (C, FR): Mir scheint an und für sich die Ausgangslage klar zu sein. Nach meinem Verständnis und nach meiner Lesart – ich bin überzeugt, es ist nicht nur die meiste – bezahlt der Kanton nur, wenn die Behandlung in einem Spital erfolgt, welches auf der Liste des Kantons ist. Bei Spitälern, die nicht auf der Spitalliste sind, ob innerhalb oder ausserhalb des Kantons, hat der Kanton nur zu bezahlen, wenn eine Bewilligung für die Behandlung vorliegt oder wenn es sich um einen Notfall handelt. In allen übrigen Fällen hat er nichts zu bezahlen. Insofern scheint es mir klar zu sein; es ist auch das, was ich gestern Kollege Leuenberger gesagt habe.

Mir scheint, seine Präzisierung sei nicht notwendig. Die Ausgangslage ist klar, und man kann das nachher auch den Materialien entnehmen.

David Eugen (C, SG): Herr Schwaller hat jetzt ausgeführt, dass grundsätzlich der Regelfall gilt. Der Regelfall ist der, dass nur Listenspitäler aufgesucht werden können – sonst zahlt der Kanton nichts. Dann gibt es den Ausnahmefall, von dem sprechen wir jetzt: Wenn die Therapie aus medizinischen Gründen nicht in einem Listenspital durchgeführt werden kann, dann kann ein ausser- oder innerkantonales Spital benutzt werden, das nicht auf der Liste ist. Aber lesen Sie bitte den Satz, der hier in Absatz 3 steht; ich glaube, deutlicher kann man es nicht formulieren: «Mit Ausnahme des Notfalles ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.»

Das heisst, in jedem einzelnen Fall, in dem jemand aus medizinischen Gründen in ein Spital gehen möchte, das nicht auf der Liste ist, muss der Kantonsarzt in einem Brief schreiben, das sei okay. Sonst geht es nicht. Mehr Kontrolle kann man nicht verlangen. Ich glaube, dass dies sogar eine sehr weitgehende Einschränkung der Wahlfreiheit der Kantoneinwohner ist. Aber wir haben es so gemacht, um den Kantonen wirklich volle Kontrolle über diese Fälle zu geben. Ich glaube, dem Bedürfnis von Kollege Leuenberger ist mit der Formulierung «ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig» vollumfänglich Rechnung getragen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Ich kann nach dem Votum von Herrn David auf mein Votum eigentlich verzichten. Er hat noch einmal klar darauf hingewiesen: Es müssen medizinische Gründe vorliegen, und der Wohnkanton muss seine Bewilligung geben.

Damit, glaube ich, Herr Leuenberger, ist Ihrem Anliegen Genüge getan. Es ist so interpretiert – es steht in den Materialien –, und alle wissen, was wir wollen. Die Kantone sollten auch mit dem leben können.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Si un hôpital à l'extérieur du canton figure dans la liste hospitalière du canton de résidence, on peut y aller sans autre: il n'y a pas besoin d'une autorisation. Si un canton n'a pas les moyens de fournir certaines prestations absolument nécessaires sur son territoire et qu'il a décidé, probablement en accord avec le canton voisin ou avec l'hôpital situé dans le canton voisin, d'inscrire ledit canton dans sa liste hospitalière, il n'y a pas besoin d'une autorisation. S'il est dans la liste, il recevra à la

fois le montant de l'assurance obligatoire des soins plus la part du canton.

Le problème se pose si un hôpital n'est pas inscrit dans la liste hospitalière. S'il ne l'est pas, le cas d'urgence étant réservé, il y a le cas médical. Par exemple un cas de transplantation: il pourrait arriver que le canton du Valais ait oublié de mettre dans sa liste hospitalière un hôpital qui pratique la transplantation du foie de vivant à vivant. Si une opération de ce type est nécessaire, à ce moment-là avec l'autorisation du canton de résidence, comme l'a dit Monsieur David, on peut recourir aux soins d'un hôpital qui n'est pas dans la liste hospitalière.

Je ne vois pas, Monsieur Leuenberger, le danger qu'il y a. Par contre, si votre proposition est adoptée, on ne comprend plus très bien ce qu'il en est: si un hôpital est dans la liste hospitalière, on peut y aller sans autre; vous engendrez une certaine confusion avec votre solution.

Vous avez eu un mot aimable à l'égard du Conseil fédéral, que vous avez soupçonné d'avoir une solution encore plus raisonnable que la vôtre. Il faut admettre que la solution du Conseil fédéral ne doit plus être retenue parce que le système a été partiellement modifié du fait de l'adoption des alinéas 1 et 1bis de l'article 41 dans la version de la majorité. La solution du Conseil fédéral avait une certaine logique dans le système qu'il préconisait.

Dès l'instant où votre conseil en a choisi un autre, c'est la logique de la majorité de la commission qui me paraît la meilleure.

Leuenberger Ernst (S, SO): Angesichts dieser Erklärungen, die hier feierlich abgegeben worden sind, darf ich Ihnen im Namen der ungeteilten Solothurner Standesstimme mitteilen, dass dieser Antrag zurückgezogen wird. Ich stelle einfach fest, dass die Interpretation, die meinem Antrag zugrunde lag, offenbar auch die Interpretation des Bundesrates sowie der massgebenden Kommissions-Olympier ist. Damit kann ich auf meinen Antrag verzichten.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Der Antrag Leuenberger-Solothurn zu Absatz 3 ist zurückgezogen worden. Der Antrag der Minderheit entfällt aufgrund des Konzeptentscheides. Der Antrag Berset entfällt nach der Abstimmung zu Artikel 39.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 42

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 2

.... schuldet (System des «tiers payant»). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.

Abs. 3

.... gegangen ist. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Unverändert

Art. 42

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 2

.... rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'alinéa 1, est le débiteur de sa part de rémunération.

Al. 3

.... à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste de la part du canton et de celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral

Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)
Inchangé

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'article 42 alinéa 1 de la loi actuelle prescrit comme principe premier le système du tiers garant, c'est-à-dire qu'il appartient à l'assuré de payer ses factures et l'assurance lui verse ensuite sa contribution. L'article 42 alinéa 2 prévoit des exceptions en faveur du système du tiers payant, c'est-à-dire que l'assurance paie directement le fournisseur de prestations.

La commission a estimé que, dans la mesure où le canton verse directement sa part de prestations à l'hôpital, l'assuré ne pourrait pas comprendre pourquoi il ne verse qu'une partie de sa facture. C'est pourquoi nous avons décidé qu'en cas de traitement hospitalier, il convient de toujours appliquer le système du tiers payant, ceci d'autant plus qu'en cas d'hospitalisation, il s'agit souvent de sommes importantes et qu'il arrive que les assurés utilisent cet argent à d'autres fins, avec ensuite des poursuites et une éventuelle intervention de l'assistance du canton ou de la commune. De nombreux cantons ont d'ailleurs déjà introduit le système du tiers payant pour les prestations hospitalières.

Cependant, le système du tiers payant ne doit entamer en rien le secret médical, ni le droit des patients. Il doit donc respecter la protection des données, c'est-à-dire qu'on ne change rien à ce qui est déjà fait dans certains endroits où la protection des données est tout à fait garantie. Nous étendons simplement le système au niveau national et à tous les cantons.

L'article 42 alinéa 3 garantit que l'assuré reçoit dans tous les cas une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur et que les parts versées par le canton et par l'assureur soient attestées séparément. Pour la première fois, et contrairement à la pratique actuelle, l'assuré se rendra compte de la contribution cantonale à ses frais d'hospitalisation.

Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité

Art. 47 Abs. 2

Neuer Antrag der Kommission

Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung

Art. 47 al. 2

Nouvelle proposition de la commission

S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: La commission a simplement repris le texte actuel de la loi en l'adaptant à la suppression de la notion de «semi-hospitalier».

Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Art. 49

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Diese Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obli-

gatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

Abs. 2

Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechneten Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

Abs. 3

Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- die Aufnahmepflichten der Spitäler;
- die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- die Forschung und universitäre Lehre.

Abs. 4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:

.... nach Absatz 1

Abs. 5

.... nach den Absätzen 1 und 4 sind

Abs. 6, 7

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 8

Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitalern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern.

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Abs. 1

.... Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für Leistungen enthalten, die der Kanton nach Artikel 49a direkt finanziert.

Abs. 4

.... nach den Absätzen 1 und 2, solange

Abs. 5, 6

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 7, 8

Streichen (siehe Übergangsbestimmungen)

Art. 49

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Ces tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

Al. 2

Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant

les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.

Al. 3

Les rémunérations selon l'alinéa 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

- a. l'obligation des hôpitaux de prise en charge;
- b. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;
- c. la recherche et la formation universitaire.

Al. 4

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

.... au sens de l'alinéa 1 tant que

Al. 5

Les rémunérations au sens des alinéas 1 et 4 épuisent

Al. 6, 7

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 8

Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet.

Nouvelle proposition de la minorité (Stähelin)

Al. 1

.... conviennent de forfaits. En principe, les forfaits sont des forfaits uniques par cas; les forfaits sont liés aux prestations

....

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Les rémunérations selon l'alinéa 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations que le canton finance directement selon l'article 49a.

Al. 4

.... à l'hôpital au sens des alinéas 1 et 2, tant que

Al. 5, 6

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 7, 8

Biffer (voir dispositions transitoires)

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'article 49 est en quelque sorte le coeur de cette nouvelle réglementation sur le financement hospitalier puisqu'il introduit l'obligation de rémunérer le traitement hospitalier avec un forfait par cas. Il s'agit de ce qu'on a appelé le DRG (Diagnosis Related Groups) – en français: le forfait qui s'oriente selon le diagnostic.

Un certain nombre de cantons ont déjà introduit ce système, mais il s'agit maintenant que l'ensemble des cantons le fassent, et surtout qu'ils le fassent sur la base de structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Cela permet en effet la transparence, de telle manière à pouvoir comparer les coûts et l'efficacité des différents hôpitaux. Lorsqu'il est impossible d'adopter des forfaits pour une prestation, l'article 49 permet également des exceptions.

Lors de l'introduction du système DRG, on va être confrontés à des situations très diversifiées. C'est la raison pour laquelle nous avons précisé que les tarifs hospitaliers doivent se baser sur la rémunération des hôpitaux dont les prestations sont efficaces et avantageuses, tout en garantissant la qualité nécessaire. Dans la dernière phrase de l'article 49 alinéa 1, il faut d'ailleurs lire «les» tarifs hospitaliers et non pas «ces» tarifs hospitaliers – en allemand, «die Spitaltarife» et non pas «diese Spitaltarife». Avec ce nouveau système, on pourra enfin comparer ce qui est comparable pour déterminer qui travaille avec efficacité et une qualité excel-

lente, et ainsi fixer des tarifs qui tiennent compte de l'efficacité, mais aussi de la réalité de la prestation fournie.

A l'alinéa 2, concernant les partenaires tarifaires, les cantons et la Confédération se sont entendus pour introduire le système qui est préconisé à cet alinéa 2 de l'article 49. Les partenaires tarifaires et les cantons ont tout intérêt à se mettre d'accord dans le cadre de l'organisation qu'ils ont prévue, car sinon, c'est le Conseil fédéral qui fixera les structures, de sa propre autorité.

Il est très important de pouvoir comparer les tarifs hospitaliers les uns avec les autres. D'ailleurs, l'alinéa 8 de l'article 49 impose une telle comparaison. C'est pourquoi l'alinéa 3 de l'article 49 exclut de la rémunération par cas les coûts des prestations d'intérêt général.

La commission a énuméré trois sortes de prestations qu'il convient de prendre en compte comme prestations d'intérêt général: tout d'abord, lorsqu'un hôpital a une obligation de prise en charge, et ici ce n'est pas le service d'urgence en tant que tel qui est visé, mais bien l'obligation de soigner n'importe quel patient. Or, un tel hôpital peut se retrouver à devoir soigner les cas les plus lourds dont les autres hôpitaux n'auraient pas voulu, ce qui fait qu'il ne sera pas concurrentiel dans la comparaison entre les tarifs hospitaliers. Il en va de même lorsqu'un canton décide de maintenir des capacités hospitalières au-delà de la couverture du besoin des habitants du canton, pour des raisons de politique régionale et pour que les habitants puissent disposer de soins de proximité. Quant à la recherche et à la formation universitaire, elles sont déjà maintenant souvent comptabilisées séparément et personne ne semble contester le fait que ces domaines ne doivent pas entrer dans le calcul du forfait lié aux prestations.

C'est pourquoi, par 9 voix contre 2, la commission vous propose d'exclure ces prestations d'intérêt général du calcul du coût du tarif hospitalier, de telle manière à ce que les comparaisons puissent être effectuées avec des prestations comparables.

En ce qui concerne les alinéas 4 à 8 de l'article 49, nous avons repris les propositions du Conseil fédéral avec quelques modifications rédactionnelles.

Heberlein Trix (RL, ZH): Wie die Präsidentin erklärt hat, ist der Wechsel zu den Fallpauschalen in verschiedensten Kantonen ja bereits vollzogen worden. Es hat sich dort aus den Erfahrungen gezeigt – dies muss im Interesse der Patienten wirklich mit einbezogen werden –, dass nicht nur die Effizienz allein massgebend ist, sondern dass eben auch die Qualität der Leistungen beim Entscheid über die Höhe der Fallpauschalen verglichen werden muss. Dies ist, Herr Bundesrat, ganz besonders auch bei den Leistungen notwendig, die allenfalls im Ausland bezogen werden, denn billigere Leistungen kann man gerne beziehen, nur muss eben auch die Qualität, die gefordert wird, gerechtfertigt und sichergestellt sein.

Fallpauschalen können nicht überall einfach klar festgelegt werden: In der Rehabilitation beispielsweise oder auch in der Psychiatrie können sie problematisch sein. Darauf muss bei den Berechnungen Rücksicht genommen werden.

Noch ein Wort zu den Absätzen 7 und 8: Sie wurden von der Kommission aufgrund der geänderten Grundlagen gegenüber der Vorlage vom letzten August hier wiederaufgenommen. Es wäre aber im Zweifelt sicher abzuklären, ob sie nach Einführung der Fallpauschalen eben auch noch in diesem Umfang nötig sind oder ob sie nicht wieder in die Übergangsbestimmungen aufgenommen werden müssten, d. h., dass sie bis zur Einführung der Fallpauschalen in Kraft wären. Die Nationalratskommission kann nochmals überprüfen, ob es wirklich notwendig ist, sie hier im Gesetzestext als dauernde Bestimmungen zu halten, oder, wie wir es ursprünglich gemacht haben, ob diese Bestimmungen bis zur Einführung der Fallpauschalen notwendig sind.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 49a

Neuer Antrag der Mehrheit

Titel

Abgeltung der stationären Leistungen

Abs. 1

Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und von den Versicherern anteilmässig übernommen.

Abs. 2

Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr, spätestens neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres, den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 60 Prozent. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Anteil bis auf 45 Prozent senken. Massgeblicher Zeitpunkt für den Prämienvergleich ist der Zeitpunkt der Festsetzung des Vergütungsanteils. Der Versicherer trägt den verbleibenden Anteil.

Abs. 3

Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42.

Abs. 4

In den Verträgen nach Artikel 39 Absatz 2 mit Anstalten oder deren Abteilungen, die keinen Leistungsauftrag erhalten, vereinbaren die Versicherer eine Vergütung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Text

Die Kantone vergüten den Spitälern die entsprechend dem Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 39 erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Diese umfassen insbesondere die Aufnahmepflicht, die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre.

Neuer Eventualantrag der Minderheit

(Stähelin, Altherr, Frick)

(falls der neue Antrag der Minderheit abgelehnt wird)

Abs. 2

.... unterschreitet, können ihren Anteil bis auf 40 Prozent senken. Massgeblicher

Antrag Brändli

Abs. 2

.... beträgt mindestens 60 Prozent. (Rest streichen)

Antrag Berset

Abs. 4

Streichen

Art. 49a

Nouvelle proposition de la majorité

Titre

Rémunération des prestations hospitalières

Al. 1

Les rémunérations selon l'article 49 alinéa 1 sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.

Al. 2

Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. La part cantonale se monte à 60 pour cent au moins. Les cantons, dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse des pri-

mes pour adultes, peuvent abaisser leur part jusqu'à 45 pour cent. La date déterminante pour comparer les primes est celle de la fixation des parts de rémunération. L'assureur supporte la part restante.

Al. 3

Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'article 42.

Al. 4

Dans le cadre des conventions au sens de l'article 39 alinéa 2, avec les établissements ou celles de leurs divisions qui n'ont pas reçu de mandat de prestations, les assureurs conviennent d'une rémunération au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'alinéa 2.

Nouvelle proposition de la minorité

(Stähelin)

Texte

Les cantons rémunèrent les hôpitaux pour les prestations d'intérêt général fournies conformément au mandat de prestations au sens de l'article 39. Ces prestations comprennent en particulier l'obligation de prise en charge, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire.

Nouvelle proposition subsidiaire de la minorité

(Stähelin, Altherr, Frick)

(au cas où la nouvelle proposition de la minorité serait rejetée)

Al. 2

.... peuvent abaisser leur part jusqu'à 40 pour cent. La date

Proposition Brändli

Al. 2

.... se monte à 60 pour cent au moins. (Biffer le reste)

Proposition Berset

Al. 4

Biffer

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Zu Artikel 49a Absatz 3 liegt eine Ergänzung der französischsprachigen Fahne vor.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: En 2003, les recettes réalisées par les hôpitaux au titre de prestations de la LAMal – coûts d'exploitation et d'investissement imputables – ont atteint 10,758 milliards de francs. L'assurance obligatoire des soins a financé 38 pour cent des coûts des prestations hospitalières selon la LAMal contre 62 pour cent pour les cantons et les communes. La participation des cantons se situait dans une fourchette allant de 35 pour cent à Appenzel Rhodes-Intérieures à 76 pour cent à Genève. Ces chiffres représentent une moyenne des recettes réalisées par tous les hôpitaux, qu'ils soient en mains publiques ou privées. Une partie d'entre eux n'est toutefois pas subventionnée par les cantons.

La prise en compte, dans le système dual, de tous les hôpitaux privés inscrits dans la planification avec une participation au financement uniforme de toutes les prestations hospitalières dans un canton aboutirait au transfert à l'assurance obligatoire des soins de coûts qui sont aujourd'hui couverts par l'assurance complémentaire. Selon une estimation approuvée aussi bien par l'Office fédéral de la santé publique que par le secrétariat central de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, les dépenses supplémentaires pour l'année 2004 atteindraient 810 millions de francs, en plus bien sûr des 280 millions de francs dus à la mise en oeuvre pleine et entière de la LAMal après l'expiration de la loi fédérale urgente sur

l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton.

Politiquement, nous avons donc à choisir entre les trois variantes suivantes:

1. les dépenses supplémentaires doivent être neutres dans l'optique des cantons;
2. les dépenses supplémentaires doivent être neutres dans l'optique de l'assurance de base, afin qu'il n'y ait pas d'augmentation de primes;
3. les dépenses supplémentaires sont partagées entre les cantons et l'assurance de base.

Il est toutefois impossible de trouver une solution équitable, tant la diversité des participations cantonales aux coûts hospitaliers est grande et tant les structures cantonales sont complexes. En effet, sans parler des différences qu'accusent les participations cantonales que j'ai évoquées plus haut, tout dépend de la structure hospitalière des cantons, de la part de besoins couverte par les hôpitaux publics ou semi-publics et de la part couverte par les hôpitaux privés. Si le canton doit prendre une partie importante des hôpitaux privés sur sa liste pour couvrir les besoins de la population, l'augmentation de sa participation sera d'autant plus forte. Quant aux assurés des mêmes cantons, ils pourraient, eux, s'attendre à une baisse de primes.

La commission s'est prononcée plutôt dans le sens de la neutralité au niveau de l'assurance de base, afin que les assurés n'aient pas à subir une nouvelle hausse de primes. C'est pourquoi elle a fixé la participation cantonale minimale à 60 pour cent. Elle a toutefois introduit des éléments de financement modulables au niveau cantonal pour tenir compte de l'extrême diversité des situations. Elle a ainsi introduit une relation avec les primes cantonales moyennes pour adultes. Si les primes cantonales moyennes pour adultes sont inférieures à la moyenne des mêmes primes au niveau national, le canton peut réduire sa participation aux coûts hospitaliers jusqu'à 45 pour cent. Si cette norme avait été introduite en 2004, 18 cantons auraient pu abaisser leur participation, d'après les chiffres de cette même année.

La relation entre le niveau des primes et le niveau de la participation cantonale aux coûts hospitaliers n'a pas été fixée par la commission. Il appartiendra donc aux cantons d'en décider, mais nous n'avons aucun doute sur le fait que les cantons feront en sorte de ne pas imposer d'augmentation massive de primes, ceci d'autant plus qu'une augmentation des primes les conduirait à modifier leurs systèmes de réduction des primes ou à passer à la caisse d'une autre manière, en subventionnant encore plus le système de réduction des primes.

La proposition subsidiaire de la minorité Stähelin – si vous me permettez déjà de m'exprimer à son sujet – va dans le sens de la prise de position des cantons qui nous est parvenue en fin de semaine dernière. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé estime que les cantons devraient pouvoir fixer eux-mêmes leur taux de contribution au financement hospitalier. La minorité Stähelin, quant à elle, propose que les cantons puissent abaisser leur part jusqu'à 40 pour cent, pour tenir compte notamment de la situation très particulière du canton de Thurgovie, qui est le seul actuellement à verser une participation inférieure à 45 pour cent.

La majorité des membres de la commission a rejeté cette proposition, parce qu'il n'est pas possible de légiférer au niveau national en tenant compte des extrêmes. Le cas échéant, il faudrait aussi prendre en considération le cas particulier du canton de Genève. La majorité de la commission vous demande donc d'en rester à sa proposition concernant le pourcentage, tout en sachant que la question sera encore au coeur du débat dans la deuxième chambre. L'essentiel pour les cantons, c'est de pouvoir gérer les coûts qui leur incombent avec l'instrument de la planification et d'éviter les surcapacités.

Pour que les primes de l'assurance de base puissent être fixées, il faut connaître la part cantonale suffisamment tôt; c'est la raison pour laquelle nous avons introduit dans la loi à quel moment la part cantonale devra être fixée. Nous som-

mes conscients cependant que ce genre de détail et les mécanismes de seuil devront plutôt être réglés au niveau de l'ordonnance. Il en va d'ailleurs de même des modalités de versement de la part cantonale prévue à l'alinéa 3. A la demande des cantons et en raison de leur suspicion, nous avons toutefois prévu dans la loi que le canton verse sa part directement à l'hôpital et non pas à l'assureur, sauf entente contraire.

A l'alinéa 4 de l'article 49a, les dérogations à l'obligation de versement des cantons sont prévues, avec un point important restreignant fortement la marge de manoeuvre des assureurs, soit que les assureurs ne peuvent pas verser à un hôpital contractuel – on en a déjà parlé avant – une participation plus élevée que celle applicable dans le canton aux hôpitaux figurant dans la liste hospitalière.

Je vais encore m'exprimer sur la proposition Brändli qui demande donc de fixer la part cantonale à 60 pour cent, sans variation possible. Là, bien sûr, il s'agit d'une décision politique: que mettre à la charge des cantons? Que mettre à la charge des assurés et de l'assurance de base?

La commission n'a pas directement discuté de la proposition Brändli; je ne peux donc pas m'exprimer en son nom. Mais nous avons longuement discuté de la question de ces pourcentages et nous avons tenu compte de la diversité cantonale en faisant justement la relation avec les primes, ce qui est d'ailleurs à nouveau contesté par les cantons eux-mêmes. Mais enfin! Si l'on suit la proposition Brändli, d'une part on peut en tout cas être sûr que cela ne produira pas d'augmentation des primes – c'est l'avantage incontestable de cette proposition –, et d'autre part – et c'est à peu près aussi incontestable –, on court le risque d'une opposition massive des cantons.

Alors, avec toutes ces considérations, on doit pouvoir prendre une décision politique allant dans un sens ou dans l'autre. La commission avait estimé qu'elle avait bien pondéré les avantages et les inconvénients des différentes prises de position et des différentes propositions.

C'est pourquoi je vous invite à suivre, pour le pourcentage, la proposition de la majorité de la commission.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich bitte Sie namens der Minderheit, auf diese Strafaktion der Mehrheit zu verzichten und für die Kantone tatsächlich «eine neutrale Lösung» – ich zitiere hier die Sprecherin der Kommission – vorzusehen, welche weder die Prämienhöhen noch die Steuerhöhen zwangsweise verschiebt. Die Lösung, die die Mehrheit vorschlägt, hat mit der unteren Begrenzung so oder so Zwangscharakter. Dort haben wir den grossen Unterschied zur oberen Begrenzung; die 60 Prozent sind ein Minimum. Wenn man hier schon von den Extremkantonen spricht: Genf kann problemlos auch höher gehen. Die untere Begrenzung ist auf der anderen Seite bei 45 Prozent oder bei 40 Prozent festgelegt. Die Kantone, welche überhaupt in der Lage sind zu senken, sollen nicht noch tiefer gehen können. «Welche in der Lage sind» – worum geht es?

Betroffen von dieser Festsetzung des Anteils – das muss man immer wieder sehen – sind nur Kantone, welche ohnehin unterdurchschnittliche Prämienhöhen aufweisen; alle anderen Kantone sind an die 60 Prozent gebunden. Aber jene, welche unterdurchschnittliche Prämien haben, sollen nicht gezwungen werden, noch mehr Geld ins System einzuschliessen. Darum geht es. Diesen Gedanken kann ich grundsätzlich noch mittragen. Im Prinzip könnte man unten die Begrenzung im Übrigen ganz aufgeben. Ich habe diesen Antrag nicht gestellt, weil er wahrscheinlich weniger Aussichten gehabt hätte als die Senkung um 5 Prozent, d. h. von den von der Mehrheit vorgesehenen 45 Prozent auf 40 Prozent.

Das trifft einzelne Kantone, insbesondere den Kanton Thurgau, markant; es wurde darauf hingewiesen. Denn heute – ich habe hier die Zahlen von 2004, die wir erhalten haben – beträgt das Betreffnis für den Thurgau lediglich 38,3 Prozent. Also bedeutet selbst der Vorschlag von 40 Prozent eine Mehrbelastung des Kantons, bei 45 Prozent eine entsprechend höhere; es geht dann um eine Dutzendmillionen-

zahl. Eine Dutzendmillionenzahl bedeutet für unseren Kanton 3 bis 4 Steuerprozent. Wenn Sie die Steuern um 3 oder 4 Prozent anheben, haben Sie aber eine kantonale Diskussion über ein halbes Jahr hin! Es geht also nicht um eine Kleinigkeit, sondern um ein echtes, erhebliches Betreffnis.

Jetzt muss man einfach einmal sehen: Wen treffen Sie mit dieser Massnahme? Es sind nicht die Kantone betroffen, welche hier Probleme mit zu hohen Prämien und mit einem zu teuren Gesundheitswesen haben, sondern exakt die anderen. Ich nehme jetzt wiederum das Beispiel Thurgau – «Extrembeispiel», hat Kollegin Brunner gesagt –: Wenn Sie diesen Kanton nehmen und auf der einen Seite den steuerfinanzierten Anteil und auf der anderen Seite den prämiendifinanzierten Anteil zusammenzählen, werden Sie feststellen, dass dies ungefähr der Kanton ist, welcher die geringsten Ausgaben in diesem Bereich hat; die Bürger dieses Kantons haben also die geringste Steuer- und Prämienbelastung. Soll man nun diese Kantone strafen, indem man sie zwangsweise dazu verknurrt, höhere Steuern einzuführen? Soll der Kanton mehr zahlen, obwohl die Prämien bereits unterdurchschnittlich sind? Da setzen Sie doch einen völlig falschen Anreiz, da strafen Sie nun wirklich jene, welche an sich ihren Laden in Ordnung gehalten haben; ich kann das nicht anders ausdrücken. Wo liegt denn das Interesse nachher noch? Da können wir den Schlitten ja auch einfach fahren lassen.

Theoretisch könnte man ja annehmen, dass ein höheres kantonales Betreffnis dann zu tieferen Prämien führen müsste. Theoretisch wäre das wahrscheinlich so. Die Erfahrung spricht natürlich eine andere Sprache, und ich erinnere daran, dass auch unser Kanton, wie alle anderen auch, bestraft wurde: Er hat mit dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) leben müssen. Das hat den Kanton bei uns auch mehrere Millionen Franken gekostet. Ich habe aber nicht festgestellt – leider –, dass die Prämien der Zusatzversicherungen gesunken wären: Die Praxis spricht hier also eine andere Sprache.

Ja gut, das war die Abhandlung, wen es trifft. Jetzt kommt die Frage: Wer sind die Gewinner? Die Kantone, die bereits höhere Prämien haben, oder überhaupt alle anderen gewinnen nichts dabei. Das geht völlig an denen vorbei. Es geht ja alles nach Kanton. Es wäre nicht so, dass sie dann tiefere Prämien zu bezahlen hätten; sie sind unbeteiligt. Das ist die eine Seite. Es sei denn, es würden innerhalb der Kassen Mittel von einem Kanton zum anderen fliessen. Ich möchte das nicht unterstellen, das darf ja nicht sein. Dann profitiert eigentlich niemand. Es wird nur jemand bestraft, und das sind Kantone, die unter 45 Prozent liegen; es ist insbesondere der Kanton, den ich mitvertreten darf.

Ich sehe nun wirklich nicht ein, weshalb diese Strafübung, die dem Gesamtsystem gar nichts bringt, stattfinden muss. Damit wird das Zeichen gesetzt: Schaut, ihr dürft wirklich nicht zu gut werden, sonst müsst ihr diesem Gesamtmoloch mehr bezahlen; ich sage es jetzt wirklich so. Das darf doch nicht sein.

Ich bitte Sie, dem neuen Eventualantrag der Minderheit zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte mich vorerst dafür entschuldigen, dass ich hier als Kommissionsmitglied einen Einzelantrag stelle. Das ist darauf zurückzuführen, dass wir bezüglich des Zeitpunktes der definitiven Ausfertigung der Fahne ein Missverständnis hatten.

Es geht mir jetzt primär darum, dass wir hier ein wichtiges Thema ausdiskutieren, damit dann auch der Zweitrat diese Fragen diskutieren kann. Denn ich betrachte die Lösung, wie wir sie jetzt in der Kommission gefunden haben, und auch den Minderheitsantrag Stähelin als nicht sehr glückliche Lösungen. Ich sage jetzt etwas ironisch, ich habe alle Parteiprogramme konsultiert, und ich habe dabei feststellen können, dass alle Gruppierungen Nein sagen zu höheren Krankenkassenprämien. Es gibt sogar Parteien, die sagen, sie wollten Prämienenkungen, obwohl die Kosten immer ansteigen.

Wir haben die Lösungen, die auf dem Tisch sind, analysiert. Ich muss Ihnen sagen, bei der Ausschöpfung der Lösung der Kommissionsmehrheit gibt es eine Prämienerrhöhung von 6 bis 7 Prozent. Bei der Lösung Stähelin, der auf 40 Prozent hinuntergeht, gibt es eine noch grössere Prämienerrhöhung – wobei ich immer staune, wie es der Kanton Thurgau fertig bringt, an den stationären Bereich nur 38 Prozent zu bezahlen, nachdem im Gesetz steht, dass die Kantone mindestens 50 Prozent an den stationären Bereich bezahlen müssen. Es gibt Begründungen im Zusammenhang mit den Privatspitälern. Aber ich möchte doch auch auf den Punkt hinweisen, dass man bei einer geschickten Anwendung auch solche Bestimmungen anders auslegen kann.

Wir müssen hier eine Frage beantworten. Die Mehrkosten, die sich ergeben, ergeben sich zum einen aus der vollständigen Umsetzung des EVG-Urteils. Bisher haben wir ein Provisorium gehabt, wir setzen das EVG-Urteil nur zu zwei Dritteln um. Die Kantone müssten 750 Millionen Franken bezahlen und zahlen nur 500 Millionen. Zum anderen gibt es Mehrkosten aus der Neuregelung bei den Privatspitälern. Wir müssen hier die Frage beantworten: Wie finanzieren wir jetzt diese Mehrkosten? Finanzieren wir sie über Prämienerrhöhungen, finanzieren wir sie über Steuern, oder gibt es irgendeine Mischform? Wenn Sie bei Ihren programmatischen Aussagen bleiben, dann müssen Sie sagen: keine Prämienerrhöhungen durch diese Revision. Und wenn Sie sagen: keine Prämienerrhöhungen durch diese Revision, dann müssen Sie den Satz auf 60 Prozent festlegen, so, wie ich das hier beantrage.

Die Kantone haben die Kostenfolgen dieses ganzen Projektes errechnet und sind zu Zahlen gekommen, die in der Grössenordnung allgemein anerkannt sind. Sie sagen, dass man ein Verhältnis von 60 zu 40 Prozent festlegen muss, wenn die Umsetzung OKP-neutral ist, also für die Grundversicherung prämiennneutral. Sie sagen dann, dass man ein Verhältnis von 50 zu 50 Prozent festlegen müsste, wenn man die Umsetzung für die Kantone kostenneutral ausgestalten wollte. Sie haben in diesem gleichen Schreiben gesagt, ein Kompromiss wäre, die Kosten zu teilen und ein Verhältnis von 55 zu 45 Prozent festzulegen. Das hätte aber zur Folge, dass die Prämienzahler einen Teil des EVG-Urteils übernehmen müssten. Diese Grundsatzfrage, meine ich, muss diskutiert werden, sie muss auch entschieden werden. Es ist so, dass die Lösung, wie die Kommission sie jetzt vorschlägt, wahrscheinlich noch verfeinert werden muss, weil hier steht, dass Sie bis 45 Prozent gehen können, wenn Sie ein Prämienniveau unter dem schweizerischen Mittel haben. Die Idee ist natürlich, dass Sie die Senkung nicht auf 45 Prozent vornehmen dürfen, wenn Sie nur 1 Prozent unter dem schweizerischen Mittel sind. Auch das wäre also noch zu adjustieren.

Ich bin deshalb der Meinung, dass der Zweitrat nochmals mit den Versicherern, mit den Kantonen, mit dem Bund versuchen muss, in diesem Spannungsfeld eine Lösung zu finden, die am Schluss für alle tragbar ist. Aber ich erwarte nun doch, dass Sie hier zumindest zum Ausdruck bringen, dass Sie, wenn irgendwie möglich, gegen eine zusätzliche Belastung des Prämienzahlers sind. Und dann müssen Sie eben meinem Antrag zustimmen. Ich möchte Frau Brunner sagen: Auch mein Antrag ist flexibel, weil er von mindestens 60 Prozent spricht; nach oben ist also eine Flexibilität gegeben. Sagen Sie, ob Sie Prämienerrhöhungen wollen oder nicht. Wenn Sie sie wollen, dann sind Sie gegen meinen Antrag, sonst sind Sie für meinen Antrag.

Stähelin Philipp (C, TG): Erlauben Sie mir nur kurz ein paar Worte, weil meine Person bzw. der Kanton Thurgau direkt angesprochen worden ist. Wie macht das der Kanton Thurgau? Ich kann Ihnen das kurz sagen: Erstens wurde in diesem Kanton – er war diesbezüglich der erste Kanton – die Spitallandschaft von der allgemeinen Verwaltung getrennt bzw. ausgegliedert. Zum Zweiten haben wir in unserem Kanton Spitäler geschlossen, als dies noch möglich war, bevor eigentlich die ganze KVG-Geschichte gekommen ist und das in anderen Kantonen beinahe unmöglich gemacht hat. Wir

bieten in unserem Kanton auch nicht alles und jedes an Behandlungen an, sondern wir beschränken uns und haben gleichzeitig die medizinisch notwendigen Behandlungen in anderen Kantonen im Griff und wählen dort nicht die teuersten. So einfach ist die Geschichte auch, und wenn Sie unbedingt dieses Verhalten strafen wollen, dann zwingen Sie diesen Kanton, die Steuern anzuheben und Geld einfach weiter laufen zu lassen.

Fetz Anita (S, BS): Ich bitte Sie, den Antrag Brändli zu unterstützen. Es ist eine ganz einfache Grundsatzfrage, die Sie hier beantworten müssen. Es ist einfach so, dass das EVG-Urteil Mehrkosten auslöst. Das kann man bedauern oder nicht, es ist einfach so. Der Grundsatzentscheid, den Sie jetzt zu fällen haben, ist, ob diese Mehrkosten über Prämien-erhöhungen bezahlt werden sollen oder über Steuermittel. Wir wissen heute alle, dass für viele Familien aus dem Mittelstand die Prämienlast fast nicht mehr zu tragen ist. In dieser Situation scheint es mir sehr, sehr fragwürdig, hier nochmals einen Prämien Schub auszulösen.

Ein kurzes Wort noch an Herrn Stähelin: Es ist ja toll, wenn der Kanton Thurgau seine Hausaufgaben so brillant gemacht hat. Ich kann es zu wenig im Detail beurteilen, wie gut das ist, aber ich gehe mal davon aus, dass es brillant ist. Nur ist das Problem das folgende: Warum sollen die Prämienzahler dafür büssen, wenn Kantone in anderen Bereichen ihre Aufgaben nicht gemacht haben? Das heisst es nämlich. Ich bin klar für den Antrag Brändli und bitte Sie auch darum: Sie sagen nämlich in allen öffentlichen Diskussionen, dass Sie alles dafür tun, dass die Prämien nicht mehr erhöht werden.

Ich bitte Sie hier also wirklich, sich für den Antrag Brändli und damit nicht zuletzt für die Familien zu entscheiden, die Sie nicht entlasten, sondern davor bewahren, dass ihre Prämienlasten – notabene haben wir Kopfprämien in diesem Lande! – noch mehr steigen.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je voudrais préciser que dans le fond, en commission, on a toujours admiré le miracle thurgovien et qu'on a même beaucoup hésité à faire une dérogation seulement pour le canton de Thurgovie pour ne pas le soumettre à ces dispositions. Ce n'était tout de même pas possible dans une loi fédérale – malgré toute notre admiration –, mais on en a tenu compte dans les dispositions transitoires. On y a précisé, à la fin de nos débats, que les cantons qui n'atteignent pas les limites fixées dans la loi – notamment celle de 45 pour cent – peuvent augmenter leur part de 1 pour cent par année seulement pour atteindre la limite précitée. Ce qui fait que, pour le canton de Thurgovie – même si je comprends bien sa position de principe –, on a introduit quelque chose qu'il doit pouvoir digérer: une augmentation de 1 pour cent par année.

Schiesser Fritz (RL, GL): Ich bin nicht Mitglied der Kommission, möchte aber doch noch ein kurzes Wort zum Antrag Brändli bzw. zur Intervention von Frau Fetz sagen.

Ich möchte nur darauf hinweisen, dass der Antrag Brändli für verschiedene Kantone enorme Auswirkungen hätte, selbst für solche, die mit ihren Prämien wesentlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen. In Glarus haben wir eine Prämie von 248 Franken, der Landesdurchschnitt liegt etwa bei 306 Franken; der Kanton bezahlt 55 Prozent der Kosten. Mit anderen Worten würde das heissen, dass selbst ein Kanton, der eine unterdurchschnittliche Prämie hat, aufstocken müsste.

Ich meine, die richtige Lösung werde uns von der Kommission mehrheitlich vorgeschlagen; wir sollten ihr zustimmen. Dann haben wir eine Bandbreite, die den unterschiedlichen Verhältnissen Rechnung trägt, und dann haben wir eine Lösung, die überall entsprechend den Verhältnissen angepasst werden kann.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte Herrn Schiesser nur antworten: Man muss bei den Zahlen aufpassen, denn mit

oder ohne Investitionen gibt es da noch Verschiebungen. Gemäss heutigen Zahlen sind es über das Ganze 38 zu 62 Prozent. Mit 40 zu 60 Prozent belasten Sie die Prämienzahler also zusätzlich. Bezüglich der Gesamtfinanzierung der Kosten haben wir heute ein Verhältnis von 40 Prozent steuerfinanziert zu 60 Prozent kopfprämienfinanziert.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Si ce n'est pas le point central de la discussion, c'est du moins un point qui suscite évidemment beaucoup de conflits puisqu'il y a le point de vue des cantons, celui des assurances, et qu'il y a l'appréciation diverse qu'on peut faire sur la politique qui a été menée dans les cantons en matière hospitalière.

Je partage aussi l'admiration que suscite le canton de Thurgovie, avec à l'«arrière-fond» de mon cerveau quelques voyants lumineux qui s'allument, parce que je ne crois pas tellement aux miracles et que je cherche toujours l'explication. Je pense que cela a été bien géré, qu'on a anticipé les événements, mais de telles différences me paraissent difficilement explicables seulement par la qualité de la gestion. Probablement qu'il y a aussi le fait que le canton de Thurgovie n'a pas d'hôpitaux universitaires, qu'un certain nombre des malades se rendent à Wil ou à Zurich. Bref, cela n'a aucune importance, ce n'est pas mon problème; le résultat est que la situation est excellente et qu'il faut tâcher de ne pas le punir pour ça.

Alors, est-ce qu'il y a un moyen de trouver une solution pour un canton, celui de Thurgovie, et de faire une loi thurgovienne? Je pense qu'il doit y avoir un moyen, et je suis prêt à y réfléchir, entre le moment où vous aurez adopté ce projet de loi et celui où il sera examiné par le Conseil national. J'ai l'impression qu'il devrait y avoir la possibilité de dire, par exemple, que le Conseil fédéral peut autoriser exceptionnellement un canton qui «justifie» un coût systématiquement plus bas à ne pas payer le montant prévu en général.

Je crois qu'il n'est pas impossible de dire dans une loi qu'exceptionnellement, le Conseil fédéral, en fonction de certains critères, peut autoriser un canton à ne pas respecter le minimum. Ce ne serait en tout cas pas une violation grave des principes juridiques, et puis ce serait répondre à la juste préoccupation du canton de Thurgovie. En tout cas, ce qu'on ne peut pas faire, c'est faire une loi suisse pour résoudre un cas particulier. Il faut chercher une autre solution, mais il ne faut pas faire une loi générale pour résoudre un cas particulier, même si c'est un cas remarquable et qui mérite le respect.

Alors, entre la proposition de la majorité de la commission et la proposition Brändli, laquelle faut-il choisir? De toute façon, on sait qu'il y aura de nouvelles discussions et qu'à la fin, il faudra trouver un compromis. La proposition Brändli a au moins l'avantage, Monsieur Schiesser, de ne pas charger davantage les assurés, et c'est un des buts que l'on poursuit. Pour ma part, j'étais prêt à me rallier à la proposition de la majorité. Je l'ai d'ailleurs fait en commission, jusqu'au moment où on a reçu la lettre des cantons dans laquelle ils déclaraient qu'en aucun cas ils ne voulaient de cette solution, qu'ils ne voulaient pas que le système soit lié au montant des primes. Alors, si les cantons eux-mêmes, à qui on pensait faire une fleur en introduisant cette souplesse, ne sont pas d'accord avec cette proposition, on ne va pas faire le bonheur des gens contre eux-mêmes.

Si j'étais à votre place, je voterais hardiment la proposition Brändli, tout en sachant que, peut-être, il faudra encore qu'elle soit corrigée. Mais faire une concession aux cantons qui la rejettent de manière très claire, pour des raisons qui me paraissent étranges, c'est incompréhensible. De toute façon, il faudra «retravailler» ce problème, mais le signal donné est meilleur si l'on adopte la proposition Brändli, parce que l'on dit aux cantons que s'ils n'arrivent pas à être ouverts à un compromis, la solution la plus sûre, c'est définitivement 60 pour cent/40 pour cent, comme le propose Monsieur Brändli. Ce vote ne serait qu'un vote tactique pour inviter les cantons à une certaine souplesse et à chercher un compromis, mais pas quelque chose de définitif.

Dans ce sens, je vous invite à voter la proposition Brändli.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den neuen Antrag der Mehrheit 29 Stimmen
Für den neuen Eventualantrag
der Minderheit 11 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den neuen Antrag der Mehrheit 24 Stimmen
Für den Antrag Brändli 13 Stimmen

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Der Antrag Berset entfällt aufgrund der Abstimmung zu Artikel 39. Der Hauptantrag der Minderheit entfällt in der Folge des Konzeptentscheides.

Art. 50*Neuer Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:
.... Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3)

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)
.... vereinbaren. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 50*Nouvelle proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:
.... médicosocial (art. 39 al. 3)

Nouvelle proposition de la minorité

(Stähelin)
.... forfaitaire. (Biffer le reste de l'alinéa)

Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité

Art. 51 Abs. 1*Neuer Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:
.... nach Artikel 49a

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)
.... der Pflegeheime festsetzen. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 51 al. 1*Nouvelle proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:
.... selon l'article 49a est réservé.

Nouvelle proposition de la minorité

(Stähelin)
.... établissements médicosociaux. (Biffer le reste de l'alinéa)

Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité

Art. 53*Neuer Antrag der Mehrheit*

Abs. 1
.... Artikel 39 in Verbindung mit den Artikeln 39a, 45, 46 Absatz 4, 48 Absätze 1 bis 3, 51, 54 und 55 kann

Abs. 2

Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

- Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur insoweit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt die Beschwerdeinstanz eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.

e. Entscheide nach Artikel 39 in Verbindung mit Artikel 39a können nur wegen Verletzung von Bundesrecht angefochten werden.

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Abs. 1

.... 48 Absätze 1 bis 3, 51, 54

Abs. 2

Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

- Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur insoweit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt die Beschwerdeinstanz eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.
- Entscheide nach Artikel 39 können nur wegen Verletzung von Bundesrecht angefochten werden.

Art. 53*Nouvelle proposition de la majorité**Al. 1*

.... au sens de l'article 39 en relation avec les articles 39a, 45, 46 alinéa 4, 48 alinéas 1 à 3, 51, 54 et 55 peuvent

Al. 2

La procédure de recours est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). Les exceptions suivantes sont réservées:

- aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué. Toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- le délai fixé par l'autorité de recours pour le dépôt de la réponse et la prise de position d'autorités est de 30 jours au plus. Ce délai ne peut pas être prolongé;
- un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- les décisions prises aux termes de l'article 39 en relation avec l'article 39a ne peuvent faire l'objet d'un recours qu'en cas de violation du droit fédéral.

Nouvelle proposition de la minorité

(Stähelin)

Al. 1

.... 48 alinéas 1 à 3, 51, 54

Al. 2

La procédure de recours est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). Les exceptions suivantes sont réservées:

- aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué. Toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- le délai fixé par l'autorité de recours pour le dépôt de la réponse et la prise de position d'autorités est de 30 jours au plus. Ce délai ne peut pas être prolongé;
- un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- les décisions prises aux termes de l'article 39 ne peuvent faire l'objet d'un recours qu'en cas de violation du droit fédéral.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Il faut tout d'abord noter qu'il y aura à l'avenir, en ce qui concerne le recours, un transfert de compétence du Conseil fédéral au Tribunal administratif fédéral. La commission a voulu réduire au maximum les délais de procédure de recours et limiter également les recours possibles en matière de planification hospitalière. Elle a estimé qu'un hôpital qui ne figurait pas dans la liste hospitalière ne pourrait pas faire recours en

voquant une violation du pouvoir discrétionnaire, mais seulement en invoquant une violation du droit fédéral.

Dans une jurisprudence maintenant largement confirmée, notamment par les arrêts du Tribunal fédéral des assurances non publiés du 28 décembre 2005 (arrêt non publié du 28 décembre 2005; ATF 126 V 182; ATF 126 V 176), le Tribunal fédéral des assurances a déjà interprété sur la base du droit actuel que l'établissement de la liste hospitalière est une question essentiellement politique, ce qui fait que personne n'a un droit quelconque à figurer dans celle-ci. Bien au contraire, l'autorité cantonale dispose d'un pouvoir d'appréciation très étendu pour établir cette liste afin d'éviter les surcapacités et de restreindre l'augmentation des coûts.

La formulation que nous proposons étant encore plus claire que le droit en vigueur, et de surcroît l'engagement financier des cantons dépendant directement de leur liste hospitalière, les cantons n'ont vraiment rien à craindre en ce qui concerne leur pouvoir d'appréciation sur la composition de ladite liste.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 64 Abs. 1

*Neuer Antrag der Mehrheit
Streichen*

*Neuer Antrag der Minderheit
(Stähelin)*

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Vor Erhebung der Kostenbeteiligung wird von den Kosten der nach diesem Gesetz übernommenen Leistungen der kantonale Beitrag nach Artikel 66b abgezogen.

Art. 64 al. 1

*Nouvelle proposition de la majorité
Biffer*

*Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)*

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Avant le prélèvement de la participation aux coûts, la contribution cantonale selon l'article 66b est déduite des coûts des prestations prises en charge en vertu de la présente loi.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 66b

*Neuer Antrag der Mehrheit
Streichen*

*Neuer Antrag der Minderheit
(Stähelin)*

Titel

Grundsatz

Abs. 1

Der Wohnkanton der versicherten Person erstattet dem Versicherer einen prozentual festgesetzten Beitrag (kantonale Beitragsquote) an die Kosten für die nach diesem Gesetz übernommenen Leistungen. Die Versicherer können diesen Beitrag pro Quartal geltend machen.

Abs. 2

Die gesamtschweizerische Mindestbeitragsquote entspricht 30 Prozent der Kosten für die nach diesem Gesetz übernommenen Leistungen. Die gesamtschweizerische Mindestbeitragsquote darf in Kantonen, in denen das Prämienniveau unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt, unterschritten werden. Dabei darf die im Zeitpunkt dieser Gesetzesänderung von den Statistiken des Bundes ausgewiesene Beitragsquote nicht unterschritten werden.

Abs. 3

Die Kantone haben ihre Beitragsquoten festzusetzen.

Art. 66b

*Nouvelle proposition de la majorité
Biffer*

*Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)*

Titre

Principe

Al. 1

Le canton de résidence de l'assuré rembourse à l'assureur une contribution fixée en pour cent (quote-part cantonale) aux coûts des prestations qui sont prises en charge selon la présente loi. Les assureurs peuvent revendiquer cette contribution chaque trimestre.

Al. 2

La quote-part minimale sur le plan suisse correspond à 30 pour cent des coûts des prestations prises en charge selon la présente loi. La quote-part peut être fixée à un niveau inférieur à la quote-part minimale sur le plan suisse dans les cantons dans lesquels le niveau des primes est inférieur à la moyenne sur le plan suisse, et la quote-part de ces cantons, figurant dans les statistiques de la Confédération au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ne peut être réduite.

Al. 3

Les cantons doivent fixer leurs quotes-parts.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 66c

*Neuer Antrag der Mehrheit
Streichen*

*Neuer Antrag der Minderheit
(Stähelin)*

Titel

Verfahren

Abs. 1

Die Versicherer erstellen zur Geltendmachung des kantonalen Beitrages pro Quartal eine Übersicht der bezahlten Vergütungen.

Abs. 2

Die Kantone sind befugt, diese Angaben beim Versicherer zu überprüfen. Sind medizinische Angaben von dieser Prüfung betroffen, so erfolgt die Prüfung unter Aufsicht des kantonsärztlichen Dienstes.

Abs. 3

Streitigkeiten zwischen Kantonen und Versicherern über den kantonalen Beitrag nach Absatz 1 entscheidet das Versicherungsgericht des betroffenen Kantons.

Abs. 4

Durch Gesetz können die Kantone vorsehen, dass der auf den Kanton entfallende Vergütungsanteil, in Abweichung von Artikel 66c Absätze 1 bis 3, vom Kanton auf Rechnungstellung des Leistungserbringers hin direkt an diesen entrichtet wird.

Art. 66c

*Nouvelle proposition de la majorité
Biffer*

*Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)*

Titre

Procédure

Al. 1

Pour faire valoir la contribution cantonale, les assureurs établissent chaque trimestre un aperçu des rémunérations prises en charge.

Al. 2

Les cantons sont habilités à vérifier ces indications auprès de l'assureur. Si des indications médicales sont concernées par cet examen, celui-ci a lieu sous la surveillance du service du médecin cantonal.

Al. 3

Les litiges entre cantons et assureurs portant sur la contribution cantonale selon l'alinéa 1 sont jugés par le tribunal des assurances du canton concerné.

Al. 4

Dans le cadre d'une loi, les cantons peuvent prévoir que la part de rémunération qui incombe à un canton, en dérogation à l'article 66a alinéas 1 à 3, soit directement versée au fournisseur de prestations, sur facturation de ce dernier.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 79a

Neuer Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:
... den Artikeln 41 und 49a geleistet hat.

*Neuer Antrag der Minderheit
(Stähelin)
Streichen*

Art. 79a

Nouvelle proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:
... des articles 41 et 49a.

*Nouvelle proposition de la minorité
(Stähelin)
Biffer*

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Art. 84a Abs. 1 Bst. f; 104 Abs. 2

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 84a al. 1 let. f; 104 al. 2

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission*

Ziff. II

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates, aber:
... nach den Artikeln 39 und 39a genügen. Die erste Planung nach Artikel 39a Absatz 3 ist bis Ende 2007 ...

Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung erfolgt nach dem Inkrafttreten dieser Änderung zeitlich gestaffelt, spätestens aber mit den Spitaltarifen, die mit Wirkung ab 1. Januar 2009 angewendet werden. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

Abs. 3

In bisher subventionierten Spitälern beteiligen sich die Kantone bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, aber spätestens bis zum Vorliegen der überarbeiteten Spitallisten nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halb-

privat- und Privatabteilungen in der Höhe der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals.

Abs. 4

In bisher nicht subventionierten Spitälern beteiligen sich die Versicherer bis zum Vorliegen der überarbeiteten Spitallisten nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen. Die Kantone haben ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten im dritten Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung zu übernehmen.

Abs. 5

In den ersten fünf Jahren nach der ersten Anwendung leistungsbezogener Pauschalen:

a. dürfen die Kantone ihre nach Artikel 49a erstmals festgelegten kantonalen Vergütungsanteile um höchstens 2 Prozentpunkte pro Jahr verändern;

b. sind jene Kantone, welche die Mindestanteile nach Artikel 49a Absatz 2 unterschreiten, befugt, den kantonalen Anteil nur um 1 Prozentpunkt pro Jahr zu erhöhen.

Abs. 6–9

Streichen

Neuer Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Abs. 1

... nach Artikel 39 genügen. Solange diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, bleibt die vor der Gesetzesänderung geltende Finanzierungsregelung anwendbar. Die erste Planung ...

Abs. 2

... Die Einführung erfolgt nach dem Inkrafttreten dieser Änderung zeitlich gestaffelt. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

Abs. 3–5

Streichen

Abs. 6

Liegt bei Inkrafttreten dieser Änderung die kantonale Beitragsquote in einem Kanton unter der gesamtschweizerischen Mindestbeitragsquote, so ist dieser Kanton verpflichtet, seine Beitragsquote um jährlich mindestens 1 Prozentpunkt anzuheben, bis die gesamtschweizerische Mindestbeitragsquote erreicht ist. Artikel 66b Absatz 2 bleibt vorbehalten.

Abs. 7

Liegt bei Inkrafttreten dieser Änderung die kantonale Beitragsquote in einem Kanton über der gesamtschweizerischen Mindestbeitragsquote, so ist dieser Kanton berechtigt, aber nicht verpflichtet, seine Beitragsquote um jährlich höchstens 0,5 Prozentpunkte zu reduzieren.

Abs. 8

Solange keine leistungsorientierten Pauschalen existieren, verfügen die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

Abs. 9

Solange keine leistungsorientierten Pauschalen existieren, ordnen die Kantone Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Ch. II*Nouvelle proposition de la majorité**Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral, mais:

.... aux exigences des articles 39 et 39a dans modification. La première version de la planification selon l'article 39a alinéa 3 doit être établie d'ici fin 2007 et mise en oeuvre dans un délai de trois ans.

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe la date à compter de laquelle les forfaits liés aux prestations prévus à l'article 49 alinéa 1 doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. L'introduction se fait par étapes après l'entrée en vigueur de la présente modification, mais au plus tard avec les tarifs hospitaliers applicables à partir du 1er janvier 2009. Le Conseil fédéral détermine comment les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Al. 3

Dans les hôpitaux jusqu'ici subventionnés, les assureurs participent, jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, mais au plus tard jusqu'à l'établissement des listes hospitalières visées à l'alinéa 1, aux coûts des traitements hospitaliers dispensés sur leur territoire, en division semi-privée et privée, à hauteur des tarifs dus par les assureurs pour les résidents du canton en division commune de l'hôpital concerné.

Al. 4

Dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, les assureurs participent, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, jusqu'à l'établissement des listes hospitalières visées à l'alinéa 1, aux coûts des traitements hospitaliers. Les cantons doivent prendre en charge leur part de rémunération prévue à l'article 49a, y compris les coûts d'investissement, dans la troisième année à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.

Al. 5

Durant les cinq premières années suivant la première application des forfaits liés aux prestations:

- a. les cantons sont autorisés à modifier la part cantonale, fixée pour la première fois conformément à l'article 49a, de 2 pour cent par an au maximum;
- b. les cantons qui n'atteignent pas les parts minimales visées à l'article 49a alinéa 2 peuvent augmenter leur part de 1 pour cent seulement par an.

Al. 6-9

Biffer

*Nouvelle proposition de la minorité (Stähelin)**Al. 1*

.... modification. Tant que cette condition n'est pas remplie, les règles de financement en vigueur avant la modification de la présente législation sont applicables.

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe la date à compter de laquelle les forfaits liés aux prestations prévus à l'article 49 alinéa 1 doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. L'introduction se fait par étapes après l'entrée en vigueur de la présente modification. Le Conseil fédéral détermine comment les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Al. 3-5

Biffer

Al. 6

Si, lors de l'entrée en vigueur de la présente modification, dans un canton, la quote-part cantonale est inférieure à la quote-part minimale sur le plan suisse, ce canton a l'obligation d'augmenter sa quote-part d'un taux annuel de 1 point de pourcentage au moins jusqu'à ce que la quote-part minimale sur le plan suisse soit atteinte. L'article 66b alinéa 2 est réservé.

Al. 7

Si, lors de l'entrée en vigueur de la présente modification, dans un canton, la quote-part cantonale est supérieure à la quote-part minimale sur le plan suisse, ce canton est autorisé à réduire sa quote-part de 0,5 point de pourcentage par année au maximum, mais il n'y est pas tenu.

Al. 8

Tant qu'il n'existe pas de forfaits liés aux prestations, les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

Al. 9

Tant qu'il n'existe pas de forfaits liés aux prestations, les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention selon l'article 46 alinéa 5 et demander à l'autorité compétente (art. 46 al. 4) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Zu Ziffer II Absatz 5 liegt eine Ergänzung der Fahne vor.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Pour que les augmentations des participations cantonales puissent être absorbées par les cantons, les dispositions transitoires prévoient une introduction différenciée. Cette introduction des coûts se fait par étapes. L'entrée en vigueur étant en principe prévue au 1er janvier 2007, la première année est consacrée à établir la planification sans augmentation des coûts. La deuxième année, il s'agirait d'introduire les forfaits liés aux prestations, y compris les frais d'investissement pour les hôpitaux publics. La troisième année, en principe au 1er janvier 2009, on appliquera la planification intégrale, y compris les hôpitaux privés. Si l'entrée en vigueur ne se faisait pas, ce qui est probable, au 1er janvier 2007, les étapes seraient simplement différées au même rythme à partir de l'entrée en vigueur. Nous avons donc complètement suivi les demandes qui ont été formulées par les cantons en matière de planification, notamment en prévoyant que la planification intégrale ne se fasse qu'au 1er janvier 2009.

La seule mention concernant les frais d'investissement figure dans les dispositions transitoires de la loi, puisqu'il s'agit de donner la compétence au Conseil fédéral de déterminer comment les frais d'investissement effectués avant l'entrée en vigueur entreront dans le calcul du tarif. A fortiori, on peut en déduire évidemment que les frais d'investissement doivent toujours être inclus dans le calcul des forfaits liés aux prestations, ceci contrairement à la loi actuelle qui prescrit de ne pas prendre en compte les frais d'investissement dans l'établissement des tarifs hospitaliers. Il va de soi, et je le précise à l'intention des cantons, que ces derniers sont libres de déterminer les investissements dans leurs hôpitaux, comme d'ailleurs les hôpitaux privés. La manière dont ces frais seront inclus dans le forfait, c'est seulement cela qui sera déterminé à l'avance, donc de quelle façon on inclut le montant des frais d'investissement dans le forfait.

L'alinéa 3 des dispositions transitoires constitue en quelque sorte une prorogation de la loi fédérale urgente actuelle sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton pour une durée de deux ans encore après l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal que nous traitons maintenant.

Nous avons encore introduit un alinéa 5 dans les dispositions transitoires, afin de tenir compte des réticences des cantons et de leurs craintes concernant les effets de seuil et – comme je l'ai dit tout à l'heure – des problèmes du canton de Thurgovie, ainsi que des effets négatifs qui pourraient affecter le montant des primes si l'on passe trop brusquement d'un palier à l'autre.

Avec cette disposition, nous voulons permettre un échelonnement à partir de la troisième année après l'entrée en vigueur, soit durant les cinq années qui suivent la première application des forfaits liés aux prestations. Pendant ces cinq ans, les cantons ne peuvent abaisser leur part que de 2 pour cent au maximum par an, s'ils veulent l'abaisser dans le respect du cadre légal. Et surtout, les cantons qui n'atteignent pas les 45 pour cent – ou les 60 pour cent s'ils le doivent – peuvent prévoir une augmentation de 1 pour cent par an seulement pendant les cinq premières années. Suivant le cas de figure, la période transitoire pourrait donc aller jusqu'à sept années. Nous espérons ainsi avoir tenu compte, dans la mesure du possible, des réserves exprimées par les cantons, tout en sachant que le Conseil national devra encore se pencher plus attentivement sur ces questions.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

Ziff. III

Neuer Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2007 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

Ch. III

Nouvelle proposition de la commission

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1er janvier 2007 ou le 1er janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission*

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 25 Stimmen

Dagegen 1 Stimme

(9 Enthaltungen)

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

06.9001

Mitteilungen des Präsidenten Communications du président

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Es freut mich, auf der Tribüne Abgeordnete aus Kosovo begrüßen zu dürfen, die uns am internationalen Tag der Frau besuchen. Kosovo hat schlimme Zeiten erlebt: Während des Krieges 1999 hat die Schweiz Hunderttausende Menschen aufgenommen, die vor grausamen Kämpfen und Verfolgung geflüchtet sind. Heute geht es darum, den Aufbau von Kosovo voranzutreiben. Wir

möchten der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass sich der künftige Status Kosovos im Einvernehmen mit allen beteiligten Parteien erreichen lässt.

Ich heisse unsere Kolleginnen aus Kosovo in der Schweiz herzlich willkommen! (*Beifall*)

06.3009

Motion SGK-SR (04.061). Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen

Motion CSSS-CE (04.061).

Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires

Einreichungsdatum 24.01.06

Date de dépôt 24.01.06

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06

Antrag der Kommission

Annahme der Motion

Antrag Sommaruga Simonetta

Ablehnung der Motion

Proposition de la commission

Adopter la motion

Proposition Sommaruga Simonetta

Rejeter la motion

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Plutôt que de se rallier à la proposition du Conseil fédéral qui figurait dans le projet de loi, qui prévoyait le passage à un financement moniste dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la révision portant sur le financement hospitalier, la commission a préféré agir par voie de motion. Elle souhaite en effet, d'une part, ne pas perdre le travail qu'elle a déjà accompli et, d'autre part, mettre l'accent sur ce dont il s'agit vraiment, soit d'assurer un financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations stationnaires.

La commission a reçu aussi d'excellentes propositions de «H+» à la fin de ses travaux sur le premier projet qu'elle avait présenté. Elle n'a pas eu l'opportunité de les examiner. Ce n'est pas non plus le lieu de les examiner ici. C'est pourquoi elle a donné au Conseil fédéral un mandat allant dans ce sens.

La commission, par 9 voix contre 2, a donné un délai au Conseil fédéral jusqu'à fin 2008 pour présenter un projet qui va dans ce sens, et elle vous invite à adopter sa motion.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Der Grund, weshalb ich Ihnen diese Motion der Kommission zur Ablehnung empfehlen möchte, liegt nicht darin, dass ich mit dem Inhalt der Motion überhaupt nicht einverstanden wäre. Ich habe letztes Mal, als wir den ersten Vorschlag der SGK-SR beraten haben, diesen ebenfalls unterstützt, und zwar auch, weil ich überzeugt bin, dass eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sinnvoll ist.

Ich habe damals aber auch Verständnis für den Widerstand der Kantone gehabt, und zwar dafür, dass die Kantone nicht etwas mitfinanzieren wollten, nämlich die ambulante Medizin, solange sie dazu nichts zu sagen hatten. Das war damals meines Erachtens die Schwäche der Vorlage der ständerätlichen Gesundheitskommission. Deshalb haben wir diese Motion auch zurückgewiesen, weil die Kantone im ambulanten Bereich keine Steuerungsmöglichkeiten erhalten

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Vor der Gesamtabstimmung wünscht auch Herr Bundesrat Couchepin das Wort.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: En bonne logique, il faut distinguer les objectifs stratégiques des objectifs tactiques. L'objectif stratégique, c'est de savoir s'il est nécessaire d'avoir des ressources supplémentaires pour faire face à la situation catastrophique de l'AI. Monsieur Bortoluzzi prétend que, par un effort de bonne volonté, par d'aimables mesures quotidiennes, par un effort des collaborateurs, mais sans dire comment, il est possible d'obtenir un rééquilibrage des dépenses et des recettes de l'AI. C'est faux. Lui-même sait que cela n'est pas possible. C'est tromper le peuple suisse que de lui dire qu'il est possible de rétablir l'équilibre de l'AI sans ressources supplémentaires.

Lorsque la 5e révision de l'AI sera mise en oeuvre, elle apportera une contribution à la solution. Elle permettra d'améliorer la situation des rentiers ou de ceux qui devraient avoir une rente. Mais il reste un déficit structurel d'environ 1,5 milliard de francs. Celui qui prétend qu'il est possible de liquider ce déficit simplement avec de la bonne volonté et avec l'action quotidienne des services est un menteur.

On peut dire et affirmer certaines choses, mais après avoir travaillé pendant des mois dans les commissions, après avoir étudié toute une série de propositions, je prétends qu'il n'est pas possible d'affirmer de bonne foi que l'AI peut être assaini sans ressources supplémentaires. Tous ceux qui prétendent le contraire trompent le peuple suisse, ou alors je les invite à monter à la tribune pour dire quelle solution est possible. Voilà ce qui tient du long terme.

Pour le reste, savoir si, à la suite des différents votes qui ont eu lieu hier et aujourd'hui, il faut voter oui pour donner un signal positif et attendre que le Conseil des Etats corrige la solution qui est préconisée, ou s'il faut voter non pour manifester un profond mécontentement et attendre quand même qu'une nouvelle solution vienne du Conseil des Etats, c'est de la tactique.

Il est vrai que la majorité des membres de ce conseil, après être entrée en matière, a voté des solutions différentes, mais qui aboutissent quand même à la mise à disposition de montants supplémentaires pour l'AI. Je tiens à remercier ici la majorité précitée et en particulier les groupes socialiste, démocrate-chrétien, radical-libéral, des Verts et PEV/UDF. Je tiens à les remercier d'avoir eu le sens des responsabilités, de prendre le risque d'affronter une votation difficile, mais d'avoir dit qu'il n'est pas possible d'assainir l'AI sans ressources supplémentaires.

Quant aux vendeurs d'illusions, ils gagneront peut-être, mais je n'aimerais pas être à leur place lorsqu'ils se regardent en conscience, lorsqu'ils réfléchissent à la responsabilité qu'ils assument devant le pays et le peuple!

Pour le reste, votez. Le Conseil des Etats, je l'espère, fera son devoir, avec le sens de la réalité qui est le sien. (*Applaudissements partiels*)

05.053

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir kommen zur Gesamtabstimmung über das Geschäft 05.053, «IV. Zusatzfinanzierung». Wir haben ja die Vorlage beraten, aber die Gesamtabstimmung ausgesetzt. Das holen wir jetzt nach.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble (namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 05.053/4075)
Für Annahme des Entwurfes 77 Stimmen
Dagegen 100 Stimmen

05.052

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir kommen jetzt zur Gesamtabstimmung über die Vorlage 2 des Geschäftes 05.052, «5. IV-Revision».

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble (namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 05.052/4074)
Für Annahme des Entwurfes 85 Stimmen
Dagegen 93 Stimmen

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Antrag der Kommission Eintreten

Antrag Huguenin Nichteintreten

Proposition de la commission Entrer en matière

Proposition Huguenin Ne pas entrer en matière

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Nach dem Scheitern der KVG-Revision in der Wintersession 2003 hat der Bundesrat die Revision des Krankenversicherungsgesetzes in vier Vorlagen aufgeteilt. Der Ständerat hat inzwischen drei Teilvorlagen verabschiedet; wir diskutieren heute den ersten Revisionsteil, die Spitalfinanzierung.

Im Hinblick auf den grössten Kostenblock in der Krankenversicherung sowie die Kostenentwicklung ist die Spitalfinanzierung wohl der wichtigste und wirkungsvollste Teil der KVG-Revision. Nachdem der Ständerat in der Herbstsession 2005 einen echten, mutigen Reformschritt seiner Kommission auf Druck der Kantone abgelehnt hatte, hat er vor einem Jahr in der Frühjahrsession 2006 die Spitalfinanzierung in einer weniger weit gehenden Kompromissvariante verabschiedet. Ziel war es, eine Gleichbehandlung aller Versicherten und die Gleichbehandlung sämtlicher Listenspitäler zu erreichen. Konkret haben neu alle Versicherten bei der Behandlung in einem Listenspital Anspruch auf die Beiträge des Versicherten- und des Kantons. Damit findet ein Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt. Der Kantonsbeitrag wird patientenbezogen ausbezahlt und nicht mehr als Subvention in eine Institution. Zudem gelten für alle Spitäler und Kliniken auf den Spitalisten gleiche Rechte und Pflichten, und sie

werden unabhängig von ihrer Trägerschaft gleich finanziert. In der SGK hat die Spitalfinanzierungsvorlage eine Grundsatzdebatte ausgelöst über die Frage, welcher Weg bei der Neuregelung der Spitalfinanzierung einzuschlagen sei, ob mehr Wettbewerb oder mehr Planung, um die übergeordnete Zielsetzung der Revision zu erreichen, nämlich eine qualitativ gute und kosteneffiziente Spitalversorgung für die Bevölkerung. Während eine Kommissionsmehrheit die Wettbewerbselemente stärken will, setzt eine Minderheit auf die Verstärkung der Planung. Wir werden in den einzelnen Artikeln darauf zu sprechen kommen.

Zwei Ordnungsanträge mit der gleichen Stossrichtung fanden in der Kommission eine Mehrheit. Beide verlangten, die Vorlage der Spitalfinanzierung zu etappieren und in einem ersten Schritt die Grundlage für die Einführung der Leistungsfinanzierung auf einem gesamtschweizerisch einheitlichen System zu realisieren, das heisst auf der Basis von Swiss DRG; zudem seien die Grundlagen für Betriebsvergleiche hinsichtlich Ergebnisqualität und Kosteneffizienz zu schaffen. Eine entsprechende Aufteilung der Vorlage wurde auch von der GDK und von H+ gefordert. Entgegen diesen Ordnungsanträgen hat die Kommission die Vorlage durchberaten und neben den unbestrittenen Punkten Neuerungen gemäss Ständerat bestätigt sowie auch Abweichungen zur ständerätlichen Fassung beschlossen. Unbestritten waren in der Kommission folgende Punkte gemäss Ständeratsbeschluss:

1. Die möglichst zügige Einführung der Leistungsfinanzierung auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen gemäss Swiss DRG. Dabei sind die Investitionskosten gemäss Vorgaben des Bundesrates in die Fallpauschalen mit einzukalkulieren.
2. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für Transparenz bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie zur Veröffentlichung der Daten.

Eine Kommissionsmehrheit will analog zum Ständerat, dass der Bund einheitliche Kriterien für die Planung erlässt. Mit dieser Kompetenzdelegation soll erreicht werden, dass die Planung in den Kantonen auf einer objektiveren Grundlage von Qualität, Kosteneffizienz und regionaler Versorgungssicherheit erstellt wird. In diesem Zusammenhang wurde in der Kommission die Mehrfachrolle der Kantone diskutiert. Sie sind Spitalplaner, Betreiber von Spitälern, Genehmigungsinstanz bezüglich Tarifen und Schiedsrichter beim Scheitern von Verhandlungen. Diese Mehrfachfunktion führt unweigerlich zu Zielkonflikten, namentlich wenn es um die Gleichbehandlung von eigenen Spitälern und Privatkliniken geht. Verfassungsmässig haben die Kantone den Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Im stationären Bereich müssen die Kantone dazu aufgrund bedarfsgerechter Spitalplanung Spitallisten erstellen. Die Mehrheit der SGK will, dass diese Planung künftig auf der Basis von objektiveren Kriterien wie Qualität, Kosteneffizienz und regionale Versorgungssicherheit vorgenommen wird. Das heisst, dass bezüglich Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Spitallisten gleich lange Spiesse bezüglich Rechten und Pflichten für öffentliche und private Spitäler gelten müssen.

Die wichtigsten Änderungen zur ständerätlichen Fassung liegen in der Einführung des sogenannten Cassis-de-Dijon-Prinzips, der Aufnahme von Geburtshäusern und der Abgeltung der Leistungen. Einigkeit herrscht in der Kommission darüber, dass für Patientinnen und Patienten eine schweizweite Freizügigkeit bei der Wahl eines Listenspitals eingeführt werden soll, das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip. Dieser in der SGK unbestrittene Beschluss wird von den Kantonen bekämpft. Im Detail werden wir darauf bei Artikel 41 Absatz 1bis zu sprechen kommen. Weiter beantragt eine Kommissionsmehrheit, dass künftig auch Aufenthalts- und Hotelleriekosten in Geburtshäusern von den Versicherern bezahlt werden müssen. Soweit Geburtshäuser als stationäre Leistungserbringer zugelassen werden, sollte auch da die Abgeltung paritätisch zwischen Versicherern und Kantonen erfolgen. Die ständerätliche Fassung von Artikel 49a Absatz 2, Abgeltung der stationären Leistungen, be-

urteilte die Kommission als zu kompliziert für den Vollzug; sie schlägt mehrheitlich vor, den minimalen kantonalen Kostenanteil von 55 Prozent festzuschreiben. Diese für die Kantone flexiblere Lösung berechtigt sie allerdings nicht dazu, Kostenverlagerungen zulasten der Krankenversicherer vorzunehmen. Das gilt vor allem für Kantone, in denen der kantonale Anteil schon heute wesentlich über 55 Prozent liegt.

Wichtig sind die Übergangsbestimmungen. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Fallpauschalen aufgrund einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur einzuführen sind. Zuvor legt er fest, wie die getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einzubeziehen sind. Spätestens mit den Spitaltarifen im dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes müssen alle Listenspitäler aufgrund von einheitlichen Fallkosten gleich finanziert werden. Auf den gleichen Zeitpunkt soll auch die schweizweite Wahlfreiheit unter den Listenspitälern eingeführt werden, das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip. Während der Einführungsphase vereinbaren Kantone und Versicherer die massgeblichen Vergütungsanteile. Allfällige Mehrkosten aus der Spitalfinanzierungsvorlage müssen paritätisch von beiden Kostenträgern übernommen werden.

Eintreten auf die Vorlage war in der Kommission unbestritten. In der Gesamtabstimmung hat die Kommission der Vorlage mit 12 zu 5 Stimmen bei 5 Enthaltungen zugestimmt. Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, auf die Spitalfinanzierungsvorlage einzutreten.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: De toute évidence, la situation actuelle ne donne pas satisfaction et impose une révision de la loi. La part du financement hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins est réglée actuellement en fonction des coûts d'exploitation imputables. Ce système aboutit à une focalisation de chaque partenaire financier – cantons et assureurs – sur ses propres intérêts. Cela ne permet guère une optimisation de l'efficacité et, donc, du rapport coûts/prestations.

Par ailleurs, la planification hospitalière s'est faite essentiellement sur la base de considérations locales/régionales et surtout d'opportunités politiques. Cela a abouti à une situation des plus disparates et n'a pas permis une restructuration conçue véritablement en fonction des besoins.

Enfin, la décision du Tribunal fédéral des assurances obligeant les cantons à contribuer à la prise en charge des patients privés dans les hôpitaux publics ou subventionnés dans la même mesure que les patients ne disposant que de l'assurance de base a débouché sur des charges supplémentaires de l'ordre de 700 millions de francs. Cela a conduit à la mise sur pied d'une loi fédérale urgente en 2002 afin d'échelonner les participations cantonales. En décembre dernier, nous avons repoussé l'échéance de cette loi puisque nos travaux n'ont pas encore abouti. Tous ces éléments font qu'une révision des modalités du financement hospitalier s'impose.

La présente révision est fondée sur trois axes auxquels il faut ajouter la compensation des risques.

1. La mise en place d'un financement lié aux prestations, c'est-à-dire de forfaits par pathologie. Cela permet non seulement de réaliser la transparence et donc de disposer de données claires concernant l'activité de chaque établissement tout en incluant les paramètres économiques, mais aussi d'établir des indicateurs de qualité et de résultats. Cette approche fait l'unanimité des partenaires et des partis politiques. Par contre, il y a des divergences quant à l'usage qui peut en être fait.

2. Cette révision tend à permettre une planification hospitalière intégrale en fonction des besoins effectifs sur la base de critères définis par la Confédération en accord avec les cantons. C'est l'approche qui a le plus divisé la commission. Elle a débouché sur des débats que je me permets de qualifier de tortueux. Il en est résulté un remaniement complet des articles 39 et 39a, compliquant la compréhension du projet qui vous est soumis. Nous y reviendrons.

3. Il y a lieu de fixer clairement la part financée par les cantons et celle financée par l'assurance obligatoire des soins, en tenant compte des investissements et non seulement des seules prestations. Cela confère aux établissements une indiscutable autonomie de gestion en fonction du mandat de prestations qui leur a été attribué. Le Conseil fédéral envisageait un système dual fixe avec 50 pour cent pour les cantons et 50 pour cent pour l'assurance-maladie. Le Conseil des Etats s'est rabattu sur une répartition 60/40 après une tentative de mise en place d'un système moniste qui envisageait une participation des cantons de 30 pour cent à toutes les prestations, aussi bien hospitalières qu'ambulatoires. Cette approche novatrice avait déclenché une opposition farouche des cantons, de toute évidence peu disposés à connaître une pareille révolution.

La majorité de la commission s'en est tenue à un compromis de 55 pour cent au moins en supprimant toute référence à la moyenne suisse des primes, cela pour assurer l'homogénéité du système sur le plan national. C'est la formule la plus proche de la situation actuelle et qui ménage le plus les finances cantonales. Elle n'interdit pas bien sûr une contribution supérieure, comme à Genève où elle atteint 74,5 pour cent.

Enfin, un affinement du dispositif de la compensation des risques faisait partie du deuxième volet de cette révision. La commission a estimé que cette question ne faisait pas primordialement partie de la problématique du financement des hôpitaux. En revanche, elle est beaucoup plus directement liée au «managed care» et à l'obligation de contracter. Elle a par conséquent décidé, par 14 voix contre 7 et 1 abstention, de repousser ce débat à l'examen de la révision de la LAMal en relation avec ces deux objets.

Comme je viens de le mentionner, le maintien de la planification hospitalière a suscité la perplexité d'une bonne partie de la commission. Cette mesure n'entre-t-elle pas en contradiction avec le financement lié aux prestations en la rendant par conséquent superflue? En dehors des «hearings» habituels, la commission a donc souhaité entendre les professeurs Robert Leu et Thomas Poledna, auteurs d'un projet basé sur la concurrence et la transparence. Les établissements verraient leur financement conditionné par leurs performances. Celles-ci seraient évaluées par des indicateurs de qualité et de résultats. Ce modèle, inspiré en partie par le système hollandais, n'a pas manqué de séduire une majorité de la commission.

Toutefois, force a été de reconnaître qu'il posait de nombreux problèmes. Le premier et le plus important, sans doute, est d'ordre constitutionnel. Une modification de la Constitution s'impose pour dépouiller les cantons de leur compétence en matière de gestion de l'offre d'établissements publics et s'en remettre essentiellement au marché. Ensuite, un classement en fonction des performances ne va pas sans autre, car cela demande une validation rigoureuse des critères de sélection. Qui plus est, l'activité des différents établissements se situe dans des contextes très divers, allant de la couverture des besoins en périphérie à une médecine très spécialisée.

La comparaison des uns avec les autres demande donc de tenir compte de ces facteurs, ce qui rend un classement aléatoire. Enfin, à défaut de comparer des pommes avec des poires, n'y a-t-il pas une certaine confusion des genres dès le moment où des critères se référant à certains aspects de la réalité viennent se substituer à ceux du marché et de la concurrence, à savoir le libre choix de l'hôpital par les assurés patients, marché et concurrence auxquels on entend précisément confier un rôle déterminant? Le modèle hollandais, d'ailleurs, se garde bien d'établir le moindre classement et se contente de mettre l'accent sur l'information et la transparence.

Fort de ces considérations, la commission a imaginé de scinder le projet en deux volets, le premier étant limité au financement en fonction des prestations, soit l'introduction des forfaits par pathologie DRG (diagnosis related groups), le second traitant de toutes les autres questions sur lesquelles un consensus paraît plus difficile à établir. Cela aurait oc-

asionné un retard inadmissible avec la persistance d'un flou législatif impropre à la mise à disposition d'un outil de gestion, même à titre provisoire. L'introduction isolée d'un financement par DRG incluant les investissements est de plus totalement incompatible avec le système actuel. La commission s'est donc ralliée au projet du Conseil des Etats dans sa majeure partie et a confié à une sous-commission le soin d'examiner dans quelle mesure la proposition des professeurs Robert Leu et Thomas Poledna est susceptible d'être éventuellement reprise dans un second temps.

La grande nouveauté du projet qui vous est soumis et qui fait, dans une certaine mesure, pendant à la proposition des professeurs Robert Leu et Thomas Poledna, est l'introduction du principe du «Cassis de Dijon», soit le libre choix offert aux patients d'aller se faire soigner dans les hôpitaux de toute la Suisse figurant sur une liste de planification. Enfin, la commission a revu tout le chapitre des statistiques pour permettre une harmonisation des méthodologies sous l'égide de la Confédération et pour éviter la saisie de multiples données finalement vouées au cimetière à défaut d'objectifs bien définis. L'introduction d'indicateurs de qualité et de résultats fait partie de la stratégie destinée à clarifier les rôles et permettre des comparaisons de type «benchmarking» entre les établissements.

C'est donc par 15 voix contre 4 et 3 abstentions que la commission vous prie d'entrer en matière sur ce projet.

Huguenin Marianne (–, VD): La révision de la LAMal progresse pas à pas, se réjouit SantéSuisse, ravie de voir aboutir peu à peu toutes les réformes souhaitées après l'échec en décembre 2003 de la deuxième révision partielle. Cette stratégie des petits pas a été choisie par le Conseil fédéral qui a présenté, entre mai 2004 et février 2005, sept messages touchant chacun un aspect particulier de la LAMal, saucissonnant le tout. Nous sommes devant une sorte de monstre flou à sept têtes – je ne parle pas du Conseil fédéral! – extrêmement complexe, rendant pour le moins difficile au citoyen moyen d'y retrouver ses petits, et donc de pouvoir réagir par la voie du référendum.

En effet, l'une des modifications entrées en vigueur en 2006, le nouvel article 64a, a fait apparaître en Suisse des personnes exclues des soins, tout en protégeant les caisses-maladie qui peuvent exclure plus rapidement les mauvais payeurs et en rejetant la responsabilité sur des patients qui connaissent la plupart du temps déjà de graves difficultés ainsi que sur les cantons et les prestataires de soins appelés, eux, à plus d'éthique. On compte 120 000 personnes sans couverture d'assurance en Suisse, selon la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – «la pointe de l'iceberg», selon les médecins.

Derrière les sept têtes du monstre flou, dans cette sorte de révision permanente de la LAMal, qui fait le va-et-vient entre nos deux chambres, se voit reportée pour plus tard ou refait surface en fonction des enjeux politiques du moment – voir l'obligation de contracter, vouée aux gémonies avant le vote sur la caisse unique et qui ressuscite dès le 12 mars 2007 –, se profile une troisième révision. Officiellement, elle mijote toujours dans les chaudrons du Conseil fédéral, mais ses mots clés sont justement la liberté de contracter – dans le domaine ambulatoire, mais aussi dans le domaine stationnaire, disent certains – et le financement moniste des hôpitaux, soit leur soumission à la seule gestion des caisses-maladie.

«A gauche toute!/Links!» vous invite à ne pas entrer en matière sur cette révision partielle touchant le financement hospitalier. Pourquoi? Tout simplement parce qu'elle balise le chemin vers le financement moniste annoncé pour plus tard, parce que le but de cette loi est de faire entrer les hôpitaux dans le monde de la concurrence et du marché, parce qu'elle va marquer un retrait des pouvoirs publics dans le financement des hôpitaux, parce qu'elle va contribuer à effacer la distinction entre hôpitaux publics et privés.

La pression sur les hôpitaux est actuellement déjà forte. Dans plusieurs cantons, les mesures de planification hospitalière ont principalement visé le secteur public. Globale-

ment, le nombre de lits hospitaliers est en diminution relative par rapport à l'accroissement de la population. Les tentatives pour soustraire les hôpitaux à la gestion directe de l'Etat ont abouti à Neuchâtel ou échoué devant le peuple à Berne, mais se poursuivent. Ce statut «hors sol» est censé rendre plus facile leur concentration et la suppression d'hôpitaux régionaux. Dans plusieurs cantons, la politique hospitalière est un des lieux de résistance de la population.

Selon le rapport annuel 2006 de la Commission fédérale pour les questions conjoncturelles, au cours des deux dernières décennies, le nombre de lits d'hôpital a chuté de 43 pour cent et la durée moyenne des séjours de 41 pour cent. Aux HUG à Genève, le volume d'activité a crû de 11 pour cent en cinq ans, alors que les effectifs n'ont augmenté que de 7 pour cent. Cette politique est basée sur l'accroissement du contrôle des prestations des médecins et des coûts des hôpitaux, sur leur soumission aux critères de gestion utilisés dans le secteur privé. On les compare à des usines: on parle de chaîne de production; on voit même cette loi introduire le principe du «Cassis de Dijon»; on voit un Peter Hasler, ancien patron des patrons, élu par le législatif zurichois comme président du nouveau conseil de l'hôpital universitaire de Zurich; on voit des hôpitaux américains, utiliser les méthodes de management de Toyota.

Les forfaits par cas et le système des DRG sont des outils essentiels de cette mise en concurrence. Nous les connaissons dans le canton de Vaud. Le financement des prestations avec des forfaits par cas peut sembler banal, une simple mesure technique de bonne gouvernance. Ce pourrait en théorie être le cas si cet outil restait dans le cadre de la gestion. Le danger, c'est qu'il tend à contaminer toute la pratique des soins, qu'il renforce le primat de la technologie au détriment des soins eux-mêmes.

J'entends encore cette parente, hospitalisée à Genève, qui disait qu'elle bénéficiait au niveau technologique d'une médecine de pointe, mais qu'elle se retrouvait dix ans en arrière au niveau des soins infirmiers.

Le contrôle des coûts par patient devient le mode de gestion de l'hôpital imposé aux soignants. Ce n'est plus un patient individuel qui se trouve au centre, mais les DRG, une «maladie-traitement». Sous la pression des gestionnaires, le critère de la durée moyenne de séjour a envahi le discours des soignants. On ne parle que de durée moyenne de séjour et les critères médicaux – vous avez de la fièvre, vous n'êtes pas bien – ne comptent plus: vous êtes poussé vers la sortie.

Ce système incite à écourter les séjours, quitte à augmenter les réhospitalisations. Il pousse à transférer sur la médecine de ville les coûts, sans utiliser les synergies de l'hôpital. Il transforme le patient en une «hot potato», comme disent les Américains qui en ont l'habitude, «pomme de terre chaude» qu'il s'agit de refiler à d'autres au plus vite. Or, il n'y a aucun doute que la médecine de qualité, la médecine de demain, est et sera une médecine individuelle, une médecine qui s'adapte à chaque situation. Le système des DRG qui devient le critère de gestion, qui contamine toute la pensée des soignants, va dans l'autre sens, dans le sens de la soumission de la santé des hôpitaux aux critères de la productivité individuelle, et c'est toute la culture propre du monde hospitalier qu'on est en train de briser. Ce système va donc permettre leur mise en concurrence, va contribuer à augmenter la pression au détriment de la qualité des soins, le stress, l'épuisement professionnel, le «burn-out» du personnel hospitalier.

C'est contre cette mise en concurrence, contre la contamination par le marché, contre l'obsession du contrôle des coûts au détriment de la qualité des soins que nous vous invitons à ne pas entrer en matière sur cette révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à entrer en matière sur le projet de modification du financement hospitalier.

Celui-ci est, d'une part, un élément central du système de santé, tant en termes de coûts que de prise en charge et

d'offre de soins pour notre population, et, d'autre part, un champ révélateur des différentes visions, s'agissant de l'organisation du système de santé, fondées soit sur la régulation, soit sur le libre marché ou la concurrence.

Dans le débat politique que nous menons depuis de longs mois entre les deux conseils au sujet du financement hospitalier, nous pourrions penser que ce dernier est une sorte de serpent de mer. Après le Conseil des Etats où les débats ont été houleux – un nouveau modèle a été mis sur pied, un pas en retrait a ensuite été effectué –, les débats dans la commission de notre conseil ont montré la complexité à la fois technique et politique de l'affaire. Alors que la continuité et le consensus auraient été une voie possible pour une réforme en douceur, il faut avouer que, dans cette discussion, nous avons vécu une situation relativement tendue – pour ne pas dire conflictuelle – quand bien même elle a surtout été animée par des sous-entendus et par l'absence d'une volonté clairement affirmée de choisir. Au fond, la majorité veut un autre modèle, un modèle totalement différent, sans oser aller jusqu'au bout de son intention et de le proposer, voire de le faire voter.

En conséquence, au début de ce débat, toute une série d'options demeurent ouvertes ou ne sont, du moins, pas encore exclues, et elles vont de la concurrence totale – pour utiliser des mots qu'on a souvent entendus en commission – à la recherche d'un renforcement de la régulation, notamment par la planification hospitalière. Dans ce large éventail, il y a des positions à la fois diverses et contradictoires, ce qui pose problème dans ce débat. Vu les incertitudes quant à la ligne de conduite que l'on veut effectivement suivre et les divergences qu'on va créer avec le Conseil des Etats – comme je l'ai dit, devant les options proposées, notamment par une minorité –, le groupe socialiste est pour l'instant soit insatisfait, soit sceptique, donc – vous l'aurez compris – très partagé. Nous étions partagés au vote sur l'ensemble en commission, nous restons partagés.

Aujourd'hui nous attendons les délibérations pour y voir un peu plus clair et arrêter notre position définitive pour le vote sur l'ensemble. Notre souci fondamental est d'aménager le système sans rupture. Nous ne voulons pas non plus – comme d'autres l'ont claironné sans nuance au cours des derniers mois de campagne à propos de l'initiative populaire pour une caisse unique – que le Parlement accouche, en matière de financement hospitalier, d'un monstre non maîtrisable ou non maîtrisé. Nous ne voulons pas non plus d'un saut dans l'inconnu.

Concrètement, de notre point de vue, nous disons oui au principe des APDRG (all patient diagnosis related groups) avec la nuance de ne pas prendre en considération les investissements dans le calcul des forfaits. Nous disons oui à une planification hospitalière intégrale, mais surtout à une planification hospitalière cohérente, qui soit politiquement soutenue notamment par la Confédération pour aider les cantons à aller de l'avant et à trouver des solutions sur un sujet extrêmement complexe, notamment dans le respect de la démocratie directe, ce qui peut poser des difficultés. Nous disons oui aussi à un engagement des cantons dans le financement hospitalier pour éviter une surcharge sur les primes, qui demeurent pour nous antisociales. De plus, nous disons oui aussi à davantage de transparence, mais avec des actes. Nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion par article.

Enfin, dans ce débat d'entrée en matière, je tiens à vous dire que le groupe socialiste refuse la manoeuvre du groupe UDC autour d'un pseudo-statu quo, qui n'est en fait qu'une voie déguisée vers ce que ses membres appellent joyeusement «la concurrence totale», qui ne parviendra qu'à provoquer des blocages et notamment des référendums. Ni les cantons, ni le peuple n'accepteront la privatisation du système de santé telle qu'elle est souhaitée par les membres du groupe UDC, sans régulation et livré au tout-puissant, mais ô combien dangereux, marché. Vous ne vouliez pas de rupture avec la caisse unique, ne faites pas conséquent pas cela avec les hôpitaux, ce serait grave.

Je vous demande donc d'entrer en matière.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Wir sind tatsächlich in einer seltsamen Situation. Das, was auf der Fahne steht, ist nicht das, was die Mehrheit, die hinter dieser Fahne steht, wirklich will. Auf dem Papier finden wir mehr Planung, eine stärkere Rolle des Bundes als Koordinator und eine klare Bestätigung der Kantone mit ihrem Versorgungsauftrag. Nach dem Willen der bürgerlichen Mehrheit hätte es aber weniger Planung geben sollen; die Kantone müssten entmachtet, die Privatspitäler und die Krankenkassen gestärkt, der Markt müsste geöffnet, der Monismus eingeführt werden.

Aufgrund dieser Situation ist es sehr schwierig, eine Position zu beziehen; deshalb war unsere Fraktion bei der Gesamt-Abstimmung in der Kommission gespalten. Damit wir aber überhaupt wissen, was am Schluss der Plenumsdebatte herauskommt, müssen wir auf das Geschäft eintreten. Wir beantragen Ihnen deshalb, dem Eintreten zuzustimmen.

Die Situation ist politisch unübersichtlich, weil die bürgerlichen Parteien nicht mit offenen Karten spielen. Offenbar möchten Sie vor den Wahlen nicht sagen, wohin die Reise gehen soll. Da fragt sich natürlich, ob Sie Angst vor dem Volk haben. Wieso, liebe SVP, haben Sie mit allen Mitteln dafür gekämpft, dass Ihre Initiative, die zu einem Leistungsabbau führen würde, nicht mehr vor den Wahlen zur Abstimmung kommt? Haben Sie Angst, den Leuten zu sagen, dass Sie eine Gesundheitspolitik anstreben, bei der Alte mehr zahlen müssen als Junge, Kranke mehr als Gesunde? Haben Sie Angst, den Leuten zu sagen, dass Ihre Modelle vor allem ein Ziel haben, nämlich den Markt für private Gewinne zu öffnen? Schade, dass Sie diese Diskussion nicht mehr vor den Wahlen führen, wir hätten sie gerne geführt.

Hier bei dieser Vorlage verstecken Sie sich hinter dem Zauberspruch «Fallkostenpauschale» und stellen das ins Fenster, obwohl wir wissen, dass diese Fallkostenpauschalen auch ohne dieses Gesetz hätten eingeführt werden können. Die Fallkostenpauschalen sind ein Instrument, hinter dem auch wir stehen, sie sind aber ein Instrument, das nicht ohne Risiken ist. Letztlich hängt der Erfolg von den zwei immer gleichen Fragen ab, nämlich erstens: Wer steuert das System? Und zweitens: Wie viel Geld steht zur Verfügung? Werden die Mittel verknappt oder verliert der Staat an Steuermöglichkeiten, drohen eben genau die sogenannten blutigen Entlassungen, von denen wir gestern in den Medien lesen konnten, und es droht auch eine neue Risikoselektion.

Die Fallkostenpauschalen werden also hier ins Zentrum gestellt, und damit wird vertuscht, dass Sie mit Ihren eigentlichen Zielen nicht weiterkommen. In der Kommission gab es verschiedene Phasen mit Rückkommensanträgen, und es wurde verschiedentlich versucht, die Vorlage zu torpedieren. Dabei zeigte sich, dass sich eben auch die drei bürgerlichen Parteien nicht einig sind. Ein grosser Teil möchte im Schlepptau der Economiesuisse die Planung abschaffen, und es brauchte schon ein dezidiertes Einstehen des freisinnigen Gesundheitsministers für mehr Staat, um Sie vor politischen Husarenritten zu bewahren.

Neuerdings sind Ihnen auf Geheiss der Economiesuisse die Spitalisten ein Dorn im Auge. Weshalb eigentlich? Was sind die Spitalisten anderes als die Umsetzung der Vertragsfreiheit mit dem Akteur Staat, in diesem Fall mit den Akteuren Kantone? Sie wollen doch genau diese Vertragsfreiheit, aber Sie wollen sie eben nicht mit dem Akteur Staat, sondern mit den Akteuren Krankenkassen oder einem dubiosen Regulator. Weshalb wollen Sie das? Sie wollen den Markt den Privatspitälern öffnen, und dazu sagen Sie: Alle haben gleich lange Spiesse. Auf Deutsch heisst das nichts anderes, als dass sich die Privatspitäler aus den Töpfen der Grundversicherung bedienen können. Die Kosten sollen also von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden, die Profite sollen hingegen dann in die Taschen der privaten Akteure fliessen. Genau hier stehen Ihnen die Kantone im Wege, die eben für ihre Steuergelder und für die Grundversicherung sorgen, und deshalb möchten Sie deren Einfluss beschränken. Wir sehen die Sache anders: Die Kantone sind und bleiben für uns zentrale Akteure bei der Planung und der Sicherstellung der Grundversorgung und der Gesundheitsversorgung, weil sie demokratisch legitimiert sind, weil sie per Verfassung

diesen Auftrag haben und weil sie sparsamer und effizienter sind. Für die SP-Fraktion bleibt deshalb klar, dass der Staat der zentrale Akteur in der Steuerung und Planung des Versorgungsangebotes ist und bleibt. Die Fallkostenpauschalen sind Instrumente, um die Qualität zu steigern, die Effizienz zu erhöhen und die Kostenentwicklung zu dämpfen. Darüber hinaus unterstützen wir nationale Kriterien für die kantonale Spitalplanung, soweit sie nicht als Türöffner für die Privatspitäler dienen. Wir fordern den Bedürfnisnachweis für Grossinvestitionen, die nationale Planung der Spitzenmedizin, die Aufhebung der Kantonsgrenzen mit dem Cassis-de-Dijon-Prinzip und die faire Möglichkeit für die Kantone, die Planung auch zu vollziehen, und damit die Einschränkung der Rekursrechte.

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten.

Stahl Jürg (V, ZH): Frau Kollegin Fehr Jacqueline, kann es sein, dass Sie vergessen haben, dass der Ständerat in Flims einem Gegenvorschlag zur innovativen Prämiensenkungs-Initiative der SVP zugestimmt hat?

Fehr Jacqueline (S, ZH): Und Sie haben in der Dezember-session geschlossen gegen unseren Antrag, die Vorlage sofort zur Abstimmung zu bringen, gestimmt!

Markwalder Bär Christa (RL, BE): Frau Fehr, ist Ihnen eigentlich bewusst, welche Bedeutung die Privatspitäler im Bereich der Gesundheitsversorgung, aber auch als volkswirtschaftliche Grösse in der Schweiz haben?

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich bin mir bewusst, dass der Gesundheitsmarkt ein wichtiger und wachsender Markt ist. Die Frage ist nicht, ob er wachsen darf. Die Frage ist, mit welcher Unterstützung und ob er auf Kosten der Grundversicherung und der Staatsfinanzen wachsen darf.

Teuscher Franziska (G, BE): Nach dem Wochenende mit der Abstimmung zur Einheitskrankenkasse haben alle zu interpretieren begonnen und versucht, möglichst viel Wasser in ihr eigenes Gesundheitsgärtchen zu lenken. Und da es in der Schweiz viele solche Gärthchen gibt und wir erst noch im Wahljahr stehen, gab es nach der Abstimmung mehr Stellungnahmen denn je. Eines zeigte sich aber am Abstimmungssonntag allen klar: Reformen im Gesundheitswesen sind nur in kleinen Schritten möglich, ob bei der Finanzierung oder bei der Organisation. Das müssen sich auch die Marktturbos hinter die Ohren schreiben. Die leidige Monismuskommision, die uns in der Kommission stunden-, ja tagelang beschäftigt hat, die unterdessen auch in einer Subkommission weiterdiskutiert wird, wird letztlich keine Mehrheiten finden. Also, ersparen wir uns doch diesen Leerlauf.

Die vorberatende Kommission hat mit der Teilrevision zur Spitalfinanzierung kein Meisterstück geliefert, vielmehr hat sie eine grosse Konfusion veranstaltet. Das sehen Sie nun auch bei allen Einzelanträgen, die von den Kommissionsmitgliedern noch eingereicht wurden. Den Durchblick hat in dieser Vorlage wohl niemand mehr so genau. Vorschläge, welche unausgereift waren und über deren finanzielle Folgen niemand Rechenschaft ablegen wollte, fanden in der Kommission eine Mehrheit. Selbst der Bundesrat hat am Ende der Beratung dieser Vorlage nicht bilanzieren können, welche finanziellen Auswirkungen die Vorlage auf die Kantone und auf die Versicherer haben wird. Wir haben nun ein Durcheinander von verschiedenen, sich zum Teil widersprechenden Modellen auf der Fahne, und wir sind gefordert, hier in der Beratung im Plenum Ordnung zu schaffen.

Die grüne Fraktion ist zwar für Eintreten, aber wir werden am Ende der Detailberatung darüber entscheiden, ob wir dieser Vorlage zustimmen werden oder nicht. Das wichtigste Element in dieser Teilrevision ist für die Grünen die leistungsbezogene Finanzierung – dies nicht etwa, weil wir glauben, dass wir damit Kosten senken können. Wir halten aber ein einheitliches Tarifsysteem bei den Akutspitälern in der Schweiz für unabdingbar, um Transparenz zu schaffen, was

wo zu welchen Kosten geleistet wird. Transparenz ist für uns das A und O zur Steuerung des Systems.

Falls Spitäler in ländlichen Regionen und Randgebieten wegen der geringeren Auslastung nicht so kostengünstig arbeiten können wie Zentrumsospitäler, muss der Kanton hier mit seinem Versorgungsauftrag in die Bresche springen. Es muss aber auch das Prinzip gelten: Wer zahlt, befiehlt. Das heisst, wer öffentliche Gelder für Leistungen will, muss sich den Vorgaben der Kantone als Planungsbehörde unterordnen, auch bei grossen Investitionsentscheiden, und er muss die Bücher den Planungsbehörden öffnen. Die Leistungsfinanzierung muss von einem stark verbesserten Risikoausgleich flankiert werden, um die Risikoselektion besser abfedern zu können.

Die Kantone, die für die Grünen für die Spitalplanung wichtig sind, haben mit einer einheitlichen Fallklassifikation ein Instrument in der Hand, um ihre Planung ernsthafter aufeinander abzustimmen. Das ist dringend nötig. Mit der Revision werden sie in die Pflicht genommen, ein Mindestangebot zu definieren, für welches sie den Spitalern Aufträge erteilen, aber für welches sie dann auch öffentliche Finanzen zur Verfügung stellen. Wo Rechte bestehen, entstehen aber auch für Spitäler Pflichten. Die Spitäler haben die Pflicht, neu alle Leute aufzunehmen, es darf keine Rosinenpickerei von lukrativen Standardfällen geben. Die Spitäler haben die Ausbildung von Pflege- und Medizinalpersonal zu gewährleisten.

Die gesamtschweizerische freie Spitalwahl, wie sie in der Vorlage propagiert wird, ist ein gesundheitspolitisch teurer und unnützer Blendeartikel. Fast drei Viertel aller Leute können heute über eine Zusatzversicherung ihr Spital in der ganzen Schweiz frei wählen. Das Anliegen mag zwar auf den ersten Blick sympathisch erscheinen, denn wer ist schon gegen Wahlfreiheit? Doch wenn die interkantonale Wahlfreiheit neu steuerfinanziert werden soll, kostet dies die Kantone rund eine halbe Milliarde Franken mehr; dies, um die freiwillige Zusatzversicherung zu entlasten. Ohne notabene einen Zusatznutzen zu haben, ohne mit der Wimper zu zucken, schiebt man solche Summen herum.

Als die Kommission darüber befand, interessierte sich niemand für die Höhe dieser Kosten. Es ist höchste Zeit, dass wir das hier im Plenum tun. Wenn die Kantone schon verpflichtet werden, 500 Millionen Franken mehr auszugeben, dann wollen die Grünen andere Prioritäten setzen; nicht bei der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz, sondern wir möchten mehr Geld für die Prämienverbilligung oder mehr Geld für die Spitexförderung. Dies bringt uns sozialpolitisch viel weiter. Die Grünen sind in diesem Bereich für koordinierten Föderalismus statt unberechenbaren Markt.

Die Grünen wollen aber nicht, dass die Revision Schiffbruch erleidet; deshalb sind wir für Eintreten. Wir finden, dass die leistungsbezogene Finanzierung ein wichtiger und richtiger Schritt in Richtung von mehr Transparenz ist. Daher lehnen wir den Antrag Huguenin ab, obwohl wir all die Bedenken teilen, die sie insbesondere zur monistischen Finanzierung der Spitäler geäussert hat. Wir sind allerdings nicht der Meinung, dass wir mit dieser Revision diesen Schritt schon vollziehen. Wie ich bereits eingangs gesagt habe, werden wir uns gegen diese Bestrebungen der bürgerlichen Mehrheit in diesem Parlament wenden, im Spitalbereich die Konkurrenz einzuführen und die monistische Spitalfinanzierung durchzusetzen.

Wir werden am Schluss, nach der Beratung, entscheiden, was diese Revision bringt. Wir werden schauen, welche Beschlüsse im Bereich der Planung und Finanzierung gefasst wurden; dann werden wir Bilanz ziehen und uns entscheiden, ob wir dieser Vorlage zustimmen oder nicht.

Ruey Claude (RL, VD): C'est la transparence, l'égalité de traitement, l'efficience – qualitative et financière – que nous défendons dans ce projet. Et le moins qu'on puisse dire, c'est que le financement hospitalier actuel est loin de répondre à ces critères.

On a beaucoup parlé de transparence à propos des caisses-maladie lors du débat sur la caisse unique, caisses pour les-

quelles tous les chiffres sont d'ailleurs publics et publiés sur Internet. Eh bien, on est loin du compte en matière de financement hospitalier. Hôpitaux publics, hôpitaux parapublics, hôpitaux sous forme privée mais subventionnés jusqu'aux tuiles – si vous me passez l'expression – par l'Etat, hôpitaux et cliniques purement privés: le moins qu'on puisse dire, c'est que la prise en charge hospitalière dans ce pays est plutôt complexe.

Si l'on ajoute encore qu'outre l'hospitalisation de base, les hôpitaux publics et parapublics pratiquent aussi l'hospitalisation privée et semi-privée – qui normalement devrait ressortir aux hôpitaux privés –, on comprendra que l'on ait de la peine à s'y retrouver. Et cela d'autant plus que les financements sont également, eux aussi, complexes, inégalitaires et peu transparents, dès lors qu'ici, on apporte un subventionnement public, alors que là, on le refuse, sans égard au type de prestation ni à la qualité de la prestation donnée.

Je songe en particulier aux chambres privées qui doivent être subventionnées par les cantons lorsque l'établissement est public ou parapublic, alors que les mêmes chambres privées ne le seront pas dans l'hôpital voisin. Cela crée des inégalités de traitement entre hôpitaux, mais également et surtout, des inégalités de traitement entre assurés, puisque nous sommes tous obligatoirement assurés. Je songe encore au fait qu'ici, dans les hôpitaux publics et parapublics, les investissements ne sont pas compris dans le prix des prestations et des soins, alors que là, dans les cliniques privées, l'amortissement des investissements est bien entendu agrégé au prix des prestations.

C'est dire qu'on est loin de la transparence, loin de l'égalité de traitement; c'est dire encore – et c'est peut-être là le plus grave dans une perspective de maîtrise des coûts et de lutte contre la hausse des primes – qu'on est loin de l'efficience. Il est donc temps que l'on sorte de ce bricolage. Un ancien chef du service de la santé publique du canton de Berne parlait même de «vaste atelier protégé» à propos de l'hospitalisation dans ce pays. Nous ne pouvons plus payer ce que coûte la conservation de structures obsolètes, nous ne pouvons plus nous payer la défense de prés carrés, d'un étatismisme passéiste, mais nous devons viser la clarté, la concurrence ouverte, l'efficacité dans la qualité.

Le projet qui nous est soumis va dans ce sens. En introduisant le financement à la prestation et non plus aux structures, le système va dans le sens de plus de fluidité, de plus de vérité des prix. Il introduit un financement qui suit le patient, ce qui améliore aussi bien l'égalité de traitement que l'économicité du secteur. L'introduction, en outre, du principe de «Cassis de Dijon» va dans ce sens. C'est un pas, un petit pas sans doute, puisque sont maintenues une planification étatique et une obligation de contracter dans le domaine hospitalier, ce qui est sans doute contestable, mais c'est un pas qui va dans la bonne direction.

Dans ce sens, le groupe radical-libéral entre en matière. Il salue l'effort fait par le Département fédéral de l'intérieur pour clarifier le financement hospitalier. Il sera particulièrement vigilant à ce que les hôpitaux soient tous mis sur pied d'égalité et que l'on ne cède pas à l'étatisme que l'on a senti poindre dans les interventions de la gauche et des Verts tout à l'heure.

C'est dans ce sens que, au nom du groupe radical-libéral, je vous invite, comme Monsieur Gutzwiller qui va me succéder, à entrer en matière.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Wie Kollege Ruey schon ausgeführt hat, ist das für uns eine sehr wichtige Vorlage. Sie kommt natürlich auch im richtigen Moment, wie wir feststellen, wenn wir an das sehr klare Ergebnis der Volksabstimmung zum Thema Einheitskasse denken, das wir hier in der Schweiz hatten. Der Weg ist nach einem zweimaligen Scheitern des Vorhabens sozusagen frei für eine wettbewerbliche Reform der Krankenversicherung, und diese Spitalfinanzierungsvorlage setzt hier einige wichtige Akzente, die ich Ihnen gerne noch beleuchten möchte.

Für uns sehr wichtig sind als erster Punkt einmal die klaren neuen Mechanismen und Vorgaben für Transparenz und

Qualität in diesem System. Eine wettbewerbliche Reform des Krankenversicherungssystems und des Gesundheitswesens wird dann möglich sein, wenn für alle Akteure Klarheit darüber geschaffen wird, welche Leistungen zu welchen Preisen in welcher Qualität erbracht werden. Schon allein diese Transparenz wird dafür sorgen, dass ein ganz neuer Wind im Gesundheitswesen wehen wird. Die einzelnen Akteure werden einem möglichen Benchmarking, also Vergleichen mit den Besseren in ihrer Branche, ausgesetzt. Die verschiedenen Konsumierenden, die Patienten, können sich besser Rechenschaft darüber abgeben, wo es wirklich Qualität gibt. Die Frage «Wie weit reise ich zu einem Spital?» wird sich ganz neu stellen. Man wird nicht mehr fragen: «Wie weit ist es? Sind es 5 oder 10 Kilometer? Ist die Distanz akzeptabel?» Man wird fragen: «Wo habe ich welche Qualität?» Und dann wird die Beurteilung von Distanzen, der Nähe zum Spital, und von vielem anderem eine neue Dynamik bekommen. Die Überkapazitäten werden unter diesem Druck sehr viel einfacher abgebaut. Schon dieser erste Punkt ist für uns sehr wichtig. Wir werden die entsprechenden Anträge unterstützen.

Der zweite Punkt sind die Finanzierungsinstrumente, die neu geschaffen werden. Sie gehören ebenfalls in die Entwicklung dieses Gesundheitswesens hin zu einer wettbewerblichen Reform. Es sind die Fallpauschalen, die hier im Zentrum stehen, Fallpauschalen, die verbunden mit der Qualität eben auch Leistungsvergleiche erlauben und schliesslich auch Betriebsvergleiche. Ihre Kommission hat ja klar festgehalten, dass solche Betriebsvergleiche gemacht und auch publiziert werden müssen. Wir werden also endlich auch über die Produktionskosten von bestimmten Leistungen diskutieren können. Wir werden die Frage stellen können, warum die Behandlung eines einfachen Infarktes bei einem vergleichbaren Patienten im Spital X ein Viertel oder 50 Prozent mehr kostet als im Spital Y. Diese Dinge werden ebenfalls das System dynamisieren, die Qualität verbessern, Kosten kontrollieren.

Das ist die Grundzielsetzung, die wir anstreben. Das ist auch die Vorbedingung für einen verbesserten Wettbewerb in diesen Bereichen. Dazu gehört in der Logik der wettbewerblichen Reform auch der Abbau der kantonalen Grenzen. Mit dem von den Kommissionssprechern erwähnten Cassis-de-Dijon-Prinzip wird es erstmals möglich sein, die zu hohen kantonalen Barrieren bezüglich der Hospitalisierung abzubauen, mehr Dynamik auch über die Kantons Grenzen hinweg zu bekommen. Das kann zusammen mit Transparenz und Qualität nur erwünscht sein.

Ich vermerke hier auch, dass bei den Übergangsbestimmungen noch einige holprige Stellen da sind, die Systeme vielleicht vom Ständerat dann noch einmal angesehen werden müssen, damit ein guter Übergang, eine gute Umstellung auf neue Finanzierungsformen – sprich DRG –, auf Betriebsvergleiche und Transparenz und schliesslich der entsprechende Abbau der Kantons Grenzen und der Gleichbehandlung der Spitäler sichergestellt sind. Die Gleichbehandlung wird in dieser Vorlage ebenfalls endlich umgesetzt. Sie ist sehr wichtig. Gleichbehandlung heisst gleich lange Spiesse bezüglich Qualitätsnachweisen, Kosten, Finanzierung der Investitionen.

Wir bitten Sie also, auf diese Vorlage einzutreten und sie – mit einigen Ausnahmen, die wir nachher noch diskutieren werden – im Sinne der Mehrheit speditiv zu bearbeiten.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien entre en matière sur ce projet de révision de l'assurance-maladie concernant le financement des hôpitaux. Les buts principaux de la révision sont: le financement lié aux prestations axées sur la personne qui bénéficie du traitement et non plus au financement de l'établissement comme tel; la répartition du financement entre cantons et assureurs; la planification selon une liste qui établit l'égalité de traitement des assurés dans les établissements publics et privés qui figurent sur la liste; la planification pour la médecine hautement spécialisée et l'accès aux traitements pour tous les assurés.

Cette révision est nécessaire et le point le plus important en est le changement de financement, qui passe du forfait journalier avec couverture de déficit par les pouvoirs publics à un système de forfait par cas lié aux prestations, ainsi qu'à une égalité de traitement pour les assurés quel que soit l'établissement qui leur prodigue les soins. Ce nouveau système doit promouvoir la qualité au prix le plus juste. Ce système doit aussi apporter une maîtrise des coûts.

Nous soutiendrons aussi le modèle de la commission quant au concept de listes cantonales mettant sur pied d'égalité les hôpitaux publics et privés en matière de financement, avec la possibilité pour les patients de se faire soigner dans tous les hôpitaux figurant sur une de ces listes, quel que soit le canton. A l'heure où les frontières du pays s'ouvrent pour les traitements couverts par l'assurance-maladie de base, il ne nous paraît pas judicieux de bétonner les frontières cantonales.

En ce qui concerne la part cantonale de rémunération des prestations hospitalières, notre groupe soutiendra plutôt la version du Conseil des Etats pour ne pas pénaliser les cantons qui, grâce à une politique performante de la santé, assurent le maintien à un bas niveau des primes d'assurance-maladie; et si on les obligeait à apporter une participation artificiellement élevée, cela pénaliserait leurs efforts. Nous reviendrons sur ce sujet à l'article pertinent.

Nous entrons donc en matière pour instaurer une maîtrise des coûts des hôpitaux et de leur financement. Vous savez que c'est une part importante de l'assurance-maladie de base – de 35 à 37 pour cent – et nous avons toujours à l'esprit l'idée forte de promouvoir la qualité, mais au meilleur prix, donc au prix le plus juste.

Robbiani Meinrado (C, TI): La LAMal ha consentito sin dai suoi primi passi di raggiungere due dei tre obiettivi che si prefissava, quelli della solidarietà e dell'ampliamento della gamma di prestazioni. Ha invece visibilmente fallito il terzo obiettivo – e questo rappresenta un po' il suo vero tallone d'Achille –, cioè quello del controllo dei costi. E evidente che da questo profilo il settore ospedaliero, per i costi ampi che genera, rimane un decisivo fronte di azione e di intervento. Da qui l'importanza attribuita anche dal gruppo PPD alla revisione oggi in discussione e il sostegno ai suoi principali pilastri, cioè il passaggio da una copertura dei costi a una copertura delle prestazioni attraverso tariffe forfetarie, una pianificazione più ampia ed articolata, rispettivamente una suddivisione più precisa dei costi tra cantoni e assicurazione obbligatoria. Non vorrei qui riprendere in dettaglio gli argomenti già trattati dalla collega che mi ha preceduto. Mi limiterei ad alcuni accenni alle impostazioni e alle poste in gioco, che fanno un po' da sfondo alle scelte concrete di questa revisione.

La prima posta in gioco riguarda il bilanciamento tra da una parte la concorrenza e dall'altra la pianificazione – due poli che ci seguono sempre in questi dibattiti sulla politica della salute. Questa revisione, a nostro avviso, raggiunge una composizione accettabile e soddisfacente: accentua sì la concorrenza, in particolare attraverso l'introduzione di tariffe forfetarie, ma questo comunque all'interno di un quadro generale di pianificazione più efficace. Ed è importante che soprattutto le cure acute rimangano all'interno di un quadro pianificato.

Una seconda posta in gioco riguarda il bilanciamento tra fonte di finanziamento fiscale e fonte di finanziamento alimentata dai premi individuali, per lo più indipendenti dal reddito. Assistiamo qui – ed è comprensibile – ad una grossa resistenza da parte dei cantoni, preoccupati di vedersi aumentare il loro onere. Va però detto che soprattutto per le cure acute ospedaliere bisogna fare in modo che l'intervento pubblico rimanga prevalente e decisivo.

Una terza posta in gioco che si intravede più che altro nell'ombra ma che fa comunque capolino anche in questa discussione è quella di una impostazione cosiddetta monista, dove ci sia un solo interlocutore rispetto alle strutture sanitarie. Questo è un tema che abbiamo interesse a tenere al

di fuori di questa revisione, poiché è tutt'altro che maturo nelle sue conseguenze e nella sua architettura.

Quindi, anche a nome del gruppo PPD vi invito ad entrare in materia e ad avanzare in questa revisione nel suo complesso. La soluzione proposta dalla commissione risulta accettabile e consente certamente di fare un passo innanzi verso una gestione delle cure ospedaliere più attenta ai costi che genera. Su qualche aspetto si trarrà beneficio dal fatto che siamo contrapposti al Consiglio degli Stati: ciò permetterà di affinare ulteriormente le proposte di soluzione.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Diese Vorlage bringt aus der Sicht der SVP-Fraktion für einmal eine annehmbare Korrektur oder Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes, auch wenn es sich aus unserer Sicht nur um einen bescheidenen Schritt handelt. Unterdessen bin ich persönlich nicht mehr ganz so euphorisch wie auch schon, wenn es um solche Gesetzesänderungen in unserem Gesundheitswesen geht. Zu oft hat man in den letzten Jahren gute Ansätze mit Kompromissen am falschen Ort zunichte gemacht oder haben die zuständigen Kantone, obwohl durch Gesetze an sich beauftragt, einfach nichts gemacht oder mindestens nicht im Interesse der Versicherten gehandelt. Wettbewerb mit geeigneten Rahmenbedingungen – davon spricht man ja schon lange, nur hat man es bisher versäumt, die wesentlichen Elemente, die den Wettbewerb erst ermöglichen, im Gesundheitswesen einzufordern.

Die mehrmalige Ablehnung von Volksbegehren, welche eine stärkere staatliche Rolle im Gesundheitswesen zum Ziele hatten, ist nun eine gute Ausgangslage und dürfte die Arbeit am Krankenversicherungsgesetz vereinfachen – ich hoffe es mindestens; es wird sich dann in der Detailberatung zur Spitalfinanzierung zum ersten Mal weisen müssen. Das Gesundheitswesen ist ein sensibler Bereich, deshalb wäre es unserer Meinung nach verfehlt zu glauben, es seien grosse Würfe möglich. Die Kommission unseres Rates hat sich gegenüber dem Ständerat die eher bescheidenen Ziele gesetzt, nicht den Staat und die Planwirtschaft zu stärken, die ohne transparente Grundlagen Entscheide fällen können, sondern zuerst einmal Wettbewerbselemente einzuführen. Priorität haben in dieser Spitalfinanzierungsvorlage die folgenden Punkte: Verbesserung der Datenlage; Einführung transparenter Kostenstrukturen; Fallpauschalen unter Einbezug der Investitionen, um den unabdingbaren Vergleich unter den Anbietern im stationären Bereich erst einmal zu ermöglichen; Subjekt- statt Objektfinanzierung; die Schwäche, dass sich die angestrebten Fallpauschalen am Preis und nur zum Teil an der Qualität messen, heisst auch, dass dieser Teil mit schweizweiten Vergleichen versehen werden soll.

Die Kommission hat sich entschieden, auch diesen Qualitätserhebungsteil anschliessend an die Verabschiedung des auf finanzielle Aspekte ausgerichteten Fallpauschalensystems aufzuarbeiten, einzuführen und Ihnen dann entsprechende Anträge zu stellen. Die Zulassung von stationären Einrichtungen oder Abteilungen soll dereinst auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserhebungen beruhen. Selbstverständlich sind die Kantone in diesen Prozess mit einzubeziehen, aber die wenig durchschaubaren Entscheide, wer nun wo wen versorgen darf, sollen gelegentlich der Vergangenheit angehören. Fakten sollen entscheidend sein und nicht die politische Befindlichkeit. Die Politik hat in erster Linie dafür zu sorgen, dass das Angebot qualitativ gut, wirtschaftlich und in genügendem Umfang zur Verfügung steht.

Wenn ich nun sage, dass mit dieser Vorlage erste bescheidene Schritte gemacht werden, muss man in Betracht ziehen, dass diese Revision für die Branche, die mit einfachsten betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, mit den zu einem Wettbewerb gehörenden Grundsätzen bisher wenig vertraut ist, einen ordentlich grossen Schritt darstellt. So gesehen wäre es falsch, von grossen Würfen zu träumen – wie das im Krankenversicherungsgesetz, das ja vor gut zehn Jahren in Kraft gesetzt wurde, eigentlich fälschlicherweise getan wurde –, um dann festzustellen, dass die betroffenen Medizinalpersonen mit den angestrebten Änderungen nicht Schritt

halten können. Ich glaube, diese Vorlage trägt diesem Umstand ebenfalls Rechnung.

Wir beantragen Ihnen, auf die Vorlage einzutreten. In der Detailberatung werden wir auf unsere Ausrichtung zurückkommen.

Studer Heiner (E, AG): Wir hoffen, dass wir bei dieser Thematik wieder etwas ruhiger diskutieren können. Es ist ja auch eine Thematik mit enorm vielen Konsequenzen.

Wir sind in der Stossrichtung mit vielem, was vorgebracht wird, einverstanden. Vor allem ist uns ganz wichtig, dass der Bund bei der Spitzenmedizin eine aktive Rolle einnimmt. Dazu werden wir uns dann, wenn es konkret wird, noch äussern. Wo wir aber unsere ganz gewaltigen Bedenken haben, ist bei der freien Spitalwahl, die die Kommission beantragt. Wir waren überrascht, als wir die Fahne sahen und es dort keine Minderheit hatte, und dachten, es könne doch nicht sein, dass auch alle Kommissionsmitglieder aus der SVP-Fraktion das einfach so durchlassen, ohne zu wissen, was das auf der finanziellen Ebene für Konsequenzen hat. Das Prinzip der freien Spitalwahl ist von der Idee her verständlich, aber was sind die Konsequenzen? Wir haben wie viele andere auch in diesen letzten Tagen einige Dokumente gelesen, gerade auch von Gesundheitsdirektoren, die uns dazu führen, einen entsprechenden Antrag zu stellen, damit diese Konsequenzen wirklich mit den Fakten auf den Tisch gelegt werden können und dann eben auch der Ständerat nochmals einbezogen wird.

Aber wie gesagt: Das Wesentliche ist, dass wir eintreten und ernsthaft versuchen, diese Vorlage so abzuschliessen, dass sie dann auch Bestand hat.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le projet de réforme dans le domaine du financement hospitalier a une longue histoire. Finalement, il était à l'origine de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui a échoué en 2003. On peut donc dire qu'on discute de ces problèmes depuis l'an 2000, soit depuis sept ans.

Le Conseil des Etats a modifié – sur des points relativement secondaires – le projet du Conseil fédéral. Mais dans l'ensemble, il a repris ce projet et le Conseil national a travaillé sur cette base. L'appréciation générale du travail du Conseil national est évidemment positive. La plupart des points sur lesquels aussi bien le Conseil des Etats que le Conseil fédéral ont été d'accord, ont été repris. Il y a un certain nombre de changements – dont certains ne sont pas positifs –, mais je crois que c'est secondaire par rapport à l'essentiel des points que nous discutons à l'occasion du débat d'entrée en matière.

Les principaux axes du projet sont triples: le premier tend à augmenter la transparence concernant les coûts et les prestations; le deuxième tend à éliminer les inégalités de traitement et les distorsions dans le financement; le troisième tend à renforcer la coopération et la coordination intercantonale et à faciliter la mobilité des patients.

Le premier point, c'est l'augmentation de la transparence dans les coûts et les prestations. Les rapporteurs se sont exprimés sur ce point: l'innovation essentielle est l'introduction d'une structure tarifaire uniforme sur le plan suisse, les fameux DRG. On espère ainsi créer une base de comparaison entre les prestations fournies par les différents hôpitaux, tout en incitant les établissements à effectuer les traitements de la manière la plus économique possible au moyen des forfaits liés aux prestations.

Je tiens à préciser que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser en entendant tel ou tel orateur, le système des DRG en soi n'apporte pas de changement important sur le plan de la qualité. Je prétends même que les DRG seuls n'améliorent pas la qualité. Ils risquent de pousser les hôpitaux à moins investir – Madame Huguenin l'a dit, mais elle a abouti à des conclusions excessives. Les DRG en eux-mêmes ne sont pas un instrument de qualité, mais un instrument d'efficacité, de transparence et en cela, ils sont positifs.

Au moment où la structure reposant sur les DRG sera introduite, il faudra en parallèle mettre en place un système d'in-

formation sur la qualité. Ces deux piliers permettront d'atteindre l'efficacité économique, la transparence et l'amélioration de la qualité.

Le deuxième axe, c'est l'élimination des inégalités de traitement existant aujourd'hui à l'égard de différents types d'assurés et de différents types d'hôpitaux. Pour y parvenir, le projet prévoit que toutes les prestations hospitalières couvertes par l'assurance obligatoire des soins et correspondant à la planification cantonale seront financées de la même manière par les cantons et les assureurs, indépendamment de la couverture du patient – assurance de base; semi-privé ou privé – et indépendamment du statut public ou privé de l'hôpital.

Enfin, le troisième axe qui nous paraît important, c'est le renforcement de la coordination et de la coopération entre les cantons dans la planification et l'augmentation de la mobilité des patients. Je suis surpris d'entendre des conseillers d'Etat se déclarer prêts à abandonner cette ambition et souhaiter une planification cantonale sans ouverture sur une planification intercantonale dont tout le monde sent bien qu'elle sera une étape à venir.

Pour essayer de faire le pont entre la situation actuelle – planification cantonale – et la situation future – planification intercantonale, régionale –, nous avons proposé l'introduction du principe du «Cassis de Dijon», probablement pour un tout petit nombre de patients, mais exigeants, parce qu'ils visent à faire des choix de qualité pour des opérations plus difficiles. Ce principe consiste à dire à tous les citoyens de Suisse: «Vous avez la liberté de choisir, d'être soignés dans n'importe quel hôpital qui est sur une des listes cantonales.» C'est une liberté de choix importante et un progrès pour tous ceux qui croient qu'il faut ouvrir, d'une part, la palette des prestations et, d'autre part, celle des choix possibles pour les patients potentiels.

Je suis heureux de voir que la commission, à l'unanimité, a accepté d'introduire ce principe, qui n'aura pas un effet quantitatif immense au départ, mais qui sera une incitation pour les cantons à dépasser les frontières cantonales, à planifier en tenant compte des régions, ce qui est évidemment souhaitable à terme.

Un certain nombre de points sont davantage discutés, contestés. Je crois que c'est au cours du débat qu'il faudra les aborder. Pour l'instant, il s'agit de savoir si on veut entrer en matière ou non. Après sept ans de réflexion et d'études, je crois qu'on a un projet qui est équilibré, qui est mûr et qui a déjà été approuvé par le Conseil des Etats, qui peut être modifié partiellement, mais qui permet d'aller dans le bon sens. Au cours de ces derniers mois, on a constaté un ralentissement de la croissance des primes d'assurance-maladie. Je suis convaincu que ce ralentissement peut être stabilisé à moyen terme, sur une année ou deux ans, mais il ne sera pas possible de garantir un ralentissement des hausses – je ne parle pas d'abandon des hausses – si des réformes plus profondes ne sont pas apportées. Cette réforme du financement hospitalier va dans le bon sens et devrait permettre à terme, lorsqu'elle déploiera tous ses effets, de consolider la situation actuelle d'apaisement de la hausse des coûts dans le domaine de la santé publique.

C'est donc un projet important que nous discutons aujourd'hui et je vous remercie d'entrer en matière.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Nichteintretensantrag abzulehnen.

Dass wir im Spitalbereich Handlungsbedarf haben, hat die Diskussion eindeutig gezeigt. Nicht auf die Vorlage einzutreten wäre eine Diskussionsverweigerung, und das können wir uns in diesem Bereich bestimmt nicht leisten. Es wurde ausgeführt, dass die Einführung von DRG auch ohne Gesetzesrevision möglich wäre. Es trifft zu, dass bereits in verschiedenen Kantonen Fallpauschalen gemäss DRG oder eine Leistungsfinanzierung eingeführt worden sind. Die Umsetzung ist aber in allen Kantonen unterschiedlich gelöst. Wir wollen und müssen daher eine gesetzliche Grundlage schaffen, damit wir die Einführung von leistungsorientierten Pau-

schalen auf einer einzigen Grundlage erreichen können und die Umsetzung eben auch in allen Kantonen gleichermaßen erfolgt. Wir haben auch bereits jetzt im Gesetz, dass die Kantone Betriebsvergleiche durchführen und für Qualitätssicherung sorgen. Auch in diesen Bereichen sehen wir, dass eigentlich recht wenig gegangen ist. Gerade mit der Einführung von DRG ist es deshalb sehr wichtig, auch Qualitätsvergleiche erzielen zu können und das Ganze nicht auf Preisvergleiche begrenzt zu lassen. Genau bei diesen beiden Punkten setzt die Revision an.

Mit der Mehrheit der Kommission verstehe ich nicht, wieso Privatkliniken gegen öffentliche Spitäler ausgespielt werden. Die Kantone, und es gibt verschiedene Kantone, brauchen die Privatkliniken für die Versorgung der Bevölkerung. Gerade der Kanton Bern etwa braucht die Privatkliniken für die Versorgungssicherheit, für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass sich die Kantone aus der Finanzierung zurückziehen können, obwohl sie die Spitäler brauchen bzw. dass die Patientinnen und Patienten, welche in Privatkliniken behandelt werden, keine Kantonsbeiträge bekommen. Gerade da geht es um die Schaffung von gleich langen Spiessen.

Ich möchte nochmals auf die Hauptpunkte der Revision hinweisen: Es ist die Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung, es ist aber ebenso die Schaffung von Transparenz bezüglich Qualität und Kosteneffizienz. Wenn wir diese Transparenz haben, müssen die öffentlichen Spitäler und die Privatkliniken die gleichen Rechte und die gleichen Pflichten haben. Die Kantone haben den verfassungsmässigen Auftrag, für die Versorgung der Bevölkerung zu sorgen; sie haben ihn im ambulanten Bereich und im stationären Bereich, wo sie für eine bedarfsgerechte Versorgung Spitalisten erstellen müssen. Sie müssen bereits heute eine bedarfsgerechte Spitalplanung machen. Wir stellen aber fest, dass die Kantone an den meisten Orten Inventarlisten gemacht haben. Wenn wir diese Inventarlisten haben und nun Transparenz einführen wollen, geht es darum, dass die Spitalplanungen dann überarbeitet werden, wenn es aufgrund objektiver Kriterien – Qualität und Kosteneffizienz – geschehen kann.

Vonseiten der EVP und der Grünen wurde die Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips kritisiert. Sie müssen sehen, dass wir bereits heute darüber sprechen, dass eine grenzüberschreitende Spitalbehandlung möglich sein muss. Es gibt Pilotverträge im Raume Basel/Deutschland, wo ein grenzüberschreitender Spitalaufenthalt möglich ist. Wir können doch nicht gleichzeitig die kantonalen Grenzen festigen, sondern müssen auch hier Freizügigkeit zulassen. Wir werden in der Detailberatung bei der Umsetzung dieses Artikels allenfalls Präzisierungen vornehmen müssen oder es dem Ständerat überlassen, dies zu tun.

Ich bitte Sie jedoch, wie es die Kommission beantragt, auf die Vorlage einzutreten.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag Huguenin ab.

Abstimmung – Vote

Für Eintreten 161 Stimmen

Dagegen 3 Stimmen

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung; Art. 21 Abs. 4; 21a Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I introduction; art. 21 al. 4; 21a al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 22a

Antrag der Kommission

Abs. 1

....

f. medizinische Qualitätsindikatoren.

Abs. 2, 3bis, 4, 4bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... dem Bundesamt für Justiz, den Kostenträgern sowie den Kantonen zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

Art. 22a

Proposition de la commission

Al. 1

....

f. les indicateurs de qualité médicaux.

Al. 2, 3bis, 4, 4bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... de la justice, des organismes prenant en charge les coûts ainsi que des institutions la présente loi. Ces données sont publiées.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Bien qu'il n'y ait pas de proposition de minorité, j'aimerais dire deux mots d'explication à propos de l'article 22a.

La commission s'est tenue d'assez près à la version du Conseil fédéral. L'alinéa 1 a été modifié en y ajoutant la notion «les indicateurs de qualité médicaux» à la lettre f, ce qui implique également les résultats. Dans son ensemble, l'effort demandé aux fournisseurs de prestations est absolument considérable et il est évident que l'alinéa 4 implique une consultation des fournisseurs de prestations et des assureurs. Le Conseil fédéral s'y est engagé devant la commission.

Angenommen – Adopté

Art. 23

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 23

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Fehr Jacqueline (S, ZH): Der Bundesrat schlägt Ihnen hier vor, dass im Zusammenhang mit der Datenerhebung und der Zurverfügungstellung der Daten von den Versicherten ein Beitrag erhoben wird. Ich gebe zu: Populistischer und für das Volk verständlicher ist sicher die Position der Mehrheit, die sagt, dass diese statistischen Arbeiten über das ordentliche Budget des Bundesamtes für Statistik und damit über Steuergelder finanziert werden sollen und nicht, wie wir es verlangen, über die Versicherungen und damit über die Krankenkassenprämien. Aber es ist eine sehr unehrliche Po-

sition, weil wir, wie wir alle wissen, Jahr für Jahr das Budget des Bundesamtes für Statistik zusammenkürzen und auch von diesem Bundesamt mehrfach erfahren haben und zur Kenntnis nehmen mussten, dass ihm schlicht die Mittel fehlen, um all die Wünsche und Aufträge, die wir in diesem Gesetz in Sachen Statistik äussern beziehungsweise geben, auch wirklich erfüllen zu können.

Deshalb betreibt hier die Mehrheit Zechprellerei, wenn sie zwar eine vollständig neue statistische Datenerhebung verlangt, viel mehr solcher Daten fordert, aber nicht bereit ist, sich auch darum zu kümmern, wie denn die Finanzierung gemacht werden soll. Wir sollten hier ehrlich genug sein, um zu sagen: Uns sind diese Daten wichtig. Sie sind eine Voraussetzung für eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens. Wir sind hier auch noch sehr am Anfang dieser Erhebungen und haben noch sehr viel zu tun. Wir müssen auch bereit sein, die nötigen Mittel dafür zu sprechen.

Sollten Sie hier der Minderheit nicht folgen, so möchte ich Sie doch auffordern, zumindest dann im Rahmen des Budgetierungsprozesses das Budget des Bundesamtes für Statistik entsprechend aufzustocken. Denn weder über das Bundesamt noch über die Prämien Geld zu sprechen, diese Rechnung wird nicht aufgehen. Dann werden wir nie zu den Daten kommen, die wir brauchen, um das Gesundheitssystem zu steuern.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die FDP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Rossini Stéphane (S, VS): Je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline concernant la problématique de la statistique.

La transparence – on l'a encore entendu ce matin dans le débat d'entrée en matière – est un thème qui est brandi par tous et que l'on évoque très souvent. Mais malheureusement – et je dis bien: «malheureusement» – il faut avoir conscience que la transparence ne saurait se limiter à un slogan facile à scander, parfois gratuit et qui ne fait du bien qu'à celui qui en use et en abuse, surtout si l'on ne veut pas faire le lien entre la transparence et les moyens nécessaires pour véritablement parvenir à la réaliser.

Malheureusement donc, trop souvent on évoque la transparence, mais sans se donner les moyens de la réaliser. Elle suppose, dans le domaine de l'assurance-maladie, mais ailleurs aussi, une volonté politique claire et un engagement assidu. Il faut donc des bases légales, des moyens financiers et une collaboration étroite fondée sur des engagements de principe, mais aussi une collaboration technique avec l'ensemble des acteurs concernés à la fois par la collecte des données et par leur traitement. Par conséquent, la statistique et la transparence sont un enjeu politique. Celle-ci n'a de sens que si elle a un contenu, et c'est au Parlement qu'il incombe aujourd'hui de donner du sens à ce contenu, c'est-à-dire de donner les moyens au Conseil fédéral d'aller véritablement de l'avant avec les partenaires qui sont les siens.

A l'article 23, le groupe socialiste soutient la proposition de la minorité et donc le projet du Conseil fédéral à l'alinéa 2 qui implique les assureurs de manière contraignante en exigeant d'eux une contribution financière. Pourquoi le Conseil des Etats a-t-il biffé cette contrainte imposée aux assureurs? Il est difficile d'y voir clair et les arguments qui ont été évoqués sont assez flous. Malheureusement, on l'a constaté à plusieurs reprises, au Conseil des Etats, on adopte une attitude fort discutable, laquelle privilégie certains acteurs – et «certains acteurs» peut se prendre au singulier, c'est-à-dire un certain acteur, soit l'acteur assureur.

Le Conseil fédéral, dans une démarche beaucoup plus large et plus rigoureuse, a conscience qu'il faut améliorer la transparence et s'en donner les moyens. Nous devons le soutenir. Je crois qu'il serait relativement contradictoire pour le Parlement, aujourd'hui, de ne pas soutenir le Conseil fédéral dans sa manière de traiter la problématique de la transparence.

Par conséquent, au nom du groupe socialiste, je vous invite à dépasser les bonnes intentions. Sans moyens, il n'y a pas de statistiques, et les moyens dépendront de notre volonté politique. Alors, appliquons la loi d'une manière dynamique et constructive. Il est important que les assureurs, qui ne traitent pas les données, participent au financement de cette démarche extrêmement importante pour le pilotage du système.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Scherer Marcel (V, ZG): Die SVP-Fraktion wird bei Artikel 23 Absatz 2 die Mehrheit unterstützen. Es kann nicht sein, dass Prämienzahler die Aufgaben der Statistik bezahlen. Zum Umfang der Statistiken hätten die Versicherer und die Prämienzahler nichts zu sagen. Wir müssen hier klare Grenzen setzen und dürfen nicht zulassen, dass das Bundesamt für Statistik beliebig nach Aufwand Rechnung stellen kann. Stellen Sie sich vor, der Bundesrat setzt den Umfang der zu erstellenden Statistiken und Erhebungen fest, das Bundesamt sagt, was das alles kostet, und die Prämienzahler müssten nach der Version der Minderheit dann die Kosten übernehmen.

Ich bitte Sie, hier die Mehrheit zu unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: L'essentiel, c'est que l'appareil statistique soit amélioré. Mais l'essentiel exige aussi qu'on s'occupe des détails, et notamment de savoir qui va payer les frais qui découlent de l'établissement des statistiques.

Le Conseil fédéral est en faveur de la proposition de la minorité, qui soutient le projet du Conseil fédéral. Nous sommes convaincus que, dans une vision de l'assurance-maladie qui appelle à faire la transparence, à stimuler le développement des informations mises au service des acteurs du système, il est essentiel que l'établissement des statistiques ne soit pas continuellement bloqué par des problèmes financiers. Il ne s'agit pas de grandes sommes; il s'agit d'un montant qui peut apparaître comme symbolique comparé au montant total des primes d'assurance-maladie. Mais cette somme est importante pour l'établissement des statistiques elles-mêmes. Il est nécessaire d'avoir ces moyens.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Es geht bei dieser Bestimmung um die Frage, ob die Erhebung und die Auswertung von Daten wie die meisten Statistiken durch das Bundesamt für Statistik über Steuern finanziert werden sollen oder ob die Versicherer bzw. die Prämienzahlenden die statistischen Arbeiten finanzieren sollen. Es ist unbestritten, dass wir bessere, transparentere und aussagekräftigere Statistiken brauchen. Dass wir das heute nicht haben, liegt nur zum Teil daran, dass wir keine Daten hätten. Zum Teil liegen die Daten vor und können nicht genutzt werden. Vonseiten der Verwaltung wurde ausgeführt, dass sowohl die Versicherer wie die Leistungserbringer, namentlich Santésuisse und die FMH, auf ihren Daten sitzen würden und nicht bereit seien, diese herauszugeben. Zudem verhindert der Datenschutz, dass vorhandene Daten vollständig zur Verfügung gestellt werden können, auch dort, wo sie unabdingbar wären, insbesondere für Tarifverhandlungen. Es geht dabei natürlich nicht um schützenswerte, persönliche Daten von Patientinnen und Patienten, sondern einzig um Leistungsdaten, um Daten über Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern und von Versicherern.

Das Gesetz schafft in diesen Bereichen Abhilfe. Zum einen haben die Versicherer wie auch die Leistungserbringer gemäss Artikel 23 Absatz 2 die Informationen und Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, und gemäss Artikel 22a Absatz 3 werden die Daten veröffentlicht. Das neue Gesetz verpflichtet Versicherer und Leistungserbringer, ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Das ist richtig. Es ist

nicht Zechprellerei, wie das Frau Fehr formuliert hat, sondern es wäre unverhältnismässig und falsch, wenn die Prämienzahlenden auch noch verpflichtet würden, die Aufbereitung der Daten zu finanzieren – dies insbesondere, weil diese Daten im gesamtwirtschaftlichen Interesse liegen und nicht einzig im Interesse der Prämienzahlenden. Zudem verweise ich nochmals darauf, dass in anderen Bereichen die statistischen Auswertungen steuerfinanziert sind.

Ihre Kommission hat mit 13 zu 8 Stimmen der Fassung des Ständerates zugestimmt, und ich bitte Sie, der Kommissionmehrheit zu folgen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 93 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 67 Stimmen

Art. 25 Abs. 2

Antrag der Mehrheit

....

f. für den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Bst. f

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 25 al. 2

Proposition de la majorité

....

f. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Let. f

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Stahl Jürg (V, ZH): In regelmässigen Abständen kommt das Anliegen, Geburtshäuser in die Grundleistungen des KVG aufzunehmen, in die Debatten dieses Rates. Dank der Hartnäckigkeit von Kollegin Maury Pasquier werden wir auch heute und in dieser Revision über diese Leistungsausweitung im Krankenversicherungsgesetz abstimmen.

Mit meinem Minderheitsantrag beantrage ich Ihnen, der bundesrätlichen Version zuzustimmen. Unabhängig davon, dass in Geburtshäusern gute und seriöse Arbeit geleistet wird, welche anerkennend gewürdigt werden darf, sind neben einigen medizinischen Gründen vor allem auch grundsätzliche und ordnungspolitische Überlegungen die Gründe für meinen Minderheitsantrag. Geburtshäuser sollen nicht in dieser Revision ins KVG aufgenommen werden. Bereits heute werden mit Ausnahme der Hotellerie sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt in einem Geburtshaus von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt, also die Behandlungskosten und auch die Hebammenleistungen. Aus meiner Sicht ist diese Lösung ausreichend und sollte nicht verändert werden. Eine Mengenausweitung gibt falsche Signale gegenüber anderen Institutionen, welche dann auch ihrerseits mit weiteren Begehrligkeiten folgen. Der Ordnung halber gebe ich noch meine Interessenbindung bekannt, Sie können sie zwar auch nachlesen im Register der Interessenbindungen: Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung einer der grössten Krankenkassen in diesem Land. Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zu folgen.

Fasel Hugo (G, FR): Herr Stahl, Sie haben gesagt, dass es bei den Geburtshäusern zu einer Mengenausweitung kommt. Kennen Sie eine Frau, die das gleiche Kind zweimal geboren hat? (*Heiterkeit*)

Stahl Jürg (V, ZH): Herr Kollege Fasel, ich glaube, es ist seit acht Jahren, seit ich diesem Rat angehöre, wirklich in regelmässigen Abständen so! Sie haben in der Theorie Recht, in der Praxis ist es aber nicht so, dass invasive Notfallstatio-

nen, in denen Eingriffe vorgenommen werden, oder Notfallbetten abgebaut werden. Folglich ist es eine Mengenausweitung. Aber um auf Ihre Frage konkret zu antworten: Eine Frau kann ein Kind nur einmal gebären. Das weiss ich auch. (*Heiterkeit*)

Meyer Thérèse (C, FR): C'est au moins la quatrième fois que nous prenons la parole pour défendre les maisons de naissance, sujet qui avait déjà été abordé dans la dernière révision de la LAMal. Il y a eu ensuite l'initiative parlementaire Maury Pasquier 04.418, à laquelle ce conseil a donné suite, à une large majorité. Il paraissait tout à fait logique d'introduire enfin cette prestation dans la révision partielle de la LAMal.

L'inscription dans la loi des maisons de naissance exige un complément de financement par rapport à la pratique actuelle, qui rembourse les frais du personnel soignant sans prendre en compte la structure de base qui est la maison de naissance elle-même, et ceci sans financer un séjour. En effet, le principe d'une maison de naissance est d'accueillir la femme pour son accouchement; elle retourne ensuite dans les 24 heures dans son foyer.

L'an dernier, 1037 femmes ont accouché dans des maisons de naissance, cela sur un total d'environ 70 000 naissances dans le pays. Il n'y aurait pas eu une naissance de plus ou de moins grâce aux maisons de naissance, mais le coût d'un accouchement dans une maison de naissance s'élève à la moitié du coût d'un accouchement à l'hôpital. Il faut encore ajouter que les maisons de naissance doivent relever le défi de ne pas avoir de cas avec des complications, car elles risqueraient de ne plus avoir la permission de proposer leurs services. Elles doivent minutieusement choisir les cas qui peuvent profiter de leurs services, c'est-à-dire des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé, pas de naissance de jumeaux, pas de naissance par siège non plus, pour éviter des complications. J'ai suivi de près ces pratiques dans mon canton où cela marche très bien.

Le groupe démocrate-chrétien soutiendra la majorité pour permettre ce type d'accouchement, d'un prix nettement plus bas lorsqu'il se déroule dans une maison de naissance.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Monsieur Rossini a évoqué dans le débat d'entrée en matière le fait que le financement hospitalier est un sujet que l'on peut qualifier de «serpent de mer» sur le plan des travaux du Parlement. Un autre serpent de mer, plus modeste mais tout aussi récurrent, accompagne le premier: c'est celui des maisons de naissance et de leur reconnaissance dans la LAMal.

Qu'en est-il de la situation actuelle? En quelques mots, les maisons de naissance, qui sont pour la plupart localisées en Suisse alémanique, ont vu le jour en Suisse au début des années 1990. Les sages-femmes qui y travaillent accompagnent en moyenne environ 1000 naissances par année sur un total de 70 000 à 80 000 naissances pour toute la Suisse. Or, si la LAMal rembourse les prestations fournies par la sage-femme, elle n'entre pas en matière pour les frais d'infrastructure des maisons de naissance qui, bien que modestes par rapport à ceux d'un hôpital, sont donc entièrement à la charge des parents.

Les mille familles ayant choisi l'an dernier une maison de naissance pour que leur enfant y vienne au monde ont donc dû prendre à leur charge les frais de cette formule. Mais on peut imaginer que d'autres couples, n'en ayant pas les moyens, ont choisi soit l'accouchement à domicile, soit celui en milieu hospitalier, tous deux entièrement remboursés par l'assurance de base. Pourtant, un accouchement en milieu hospitalier, si on reprend les chiffres fournis par le canton de Fribourg en 2004, coûte à l'assurance de base de 6262 francs à 7786 francs, alors que le coût d'une naissance dans une maison de naissance est de 3800 francs en moyenne, soit environ la moitié.

Je dois ici déclarer mes liens d'intérêt: j'exerce la profession de sage-femme à domicile et je siège au conseil d'administration des Hôpitaux universitaires genevois. Je devrais donc, en toute bonne logique, appliquant la maxime qui veut

que «charité bien ordonnée commence par soi-même», tout faire pour empêcher le développement des maisons de naissance qui vont faire diminuer le nombre d'accouchements à domicile et en milieu hospitalier.

Pourtant je soutiens ardemment les maisons de naissance, d'une part parce que les coûts de la santé m'importent et, d'autre part, parce que je suis toujours aussi persuadée que les mères doivent pouvoir accoucher dans un environnement favorable. Les établissements hospitaliers, toujours plus coûteux, toujours plus médicalisés n'offrent pas toujours cet environnement favorable, mais surtout ils ne sont pas du tout obligatoirement nécessaires à une naissance harmonieuse dans la mesure où aucune complication n'est intervenue pendant la grossesse et où aucun facteur de risque n'existe.

Les maisons de naissance, contrairement à ce qui a pu être dit en commission, ne concurrenceront jamais les établissements hospitaliers, car leur fonctionnement même implique forcément une taille réduite. L'inscription des maisons de naissance dans la LAMal, contrairement à ce qui a été dit par Monsieur Stahl, ne fera pas naître un enfant de plus. On peut peut-être le regretter. Toujours est-il que la très faible augmentation initiale des coûts induite par l'inscription des maisons de naissance dans la LAMal permettra, à terme, une diminution des frais d'accouchement en général, en laissant à plus de femmes le choix d'accoucher en maison de naissance.

Dès lors, au nom du groupe socialiste, je vous invite, comme vous l'avez déjà fait à quatre reprises au cours des dernières années, à suivre la majorité de la commission.

Dunant Jean Henri (V, BS): Ich spreche zugleich zu Artikel 41 Absatz 1ter. Gegen Geburtshäuser sprechen ökonomische, aber auch medizinische Gründe. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt – Behandlungskosten, Hebamme usw. – werden von der Krankenversicherung ja bereits bezahlt; Unterkunft und Verpflegung hingegen nicht, diese werden ausschliesslich in den Spitälern bezahlt. Eine Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung auf andere Institutionen muss unterbleiben. Ein solcher Präzedenzfall würde zur Folge haben, dass die Kantone die Geburtshäuser in die Spitalliste aufnehmen und sich zu 50 Prozent an den Kosten beteiligen müssten. Andere Institutionen – ich denke da an Kurhäuser oder Sterbehäuser – würden dann gleich behandelt werden wollen. Abgesehen davon, dass sie einen medizinischen Rückschritt bedeuten, sind Geburtshäuser für mich ein typisches Beispiel einer Mengenausweitung. Hotelleriekosten sollten von den Patientinnen übernommen werden. Überlassen wir es den Kantonen, ob sie einzelne Geburtshäuser nach entsprechender Qualitätsprüfung in ihre Spitalliste aufnehmen wollen.

Für mich wiegen die medizinischen Gründe ebenso schwer. Bei Hausgeburten ist die Komplikationsrate für Mutter und Kind zwar tief; sie liegt im tiefen einstelligen Prozentbereich. Dies würde die Existenz von Geburtshäusern vordergründig rechtfertigen. Früher aber nahm die Gesellschaft die Invalidität oder den Tod des Kindes oder gar den Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt als schicksalsbedingt hin; heute haben solche Zwischenfälle bald einmal juristische Konsequenzen, vom schweren persönlichen Leiden der Familie nicht zu sprechen. Aus medizinischen Gründen sind Geburtshäuser ein Rückschritt um Jahrzehnte, weil die Risiko Selektion unmittelbar vor der Geburt nicht gesichert ist; es kann sich eben etwas ändern zwischen dem Tag vor der Geburt und dem Tag der Geburt.

Ferner weist die Schweiz in Sachen Geburtshilfe einen hohen Versorgungsgrad auf, man darf Leben und Gesundheit von Kind und Mutter nicht aufs Spiel setzen. Weiter hat eine notfallmässige Verlegung vom Geburtshaus ins Spital während der Geburt eine sehr hohe Komplikationsrate, z. B. ist ein Notfallkaiserschnitt im Geburtshaus nicht möglich. Zudem werden bei hundert normalen Hausgeburten allenfalls eingesparte Kosten durch eine einzige schwere Komplikation zunichte gemacht, z. B. führt erheblicher Sauerstoff-

mangel im Gehirn des Kindes nachher zu lebenslänglicher schwerer Invaliddität, das kann zusammengerechnet über eine Million Franken kosten. Schliesslich kann heute durch die Zulassung von Beleghebammen kostensparend, aber gleichwohl in sicherer Umgebung geboren werden. Hier im Parlament kann man sich leicht für die Geburtshäuser und für Mehrausgaben einsetzen. Für die möglichen katastrophalen Komplikationen muss man ja nicht geradestehen.

Im Namen der SVP-Fraktion, aber vor allem im Interesse von Frauen und Kindern bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Teuscher Franziska (G, BE): Herr Stahl hat es bei der Begründung seines Minderheitsantrages gesagt: Die Geburtshäuser haben uns hier drin tatsächlich schon einige Male beschäftigt. Es ist ein Verdienst von Liliane Maury Pasquier, dass sie bei jeder Gelegenheit darauf hinweist, dass die Geburtshäuser in unserem Gesundheitssystem im Moment noch ein kleines Dasein fristen. Das können wir hier korrigieren.

Ich bin sehr erstaunt über die Voten der ewiggestrigen SVP-Herrn. Sie bekämpfen einen Antrag, dass Frauen in Geburtshäusern gebären können. Ich frage mich, warum das so ist. Ich habe es aus Ihren Voten nicht heraushören können. Ich glaube, Ihnen geht es irgendwo um eine Ideologie, die für Sie mit diesen Geburtshäusern verbunden ist. Mir ist aber nicht klar, welche. Sie weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Mutter-Kind-Beziehung ist, Sie weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Rolle der Mutter in unserer Gesellschaft ist. Hier sollten Sie auch einmal dazu stehen, dass die Mutter selber entscheiden kann, wo sie ihr Kind auf die Welt bringt.

Für mich ist das Argument, dass Geburtshäuser finanziell günstiger sind, nicht dasjenige, warum ich dafür bin, hier die Geburtshäuser mit aufzunehmen. Für mich ist es wichtig, dass die Mutter die Wahlfreiheit hat zu entscheiden, wo sie ihr Kind auf die Welt bringt: Will sie das zu Hause, will sie das im Geburtshaus, oder will sie das in einem Spital? Von daher ist es vielleicht ja auch typisch, dass bis anhin nur Männer das Geburtshaus bekämpft haben.

Am Schluss noch zu Herrn Dunant: Ich habe Ihnen gut zugehört, aber ich konnte bei keinem Argument, das Sie angeführt haben, den Rückschritt entdecken, den eine Geburt in einem Geburtshaus jetzt unserer Gesellschaft oder unseren Müttern zufügen soll. Sie malen den Teufel an die Wand, den niemand sonst sieht ausser eben gewissen Herren von der SVP. In dieser Frage, das muss ich klar sagen, habe ich Vertrauen zu den Leuten, die die Situation kennen, und das ist hier in diesem Saal – neben den betroffenen Frauen, die auch schon selber Kinder zur Welt gebracht haben – sicher Liliane Maury Pasquier. Deshalb gilt das Votum dieser Herren für mich viel weniger als dasjenige einer Hebamme, die uns hier kompetent anrät, dem Antrag mit diesen Geburtshäusern zuzustimmen.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Dies ist sicher nicht das ganz entscheidende Thema dieser Vorlage; es geht für uns aber um das Thema der Wahlfreiheit – heute ein wichtiges Thema –, und es geht um Einrichtungen, die Wahlfreiheit ermöglichen. Eine Ausdehnung der Leistungen findet nicht wirklich statt; natürlich gibt es eine neue Kategorie, aber wir glauben aus den von Herrn Fasel genannten Gründen nicht, dass eine Ausdehnung der Leistungen stattfindet. Vor allem ist es aus unserer Sicht klar – es scheint mir wichtig, das noch nachzutragen, es wurde bisher noch nicht gesagt –, dass auch diese Einrichtungen den nachher zu diskutierenden Planungsvorgaben unterstellt sind. Auch hier werden die Kantone sagen können – und das ist die Brücke zu Herrn Dunant –, was auf die Liste kommt und was nicht. Sie werden damit natürlich auch ein Regulativ haben, mit dem dafür gesorgt werden kann, dass es keine Überkapazitäten gibt, indem mit der Transparenz im neuen System mit der Zeit ein ausgeglichenes Angebot an Geburtshäusern, geburtshilflichen Abteilungen und anderen Einrichtungen entstehen muss. Dieser Nachtrag scheint mir sehr wichtig, auch wenn es, zumindest

für mich, nicht explizit im Text steht. Ich bitte die Kommissionsprecher, mich zu korrigieren, wenn ich falsch liege; zumindest für mich ist klar, dass auch diese Einrichtungen allenfalls auf die Liste kommen und der entsprechenden Dynamik der Planung unterstellt sind. Wir interpretieren es in diesem Sinne.

In diesem Sinne wird die Mehrheit der FDP-Fraktion der Kommissionsmehrheit zustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: La majorité de la commission souhaite étendre le nombre de lieux où l'on peut bénéficier des prestations de l'assurance-maladie. Cette discussion a déjà eu lieu plusieurs fois et le Conseil fédéral s'est constamment opposé à cette extension. Il ne s'agit pas d'un débat idéologique, mais pratique. Il est vrai qu'il y a la liberté de choix: on ne peut obliger personne à accoucher à l'hôpital plutôt qu'à la maison. Dans ce sens, les maisons de naissance sont une extension de l'offre et de la liberté de choix.

Ce qui est faux, c'est de prétendre que financièrement elles sont toujours meilleur marché. Je partage l'avis de Monsieur Dunant selon lequel un incident peut anéantir l'avantage financier de nombreux accouchements meilleur marché dans les maisons de naissance.

Il ne peut pas y avoir des maisons de naissance très éloignées des hôpitaux. Pratiquement, les maisons de naissance doivent toujours être proches d'un hôpital parce que, dès qu'il y a un incident, il faut pouvoir recourir aux services offerts par un hôpital. Par conséquent, elles ne sont pas un remplacement, mais un complément à l'offre hospitalière. Du point de vue de la sécurité, elles sont moins sûres que les hôpitaux. Elles sont peut-être plus conviviales; c'est probablement le cas. Mais, du point de vue de la sécurité, ce n'est pas un progrès, ce n'est pas un avantage financier.

Sans espoir de succès, nous vous suggérons de soutenir la proposition de la minorité Stahl.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Monsieur le conseiller fédéral, j'ai deux questions concernant la sécurité:

1. Quelle est votre opinion sur les résultats de l'étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique qui a mis en évidence que l'accouchement à domicile ne présentait pas plus de risque, ni en termes de mortalité ni sur le plan de la morbidité, que celui en milieu hospitalier?
2. Que savez-vous des infections nosocomiales en maternité?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il est exact qu'il y a des risques d'infections nosocomiales; il est exact que, d'après l'étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique, l'accouchement à domicile ne comporte pas plus de risques statistiquement que l'accouchement à l'hôpital, mais c'est une sélection, parce que lorsque vous accouchez à domicile, c'est que vous êtes quasiment sûre qu'il n'y a pas de risques. Encore une fois, c'est parce qu'il y a une sélection au départ: on accouche à la maison seulement si on est sûre qu'il n'y aura pas de pépin. La maison de naissance est une offre intermédiaire, c'est quelque chose de différent. Elle peut donner l'illusion qu'il est plus sûr d'y accoucher qu'à domicile, mais à la fin vous avez quand même besoin de l'hôpital s'il y a une complication. Mais on ne va pas se battre, vous allez gagner, et je n'en ferai pas une maladie, nosocomiale ou autre!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Comme l'a rappelé Madame Maury Pasquier, cette affaire prend effectivement la tournure d'un serpent de mer, où les manipulations de procédure et les procès d'intention finissent par l'emporter sur les arguments raisonnables. En particulier, Monsieur Dunant peint certainement le diable sur la muraille. J'ai moi-même pratiqué l'obstétrique dans un hôpital périphérique et l'accouchement à domicile. Je ne souscris pas à ses arguments, bien qu'il ait été mon chef de clinique en son temps, mais pour la chirurgie vasculaire.

Les maisons de naissance demandent des équipements manifestement moins lourds qu'un hôpital, ce qui permet

une rationalisation de la prise en charge et surtout une dé-médicalisation dans des grands moments de la vie pour tenter, dans la mesure du possible, de mettre en valeur son caractère intime. Une étude du Fonds national – Madame Maury Pasquier vient de le rappeler – a clairement montré qu'il n'y avait pas davantage de risques, d'autant plus qu'un suivi méticuleux de la grossesse a permis de les identifier. Lorsqu'il y a lieu simplement de les suspecter, même lorsqu'ils ne sont pas effectivement présents, bien entendu, l'accouchement doit avoir lieu à l'hôpital. Il y a lieu donc d'être extrêmement circonspect en matière d'indication.

Mais fondamentalement, la grossesse n'est pas une maladie. Il n'y a donc pas besoin que ces institutions soient localisées a priori à proximité d'un hôpital. Il n'y a pas non plus de raison de craindre la prolifération des maisons de naissance. L'objectif de cette modification est surtout d'assurer la pérennité de l'existant.

C'est ainsi, par 14 voix contre 6 et 3 abstentions, que la commission vous recommande d'approuver l'ajout de la lettre f et la modification des articles subséquents en rapport avec cette question, soit les articles 29, 35 et 38.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 118 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 53 Stimmen

Art. 29 Abs. 2 Bst. b

Antrag der Mehrheit

b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 29 al. 2 let. b

Proposition de la majorité

b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 35 Abs. 2 Bst. i

Antrag der Mehrheit

i. Geburtshäuser;

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 35 al. 2 let. i

Proposition de la majorité

i. les maisons de naissance;

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 38

Antrag der Mehrheit

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c bis g, i und m

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Streichen

Art. 38

Proposition de la majorité

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35 alinéa 2 lettres c à g, i et m

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Biffer

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 39

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;

b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;

c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;

d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;

e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Abs. 2

Die Kantone koordinieren ihre Planung.

Abs. 2bis

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche hochspezialisierten Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

Abs. 2ter

Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien für die Planung. Er hört zuvor die Kantone an.

Abs. 3

Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

Abs. 4–6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Randegger, Scherer, Triponez)

Abs. 1bis

Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e sind in einem transparenten Verfahren unter analoger Anwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen zu vergeben.

Antrag der Minderheit I

(Rossini, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Abs. 2bis

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin erstellt der Bund eine gesamtschweizerische Planung.

Antrag der Minderheit II

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Abs. 2bis

Streichen

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Stahl)

Abs. 2ter

Streichen

*Antrag Fehr Jacqueline**Abs. 1 Bst. d*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Gutzwiller**Abs. 2ter*

Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Er hört zuvor die Kantone an. Er berücksichtigt die Anliegen der Leistungserbringer und Versicherer.

Art. 39*Proposition de la majorité**Al. 1*

Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Al. 2

Les cantons coordonnent leurs planifications.

Al. 2bis

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification sur l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux, pour quelles prestations, doivent figurer sur les listes hospitalières cantonales.

Al. 2ter

Le Conseil fédéral édicte des critères uniformes pour la planification. Il consulte au préalable les cantons.

Al. 3

Les conditions fixées à l'alinéa 1 s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médicosociaux).

Al. 4–6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Randegger, Scherer, Triponez)

Al. 1bis

Les mandats de prestations mentionnés à l'alinéa 1 lettre e sont attribués suivant une procédure transparente et en application de dispositions analogues à celles de la loi fédérale sur les marchés publics.

Proposition de la minorité I

(Rossini, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Al. 2bis

La Confédération établit une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Proposition de la minorité II

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Al. 2bis

Biffer

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Stahl)

Al. 2ter

Biffer

*Proposition Fehr Jacqueline**Al. 1 let. d*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Gutzwiller**Al. 2ter*

Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité, la rentabilité et les soins de base. Il consulte au préalable les cantons. Il tient compte des intérêts des fournisseurs de prestations et de ceux des assurés.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich schlage Ihnen vor, eine erste Debatte über die Absätze 1 und 1bis zu führen. – Sie sind damit einverstanden.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich beantrage Ihnen mit meinem Einzelantrag, bei der Spitalplanung den halben Satz «wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind» zu streichen. Dieser Satz steht auch im aktuellen Gesetz und hat sich eigentlich in der Realität als etwas herausgestellt, was niemand recht zu fassen mag. Es ist nicht sicher, ob es eine politische Beruhigungsspielle für die Privatspitäler ist oder ob es ein Türöffner ist, um die Spitalplanung der Kantone via Rekursrecht zu unterlaufen.

In diesem Zusammenhang müssen wir uns nochmals überlegen, was wir mit der Spitalplanung eigentlich wollen. Wir wollen ein bedarfsgerechtes Angebot an Betten, das heisst, wir wollen gegenüber heute die Bettenzahl reduzieren; wir wollen dabei aber auch die regionalen Besonderheiten berücksichtigen. Wir wollen die Mittel effizient einsetzen, und wir wollen auch eine verantwortungsbewusste Verwendung der Steuergelder.

Es ist klar, dass Spitäler, die öffentlich oder öffentlich subventioniert sind und zum Teil oder meist mit teuren öffentlichen Geldern gebaut, unterhalten, ausgebaut oder erweitert wurden, bei der Spitalplanung eine höhere Priorität haben. Wenn es mit der Einführung der Fallkostenpauschalen darum geht, Spitäler miteinander zu vergleichen, wird es in der Realität nicht darum gehen, öffentliche Spitäler von der Spitalliste zu kippen, sondern darum, mit diesen Fallkostenpauschalen und den Vergleichen die Qualität in diesen Spitälern zu steigern. Das Ziel der Fallkostenpauschalen ist die Qualitätssteigerung und nicht das Eliminieren der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler von den Spitalisten. Das wäre gegenüber den Steuerzahlern ausserordentlich verantwortungslos. Es ist nicht vorstellbar, dass Kantonsspitäler plötzlich von der Spitalliste fliegen.

Der Gesundheitsmarkt ist gross – wir haben das schon beim Eintreten gehört –, er wächst stark. Die Privatspitäler spielen dabei eine wichtige Rolle, sie haben auch ihre Chance in diesem Markt, ohne dass sie an den Topf der Steuergelder und an den Topf der Grundversicherung kommen. Dort hingegen, wo es für die Versorgungssicherheit notwendig ist, sollen auch Leistungen der Privatspitäler gezielt eingekauft werden. Privatspitäler sollen also nicht «angemessen» berücksichtigt werden, sondern subsidiär. Sie haben dort ihren Platz, wo das Angebot durch die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler nicht ausreichend abgedeckt werden kann.

Aus diesem Grund erscheint es uns sinnvoller, diesen halben Satz zu streichen, weil dies zur Klärung beiträgt, weil so ein klares Konzept vorliegt; das heisst, dass die Kantone die

Spitallisten so gestalten, dass der Bedarf gedeckt ist, dass die Versorgung sichergestellt ist, und dass sie dabei frei sind, welche Spitäler sie in welcher Reihenfolge auf die Liste setzen. Das heisst im Konkreten, dass ihre eigenen Spitäler – die öffentlichen und öffentlich subventionierten – selbstverständlich Priorität haben werden.

Deshalb beantragen wir Ihnen, diesen halben Satz zu streichen.

Stahl Jürg (V, ZH): Mein Minderheitsantrag ist als Ergänzung zu Artikel 39 zu verstehen. Es gibt aus meiner Sicht keine Gründe, warum Bestimmungen des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen nicht analog im Gesundheitswesen angewendet werden könnten. Darum bitte ich Sie, meinem Minderheitsantrag zum Durchbruch zu verhelfen. Im Wesentlichen sind es drei Gründe, warum sich mein Minderheitsantrag positiv in das Gesundheitswesen einfügen lässt:

1. Die Qualität wird steigen. Mit dem öffentlichen Ausschreiben von Leistungsaufträgen nimmt der Anspruch an die Qualität zu. Aufgrund klarer Ausschreibungskriterien werden sich sämtliche Marktteilnehmer an kompetitiven Qualitätsmerkmalen messen müssen.

2. Die Transparenz führt zu mehr Wettbewerb. Durch das transparente Verfahren werden sich wettbewerbliche Effekte durchsetzen. Wenige Jahre nach der Einführung des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen wurden die Spielregeln von allen akzeptiert und in den meisten Fällen ohne richterliche Entscheidungen angewendet.

3. Die Leistungen werden kostengünstiger angeboten werden können. Ausgeschriebene Leistungsaufträge werden in der Tendenz kostengünstiger werden. Es gibt genügend Beispiele: Elektrizität, Bauwesen, öffentlicher Verkehr, Generalunternehmen, Serviceleistungen, Sicherheitsleistungen, um nur einige zu nennen.

Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zu folgen und damit ein kompetitives Element in das starre Konstrukt des Gesundheitswesens einzufügen.

Ruey Claude (RL, VD): Le groupe radical-libéral soutient en effet la proposition de la majorité à l'article 39 alinéa 1bis, et ceci pour les raisons suivantes. Je précise que je fais partie de la minorité parce que, en fait, Monsieur Randegger me remplaçait en séance.

Il faut se souvenir qu'au départ les cantons paient la moitié, grosso modo, des journées d'hospitalisation, parce que nous avons voulu, à l'époque où la LAMal a été créée, soulager une partie des assurés de ce qui aurait été répercuté sur les primes autrement. En d'autres termes, nous avons le système des primes par tête, atténué par une fiscalisation de l'hospitalisation.

Dans ce système, il est prévu que les cantons établissent une planification hospitalière, celle-ci devant tenir compte des hôpitaux privés. C'est la LAMal actuelle qui le dit, et c'est la lettre d de l'article 39 alinéa 1 qui nous est soumise qui le dit aussi. Il est important de maintenir cette lettre d et de ne pas suivre la gauche qui veut l'abroger. Il s'agit de tenir compte de l'égalité de traitement.

A l'avenir, avec le système que nous mettons en place, qui est l'achat de prestations – «Pauschfälle» –, nous pourrions à la limite nous dire qu'il n'y a pas besoin de planification. C'est d'ailleurs un élément qui a été discuté en commission. Mais il est évident que, vu les circonstances dans lesquelles nous nous trouvons, nous devons avancer pas par pas et donc aménager la planification actuelle. Cela étant, si nous maintenons la planification hospitalière, il faut qu'elle repose sur des critères loyaux et transparents. Il s'agit d'avoir du fair-play dans le choix des hôpitaux. Il s'agit d'assurer l'égalité de traitement, à qualité égale et à prix égal bien entendu. Cela doit être mesuré, l'efficience aussi, tant sur la qualité que sur les prix, en tenant compte bien sûr des missions particulières, dans les cas de soins continus ou intensifs ou les cas d'urgence.

Il y a des missions plus coûteuses que d'autres et il faut éviter de comparer de manière inexacte. Cela doit donc être fait

de manière soigneuse, mais de manière ouverte pour éviter les chasses gardées, les féodalités, pour éviter que les Conseils d'Etat concernés, qui d'ailleurs en général ne comprennent pas tous ce que leur chef de département concerné a lui-même de la peine à comprendre, ne prennent des mesures qui relèvent d'une politique protectionniste, et non pas des mesures claires au niveau du choix économique, sanitaire et qualitatif.

J'en viens aux cantons, précisément. Les cantons portent de multiples casquettes. J'ai été chef du département de la santé dans mon canton, et je crois pouvoir vous en parler en connaissance de cause. Ils sont propriétaires de certains hôpitaux; ils subventionnent les investissements d'autres hôpitaux publics ou parapublics; ils subventionnent les journées de malades dans l'ensemble des hôpitaux publics ou privés qui assurent des soins de base; ils sont les négociateurs de conventions locales sur les prix de la journée avec les assureurs et les fournisseurs de prestations; ils sont les arbitres des conflits qui peuvent exister en cas d'absence de convention parce qu'ils doivent fixer les tarifs, alors qu'ils sont en même temps propriétaires d'hôpitaux et subventionnent ceux-ci; enfin, ils sont les planificateurs.

Inutile de dire qu'avec ces multiples casquettes, les responsables cantonaux sont en permanence en butte à des conflits d'intérêts. Et le risque est qu'ils choisissent le court terme, la facilité, ce qui consisterait à favoriser ses propres hôpitaux même si ce choix est irrationnel du point de vue de l'économie globale de la santé. Le risque, c'est d'alléger le budget cantonal parce qu'on est sous la pression du ministre des finances – je vois dans la salle un ou deux de mes anciens collègues qui ont exercé cette fonction, justement d'ailleurs; le risque est donc que les cantons mélangent ce qui relève de la rationalité sanitaire avec ce qui concerne l'intérêt purement financier du canton.

Dès lors, il est particulièrement nécessaire de mettre des garde-fous et d'opter pour des méthodes d'analyse qui permettent d'obtenir de la transparence et d'assurer le fair-play. C'est ce que demande la minorité: elle ne dit pas qu'il faut appliquer la loi fédérale sur les marchés publics, bien entendu que non! – car cela reviendrait à dire que son chien a la rage pour pouvoir l'abattre –, mais elle dit: «On aimerait des méthodes analogues», c'est-à-dire des méthodes qui tiennent compte du prix, de la qualité, et que les cantons agissent de manière réellement sérieuse, expertisée, et sans qu'il y ait de passe-droit ou de défense de son pré carré ou des féodalités cantonales.

Ce sont les raisons pour lesquelles le groupe radical-libéral soutiendra la minorité sur ce point.

Borer Roland F. (V, SO): Die Fraktion der SVP wird den Antrag Fehr Jacqueline zu Artikel 39 Absatz 1 ablehnen, wird aber die Minderheit Stahl unterstützen.

Wenn wir vorhin dem Votum von Frau Fehr genau zugehört haben, haben wir doch einige sehr interessante Aspekte kennengelernt. Da ist der interessante Aspekt, dass anscheinend nach Ansicht von Frau Fehr ein Franken nicht ein Franken ist. Sie sprach nämlich – und ich zitiere hier – auf der einen Seite von teurem öffentlichem Geld, und auf der anderen Seite suggerierte sie uns, dass private Investitionen schlechtes Geld sind. Nur das öffentliche Geld, das in das Gesundheitswesen investiert wird, soll also etwas gelten, und das privat investierte Kapital ist eigentlich von Grund auf von Bösem.

Das kommt aus einer Ideologie heraus – ich betone: Ideologie –, die so nicht stimmt. Frau Fehr, Sie müssen damit leben – und auch Ihre Klientel, die Sie wählt, lebt davon –, dass im Gesundheitswesen auch Geld verdient wird und Geld verdient werden darf. Nach Ihren grundsätzlichen Überlegungen müssten eigentlich sämtliche Spitalangestellten für Gottes Lohn arbeiten, sie dürften kein Geld verdienen. So kann man das doch heute nicht mehr betrachten. Es ist eine ideologisch gefärbte Sichtweise, die Sie hier einnehmen und die zwischen öffentlichen und privaten Geldern unterscheidet. Es ist einfach die Weiterführung der Diskussion, die wir schon in der Kommission hatten.

Zur Minderheit Stahl bei Artikel 39 Absatz 1bis: Wenn wir ein -System wählen, in dem klar messbare Kriterien zu gelten haben, wenn es darum geht, Leistungsaufträge zu vergeben, dann müssen wir auf der einen Seite ganz klare Kriterienkataloge aufstellen, und auf der anderen Seite müssen wir im Voraus schon, bei der Festlegung, nachher auch aber bei ihrer Umsetzung klare, transparente Spielregeln festlegen. Wenn wir das tun, wird es in Zukunft zu Diskussionen kommen. Es wird in einem System des Wettbewerbs und in einem System, das über Leistungsaufträge geführt wird, immer Gewinner und Verlierer geben. Wir sind es im Sinne der Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit und auch dem Unterlegenen respektive dem Gewinner eines solchen Challenge schuldig, dass wir klar kommunizieren, wie eben die einzelnen Resultate zustande gekommen sind. Deshalb werden wir von der SVP-Fraktion hier die Minderheit unterstützen.

Ich bin gerne bereit, jetzt auch die Frage von Frau Fehr, die sie sicher an mich hat, zu beantworten.

Präsident (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Es gibt keine Frage, Herr Borer. Frau Fehr wünscht das Wort für eine kurze persönliche Erklärung, weil sie angesprochen worden ist.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Pech gehabt, Herr Borer, ich habe keine Frage an Sie, nur eine persönliche Erklärung, weil Sie ja das Kunststück fertiggebracht haben, mein Votum so ziemlich ins Gegenteil von dem zu verkehren, was ich eigentlich gesagt habe.

Die Situation ist ganz einfach; wir haben das ja auch schon stundenlang in der Kommission diskutiert. Die Positionen sind insofern verschieden, als Sie die Privatspitäler an die Töpfe der Grundversicherung, an die Töpfe der öffentlichen Gelder lassen und anschliessend die Profite in die privaten Taschen fliessen lassen wollen. Es ist nun mal so, dass dort, wo die öffentliche Hand in die Spitäler investiert hat, und dort, wo sie Eigentümerin der Spitäler ist, sie auch eine Verpflichtung gegenüber den Steuerzahlern hat, die Spitäler zu führen, damit der Versorgungsauftrag wahrgenommen werden kann.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Das war die Redezeit für die persönliche Erklärung.

Fasel Hugo (G, FR): In drei Minuten ist es 13 Uhr, dann hören wir normalerweise auf; also gehen wir zügig und schnell voran. Die Fraktion der Grünen unterstützt den Antrag von Frau Fehr. Das Konzept, das diesem Antrag zugrunde liegt, ist konsistent. Wenn man das wie vorgeschlagen handhaben will, ist es notwendig, den letzten halben Satz in Buchstabe d zu streichen.

Was den Minderheitsantrag Stahl betrifft, haben wir einige Bedenken und lehnen ihn deshalb ab. Die Bedenken sind die folgenden: Herr Stahl hat richtigerweise gesagt, dass man hier das Konzept der öffentlichen Ausschreibung anwenden wolle, wie es bei der Elektrizität zur Anwendung kommt, bei einer öffentlichen Buslinie oder bei der Kehrtrichterabfuhr. Das Problem ist eben nur, dass Aufträge im Gesundheitsbereich wesentlich komplizierter und schwieriger auszuschreiben sind. Das heisst, dass wir ein solches Konzept klar und deutlich ablehnen.

Ich denke auch, dass die Argumentation von Herrn Ruey wenig weiter trägt, wenn er den Kantonsregierungen Inkompetenz vorwirft. Denn die Kantonsregierungen werden mit einem viel umfassenderen, komplizierten und komplexen Ausschreibungssystem nicht über Nacht kompetenter. Sie müssen auch da noch in bester Kenntnis der Dinge entscheiden. Schliesslich wissen wir auch von anderen Orten, was öffentliche Ausschreibungen von dieser Komplexität beinhalten; die Neat ist ein gutes Beispiel hierfür: Wenn wir ein Los nicht loswerden, wird es unendlich langwierige Prozesse geben. Denn wer sich um einen Auftrag bemüht und dann nur einen Teil erhält, weshalb die Sache wiederum nicht rentabel ist, der wird deshalb zusätzliche Forderungen stellen

und Juristen bemühen. Das heisst: Das Konzept, das hier von Herrn Stahl vorgeschlagen wird, ist nicht praktikabel. Das ist der Grund, weshalb wir vonseiten der Grünen den Minderheitsantrag Stahl ablehnen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Aufgrund der persönlichen Erklärung von Frau Fehr möchte auch Herr Borer eine persönliche Erklärung abgeben.

Borer Roland F. (V, SO): Ich verahre mich dagegen, dass ich jemanden – egal, ob es sich um ein öffentliches Spital oder ein privates Spital handelt – an einen Honigtopf oder etwas anderes hängen will. Aber ich erwarte, dass jemand, der eine hervorragende Leistung im Bereich der Grundversorgung erbringt, egal ob privat oder öffentlich, dementsprechend bezahlt wird. Das erwarte ich.

Goll Christine (S, ZH): Die SP-Fraktion wird die Minderheit Stahl ablehnen und den Einzelantrag Fehr Jacqueline unterstützen. Die SP-Fraktion, Herr Borer, unterstützt den Einzelantrag Fehr Jacqueline vor allem deshalb, weil er Unklarheiten beseitigt. Wenn Sie die Fassung der Mehrheit lesen, können Sie unschwer feststellen, dass diese Formulierung mehr Fragen offenlässt als beantwortet.

Wir wollen verhindern, dass Privatspitäler mit öffentlichen Geldern subventioniert werden. Wir wollen das vor allem deshalb verhindern, weil die Formulierung, welche die Mehrheit gewählt hat, keine Sicherheit bietet, dass klare Rahmenbedingungen für die Subventionierung mit öffentlichen Geldern vereinbart werden. Diese Regelung ist in den gesetzlichen Bestimmungen, wie sie die Mehrheit beschlossen hat, nirgends vorgesehen. Wir sind nicht bereit, öffentliche Gelder für Privatspitäler und private Einrichtungen zu sprechen, ohne dass klare Kriterien und Auflagen eingehalten werden müssen. Das Ergebnis einer solchen Politik wird nämlich genau dasjenige sein, dass eine umfassende und hochstehende medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung nicht mehr garantiert werden kann, weil dann Privatspitäler – genau wegen dieser Subventionierung mit öffentlichen Geldern – die Möglichkeit haben, sich zurückzulehnen und Rosinenpickerei zu betreiben. Sie werden keine Auflagen haben, sich beispielsweise an der Grundversorgung wie Notfalldienst zu beteiligen.

Wir unterstützen den Einzelantrag vor allem deshalb, weil mit einer Subventionierung von Privatspitälern mit öffentlichen Geldern immer auch eine Mengenausweitung verbunden ist, eine Mengenausweitung, die sich notabene immer auch in einem weiteren Prämienanstieg äussert. Wir wollen, dass die öffentlichen Spitäler die besten Spitäler sind und es auch bleiben.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich schlage Ihnen vor, hier die Debatte zu unterbrechen. Wir werden morgen nach der Vereinigten Bundesversammlung mit diesem Geschäft weiterfahren. Der Reigen der Fraktionssprecher ist damit zu Ende. Herr Bundesrat Couchepin wird morgen weiterfahren.

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

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich möchte Ihnen noch folgende zwei Mitteilungen machen: Heute Nachmittag um 16.30 Uhr findet die erste Jassmeisterschaft der eidgenössischen Räte statt. Sie sind herzlich dazu eingeladen.

Etwas später, um 18 Uhr, findet im Käfigturm die Vernissage der Ausstellung zu den Wahlen 2007 statt.

*Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr
La séance est levée à 13 h 05*

Dreizehnte Sitzung – Treizième séance

Mittwoch, 21. März 2007

Mercredi, 21 mars 2007

08.05 h

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Art. 39

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir sind gestern bei Artikel 39 Absätze 1 und 1bis stehengeblieben. Die Fraktionssprecherinnen und -sprecher haben bereits gesprochen. Nun hat Herr Bundesrat Couchepin das Wort.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Avec sa proposition à l'article 39 alinéa 1, Madame Fehr Jacqueline voudrait – comme cela a été abondamment dit hier – biffer une partie du texte, qui prévoit que les cantons doivent prendre en considération les organismes privés. Cela relève tout simplement du bon sens! Lorsqu'on doit établir une planification, il faut tenir compte de la réalité, et dans certains cantons, notamment celui de Berne, il n'est pas imaginable d'établir une planification hospitalière qui couvre les besoins de base en soins hospitaliers sans tenir compte des offres privées. C'est la raison pour laquelle nous sommes d'avis que la proposition Fehr Jacqueline doit être rejetée.

Plus difficile est le problème posé par la proposition de la minorité Stahl. En effet, à première vue, il paraît relever du bon sens qu'un certain nombre de règles doivent être respectées lors d'une mise en soumission. Les règles les plus courantes en la matière sont les règles analogues à celles de la loi fédérale sur les marchés publics. Mais, si on dépasse cette première impression, on s'aperçoit rapidement que cette loi n'est pas applicable.

Votre Commission de gestion, sauf erreur, a étudié il y a quelques années l'efficacité de la loi sur les marchés publics et est arrivée à la conclusion que si celle-ci était très efficace

pour les appels d'offres concernant des choses très simples – par exemple de la nourriture pour l'armée ou la fourniture d'un casque, ou de munition –, les choses étaient infiniment plus difficiles pour tout ce qui concernait les marchés plus complexes. Or, le marché de la santé est par définition un marché très complexe. Imaginez la mise en soumission, l'appel d'offres, pour des hôpitaux: on doit intégrer dans les appels d'offres des critères qualitatifs et on doit le faire a priori, c'est-à-dire avant de les présenter devant le marché. Comment voulez-vous définir cette qualité? Il y aura toujours un élément d'arbitraire, une part de décision politique. Vous ne pouvez pas imaginer que dans un appel d'offres public, nous exigeons que le taux de mortalité dans telle ou telle opération soit inférieur à tel critère! Ce n'est pas possible, et pourtant c'est un critère de qualité.

Il y a là toute une série d'autres éléments «soft» qui définissent la qualité et qui permettent de faire un choix. A posteriori, il est possible de le faire. On sait que certains hôpitaux ne répondent pas à des critères, mais on ne peut pas les indiquer au stade de la mise en soumission. C'est la raison pour laquelle nous sommes d'avis que la proposition de la minorité Stahl n'est pas adéquate, qu'elle crée une illusion et surtout, qu'elle n'est pas applicable dans un contexte comme celui du marché de la santé. Les cantons eux-mêmes doivent définir les règles du jeu. C'est un acte politique cantonal de fixer les critères nécessaires dans le cadre de la loi fédérale, la Confédération fixant, elle, des critères généraux, comme cela est prévu dans un autre article de la loi.

Pour ces raisons, le Conseil fédéral est d'avis que la proposition de la minorité Stahl ne peut pas être retenue et il vous invite à voter la proposition de la majorité.

Humbel Nâf Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie namens der Kommission, bei Artikel 39 Absätze 1 und 1bis der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Der Antrag Fehr Jacqueline geht von einem anderen Konzept aus, als es die Kommissionsmehrheit will. Die Kommissionsmehrheit will Fallpauschalen auf der Basis von Vollkostenrechnungen, das heisst inklusive Investitionskosten. Frau Fehr will das nicht. Die Kommissionsmehrheit will damit gleich lange Spiesse schaffen für öffentliche und Privatspitäler bezüglich Rechten und Pflichten, aber eben auch bezüglich Finanzierung. Wir wollen mehrheitlich auch einen Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung, das heisst, dass Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherer und des Kantons haben, und wir wollen nicht weiterhin einfach Subventionen an öffentliche Spitäler ausrichten. In diesem Sinne hat die Kommissionsmehrheit ein anderes Konzept beschlossen und will sicher nicht hinter die geltende Gesetzgebung zurück, nach der private Anbieter angemessen zu berücksichtigen sind.

Ich bitte Sie daher, der Kommissionsmehrheit zu folgen; dies auch beim Minderheitsantrag Stahl zu Artikel 39 Absatz 1bis. Unter dem Aspekt der Zielsetzung der gleich langen Spiesse hat dieser Antrag etwas für sich. Wir wollen aber eben, dass Qualität und die wirtschaftliche Effizienz vergleichbar, messbar und nachvollziehbar sind, und das muss in einem transparenten Verfahren geschehen. Nach dem öffentlichen Submissionsverfahren dürfte der Vollzug sehr schwer zu realisieren sein, mit vielen Ungewissheiten und langwierigen Beschwerdeverfahren. Zudem wird es den Kantonen ja freistehen, ein solches Verfahren zu wählen. Ich bitte Sie also zusammenfassend, bei beiden Absätzen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Le projet introduit un nouveau concept de planification et de concurrence. La planification selon le droit actuel a été effectuée selon des considérations diverses à l'échelle du canton, avec une prépondérance d'éléments d'appréciation politique dans les décisions. Le résultat n'a pas été satisfaisant et a débouché sur une situation des plus disparates.

Une planification selon des critères établis à l'échelon national s'impose si nous voulons introduire un financement par DRG incluant les investissements et davantage de concu-

rence sans distorsion. La proposition Fehr Jacqueline est donc inappropriée. La commission vous demande de maintenir la lettre d de l'article 39 alinéa 1 telle que proposée.

Concernant l'assujettissement de la planification à la loi fédérale sur les marchés publics, la commission n'a pas été en mesure d'évaluer exactement la portée de cette proposition. La discussion en est restée à une appréciation de caractère général. On a remarqué, en particulier, que la planification hospitalière devait certes obéir à un certain nombre de critères selon les besoins, de façon à établir une certaine homogénéité à l'échelon national et surtout de façon à établir la transparence. Mais parallèlement il s'agit aussi de tenir compte des particularités régionales. De plus, le statut public ou privé des institutions implique des différences absolument fondamentales de situations de départ. Cela rend tout simplement impossible une procédure d'évaluation standard telle que prévue dans une procédure d'attribution similaire à celle de la loi fédérale sur les marchés publics.

La planification et le mandat hospitaliers ne peuvent que difficilement se prêter à une mise en soumission comme une infrastructure routière ou immobilière. Contrairement à ce que certains imaginent, un hôpital ne se met pas sur pied ni ne se démantèle comme une route dont on corrige un virage ou comme un bâtiment administratif dont on change l'affectation. D'ailleurs, l'alinéa 2ter de ce même article prévoit des critères de planification définis par la Confédération d'entente avec les cantons. Les éléments pertinents d'attribution d'un mandat de prestations en découlent. Cette nouvelle disposition n'ajoute donc rien et ne fait que brouiller les cartes. Enfin, il a paru inopportun à la commission de créer une divergence sur ce point particulier. Elle vous recommande donc par 12 voix contre 11 de suivre sa majorité.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 103 Stimmen

Für den Antrag Fehr Jacqueline 53 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 77 Stimmen

Dagegen 80 Stimmen

Abs. 2bis – Al. 2bis

Rossini Stéphane (S, VS): Nous abordons ici la problématique de la planification de la médecine de pointe. En ce qui concerne la coordination des différents centres hospitaliers universitaires de ce pays, force est de constater qu'il existe un certain décalage entre le discours ouvert et conciliant – presque dynamique et optimiste – et la réalité. Tout le monde veut de la cohérence dans ce secteur qui est, nous le reconnaissons, central et innovant et qui est aussi le fer de lance du système de santé. Il convient de le soutenir sans réserve, mais avec lucidité et avec une utilisation optimale des ressources publiques.

Malgré cet état général apparemment très satisfaisant, rares sont celles et ceux qui osent admettre que des querelles de clocher et de prestige existent et qu'une multitude d'oppositions se manifestent. Il existe donc un discours optimiste, mais aussi une autre réalité, que nous devons appréhender avec rigueur.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons de donner davantage de compétences à la Confédération dans la planification de la médecine de pointe. Si pour le Conseil fédéral des progrès ont été réalisés – Monsieur Couchepin nous le dira vraisemblablement tout à l'heure –, si les cantons essaient d'aller de l'avant, dans les coulisses, en revanche, les voix s'expriment de manière un petit peu différente et on peut dire que beaucoup de choses ne vont pas bien. Ici, c'est Zurich qui écrase tous les autres; là, c'est Berne ou Bâle qui en écrasent un autre; Lausanne ou Genève qui en écrasent encore d'autres au gré des enjeux, au gré des dis-

ciplines, au gré des personnes concernées. Ici, c'est un professeur qui défend sa suprématie; là, ce sont tant d'autres éléments qui échappent, bien sûr, au politique, qui ne comprennent rien du tout. Ce sont là autant d'éléments qui empêchent d'unir les forces, de valoriser les synergies, d'utiliser au mieux les ressources publiques.

Dans ma proposition de minorité I qui vise à donner davantage de compétences à la Confédération, il n'y a strictement aucun élément de nature idéologique, aucune velléité de nationalisation ou d'étatisation de la médecine, comme on pourra nous le dire, ou de frein à l'innovation. Non, les cosignataires de ma proposition de minorité I et moi-même pensons tout simplement que, dans le grand cirque des intouchables, il y a des limites et que nous devons mettre fin à certaines pratiques.

Objectivement, la menace d'une éventuelle intervention de la Confédération n'effraie franchement plus personne. On a plutôt l'impression qu'on nous dit: «Eh bien vous, parlementaires, causez toujours! Nous agissons comme nous le voulons.» Par conséquent, pour essayer d'avoir davantage de rigueur et de forcer les synergies – parce que, dans ce domaine, il y a des enjeux importants –, nous devons agir. C'est, de notre point de vue, la seule issue pour aller de l'avant. Or cette issue, c'est de donner à la Confédération davantage de moyens.

Nous voulons une Confédération qui ose agir, mais à qui on ne demande pas de tout faire, à qui on ne demande pas de faire mieux que les cantons. Nous voulons tout simplement une Confédération qui définit très clairement les règles, qui dicte les conditions et qui impose le rythme des coordinations et des synergies à mettre en oeuvre.

Je pense que dans ce domaine, depuis de longs mois, pour ne pas dire de longues années, on nous mène en bateau, et cette situation a assez duré!

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die sogenannte Spitzenmedizin gibt ja immer wieder zu reden. Die Kantone diskutieren schon länger darüber, wie sie die entsprechenden Einrichtungen koordinieren sollen. Hier schlägt die Mehrheit nun vor, dass der Bund eine gewisse Kompetenz bekommt, in diese Diskussion einzugreifen. Es gibt dazu folgende Argumente anzubringen, die gegen eine Aufnahme der Spitzenmedizin ins Gesetz sprechen:

Erstens einmal ist da die Frage: Was ist Spitzenmedizin? Heute gehören medizinische Leistungen zum Alltag, die noch vor wenigen Jahren als Sensation und eben als Spitzenmedizin bezeichnet wurden. Hier findet eine Entwicklung statt, die allein schon aufgrund der Fragestellung, was dann die Spitzenmedizin wirklich betreffe, eine unklare Situation ergeben wird.

Solche Einrichtungen – das ist der zweite Punkt – in der Nähe von Universitäten oder als Teil von Universitätsspitalen gehören zum Bereich der Ausbildung. Es ist damit auch eine Bildungsfrage verbunden.

Als Drittes, und das ist mir als Zürcher besonders wichtig: Ein Angebot an hochspezialisierter Medizin gehört in unserem Land zu jedem Wirtschaftsstandort mit internationaler Ausstrahlung. Es ist nicht eine Frage der Grundversicherungsregelung, einem Wirtschaftszentrum vorzuschreiben, ein Standort für spitzenspezifische Leistungen und Einrichtungen zu sein. Die Aufgabe ist – und da gehen wir ja mit dieser Vorlage den richtigen Weg –, den Versicherten zu günstigen Bedingungen die Leistungen zugänglich zu machen. Kantone oder Städte haben die für die Grundversicherung unnötigen Strukturen, das, was über den Grundbedarf hinausgeht, das, was eben standortbezogen ist, selbst zu bezahlen. Wenn wir hier mit Fallpauschalen arbeiten, dann sind die Verträge mit diesen Einrichtungen entsprechend dieser Vorlage auszugestalten, und es braucht keine neue Planungskompetenz des Bundes, die sich aus dem Mehrheitsantrag ableiten liesse.

Ich möchte Sie also bitten, auf diesen Einschub der hochspezialisierten Medizin, auf diese Planungskompetenz des Bundes zu verzichten. Sie ist weiterhin den Kantonen zu überlassen. Der Zugang zu diesen Leistungen der Grund-

versicherung zu günstigen und wirtschaftlichen Bedingungen ist vertraglich zu regeln. Die darüber hinaus entstehenden Kosten sind den Kantonen und den Städten zu überlassen.

Ich bitte Sie also, unserem Streichungsantrag zuzustimmen.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien soutient la majorité. En effet, la médecine hautement spécialisée doit être planifiée sur l'ensemble de la Suisse pour des raisons d'efficience et de qualité; le nombre d'interventions doit être suffisant pour des raisons de fiabilité. Il y a aussi des raisons de coûts: nous savons tous que les infrastructures sont très lourdes et que le personnel attaché à ces interventions doit être très qualifié. Pour atteindre ces objectifs, nous trouvons que la version de la majorité est adéquate car elle engage les cantons à agir et à prendre leurs responsabilités. La couverture hospitalière et la couverture des soins sont de leur ressort. Mais nous avons mis une épée de Damoclès: s'ils n'agissent pas, le Conseil fédéral va désigner à leur place les hôpitaux habilités à pratiquer l'un ou l'autre domaine de cette médecine de pointe.

Nous rejetons la proposition de la minorité II (Bortoluzzi) parce qu'elle fait preuve d'un manque de réalisme, dans le sens que nous devons parvenir à une planification sur le plan national, pour pouvoir concentrer les efforts dans des centres de haute compétence, tout en visant la maîtrise des coûts.

Je vous demande donc, au nom du groupe démocrate-chrétien, de voter la proposition de la majorité aux deux alinéas 2bis et 2ter de l'article 39. L'alinéa 2ter, en effet, demande des critères uniformes pour la planification, ce qui est nécessaire aussi.

Schenker Silvia (S, BS): Artikel 39 enthält in mehrfacher Hinsicht Zündstoff. Nachdem wir nun über die Frage der privaten Trägerschaften abgestimmt haben, kommen wir zum zweiten heissen Thema. Beim nicht minder umstrittenen Punkt in Artikel 39 geht es um die Frage der Spitzenmedizin, genauer gesagt um die Planungskompetenzen in der Spitzenmedizin.

Unsere Gesetzgebung sieht vor, dass die Planung der Gesundheitsversorgung durch die Kantone erfolgen soll. Seit Längerem ist ein Prozess im Gange, in dem es um die Planung der prestigeträchtigen und kostenintensiven Spitzenmedizin geht. Sie wissen, dass es die betroffenen Kantone und die GDK bis heute nicht geschafft haben, sich zu einigen. Da wird eine Netzwerklösung gegen eine Zwei-Standorte-Lösung abgewogen. Es wurden Gutachten erstellt, die für die eine Lösung plädieren, und Gegengutachten, die die andere Lösung favorisieren. Eine Einigung wurde bis heute nicht erzielt. Es liegt auf der Hand, dass es den involvierten Akteuren sehr schwerfällt, eine Lösung zu präsentieren. Es geht um viel Macht, um viel Geld und um viel Prestige. Ohne die ordnende Hand des Bundes wird dieses Kapitel nie abgeschlossen werden.

Die SP-Fraktion schlägt Ihnen mit dem Antrag der Minderheit I (Rossini) vor, eine klare Regelung zu treffen, die dem Bund die Kompetenzen gibt, die er braucht. In der Kommission wurde diskutiert, ob diese Bestimmung mit der Verfassung kompatibel sei. Wie zu erwarten war, waren sich in dieser Frage nicht alle befragten Juristinnen und Juristen einig. Diese Frage ist politisch zu beantworten, und politisch ist die Antwort klar: Es braucht eine Planung für die spitzenmedizinische Versorgung in unserem Land, und die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Kantone nicht zu einer tragfähigen Lösung kommen. Somit ist Handlungsbedarf gegeben.

Lassen Sie uns handeln und den Antrag der Minderheit I (Rossini) annehmen!

Bei Absatz 2ter werden wir der Mehrheit folgen. Auch hier sehen wir eine Verantwortung des Bundes. Spitalplanung ist eine schwierige Aufgabe, an der sich schon mancher Gesundheitsdirektor und manche Gesundheitsdirektorin die Zähne ausgebissen hat. Wenn sich die Kantone an klar vorgegebene und möglichst objektive Kriterien halten können, ist das hilfreich. Es ist Aufgabe des Bundes, die Kantone in

ihrer Planung zu unterstützen. Zum gleichen Absatz ist in der Zwischenzeit ein Einzelantrag Gutzwiller eingegangen. Einerseits ist dessen Formulierung aus meiner Sicht nicht sehr klar: Was bedeutet zum Beispiel Planung auf der Grundlage von Grundversorgung? Andererseits öffnet Herr Gutzwiller mit dieser unklaren Formulierung Tür und Tor für Beschwerden. Wenn wir wirklich wollen, dass die Kantone planen, müssen sie das notwendige Instrumentarium zur Planung haben, und dazu gehören in erster Linie klare Kriterien.

Ich bitte Sie, unsere Anträge zu unterstützen.

Teuscher Franziska (G, BE): Die grüne Fraktion unterstützt bei dieser Bestimmung die Minderheit I (Rossini). Für uns ist klar, dass der Bund bei der Spitzenmedizin das Heft in die Hand nehmen muss. Es kann ja nicht sein, dass die betroffenen Kantone, die untereinander im Konkurrenzkampf um diese Spitzenmedizin stehen, das gewinnbringend koordinieren können. Denn es geht um die Konkurrenz zwischen Bern und Zürich, zwischen Lausanne und Zürich, zwischen Bern und Basel usw. Hier werden hohe Summen ausgegeben, wenn nicht der Bund als oberstes Organ eingreift und die Planung auf eine solide Basis stellt.

Darin unterscheidet sich der Antrag der Minderheit I auch vom Konzept der Mehrheit. Mit ihrem Konzept will die Mehrheit, dass zuerst die Kantone die Planung beschliessen und dann allenfalls der Bund, wenn die Kantone nicht weiterkommen. Aber die Vergangenheit lehrt uns, dass wir eben nicht weiterkommen, wenn diese Kompetenz bei den Kantonen bleibt.

Die grüne Fraktion lehnt deshalb auch den Antrag der Minderheit II (Bortoluzzi) ab. Ich möchte kurz auf die Ausführungen von Kollege Bortoluzzi eingehen: Er sagte, es sei völlig unklar, was Spitzenmedizin überhaupt sei. Das wurde auch in der Kommission immer wieder erwähnt. Aber damit wollen Sie den Leuten vor allem Sand in die Augen streuen. Niemand macht sich zum Beispiel Gedanken darüber, was Spitzensport ist; hier ist man sich einig. Bei der Spitzenmedizin wollen Sie einfach nicht, dass der Bund koordinierend eingreift, und deshalb machen Sie dann eine Abhandlung darüber, was unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen sei.

Die grüne Fraktion wird bei Artikel 39 Absatz 2ter der Mehrheit zustimmen, weil sie klar der Meinung ist: Der Bund soll planen und den Kantonen auch einheitliche Kriterien vorgeben, damit sie ihre eigene Planung auf eine solide Basis abstützen können.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Die Frage, wie dieses System künftig gesteuert werden soll, ist wichtig. Wir glauben, dass es diesbezüglich in dieser Vorlage wichtige Eckpunkte gibt. Sie sehen, dass in Artikel 39 Absatz 2, der hier gar nicht gross diskutiert worden ist, klar festgehalten wird, dass die Kantone in der Zukunft die Planung koordinieren sollen; das war auch in der Kommission klar die Mehrheitsmeinung. Man möchte also, dass die Kantone das Primat haben, dass aber die Planungen koordiniert sind. Zweiter markanter Eckstein dieses Systems ist Absatz 2ter, nämlich die neue Konzeption, wonach die Kantone zwar das Primat haben und die Planungen koordinieren müssen, aber der Bund Kriterien vorgeben soll, wie diese Planungen auszusehen haben. Sie haben ja auch gesehen, dass hierzu auch ein Einzelantrag vorliegt, der noch zur Diskussion kommen wird. Aber im Grundsatz geht es darum: Die Kantone haben das Primat, sie müssen koordinieren, und der Bund sorgt mit einheitlichen Kriterien dafür, dass diese Planungen auch wirklich koordiniert sind. Das sind die beiden wichtigen Ecksteine, denen wir auch klar zustimmen.

Ob dann zusätzlich noch eine Kompetenz für die hochspezialisierte Medizin festgeschrieben werden muss, wie dies mit Absatz 2bis beantragt wird, ist eine Frage, die man sich stellen kann. Wir sind der Meinung, dass es ganz falsch wäre, die gesamte Kompetenz dem Bund zu übertragen, wie das die Minderheit I (Rossini) will, deren Antrag wir klar ablehnen. Falls Sie aber dem Einzelantrag zustimmen sollten, der eben gerade die von Frau Schenker erwähnten Kriterien

angeben will, könnte man argumentieren, dass mit dem so geänderten Absatz 2ter klar ist, dass die hochspezialisierte Medizin eingeschlossen ist. Wenn Sie das explizit machen wollen, können Sie Absatz 2bis zustimmen, indem dort der Bund eine subsidiäre Kompetenz erhält, wobei das Primat auch hier bei den Kantonen bleibt.

Insgesamt scheint uns wichtig, dass Artikel 39 Absatz 2 eine klare Mehrheit findet und dass Absatz 2ter ergänzt wird, damit klar ist, in welche Richtung die Planungen von den Kantonen gemacht werden sollen, ergänzt gemäss Einzelantrag. Dann ist es aus unserer Sicht sekundär, ob Sie noch eine zusätzliche Kompetenz im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen wollen. Das wird der Rat dann entscheiden.

Stahl Jürg (V, ZH): Es wurde in der Tat viel über Spitzenmedizin oder hochspezialisierte Medizin gesprochen. In der Vergangenheit machten diese Diskussionen oftmals auch Schlagzeilen, gewisse Hahnenkämpfe zwischen Regierungsräten, Sanitätsdirektoren und Chefmedizinerinnen würden tatsächlich zu einer verfeinerten oder vereinheitlichten Planung verleiten. Trotzdem sieht die SVP hier keine Sonderregelung vor, und ich beantrage Ihnen namens der SVP-Fraktion, die Minderheit II (Bortoluzzi) zu unterstützen und die Minderheit I (Rossini) wie auch die Mehrheit abzulehnen. Es braucht hier keine Sonderregelung.

Die Mehrheit der nationalrätlichen SGK sieht als gesamtes Konzept eine Regelung vor, die eben auch die Spitzenmedizin mit einschliesst. Wenn der Bund abschliessend die Planung übernimmt, wie es die Minderheit I vorsieht, dann wird politisch entschieden. Es gibt dann Fragen zum Standort bzw. zu den Sprachregionen. Aber eine Planung schränkt auch immer ein, und ich möchte Sie hier nochmals darauf hinweisen, dass die Spitzenmedizin eben tatsächlich ein dynamischer Prozess ist und nicht ein klar abschliessend definiertes Konstrukt. Es gibt medizinische Eingriffe, operative Massnahmen, die galten vor 10, 15 Jahren als Spitzenmedizin; heute werden sie im Tagesgeschäft Dutzende Male angewandt. Auch hier wird die Entwicklung in der Medizin also nicht Halt machen, und ich möchte Sie bitten, diesen dynamischen Prozess auch positiv zu begleiten.

Wenn man Transplantationsmedizin gleichstellt mit Spitzenmedizin und die Diskussion auf die Transplantationszentren verlegt, sollte man das nicht allzu fest vermischen. Bei der Transplantation ist es sicher so, dass eine Mindestanzahl Transplantationen gemacht werden muss, damit die Kompetenz in diesen Zentren erhalten bleibt. Ich glaube, dort ist auch die Ausbildung ein zentrales Element, aber vor allem auch die Fähigkeit dieses Landes, mehr Organspenderinnen und Organspender zu motivieren, hier auch mitzumachen. In diesem Sinn bitte ich Sie, die Minderheit II zu unterstützen.

Mit Frau Kollegin Teuscher würde ich mich dann im Rahmen meiner Funktion als Präsident der Parlamentarischen Gruppe Sport einmal über Spitzensport und über die nicht klare Abgrenzbarkeit der Bereiche Spitzensport und Breitensport unterhalten.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: A l'alinéa 2bis, la majorité voudrait donner à la Confédération, d'une part, la compétence d'édicter des critères uniformes pour la planification après avoir consulté les cantons, et d'autre part, des compétences subsidiaires en matière de planification et de répartition dans l'ensemble de la Suisse des spécialisations coûteuses. Monsieur Bortoluzzi, dans sa proposition de minorité II, ne veut ni l'un ni l'autre. La minorité I (Rossini) voudrait aller plus loin, et la proposition Gutzwiller à l'alinéa 2ter voudrait apporter des précisions sur les critères de planification que la Confédération doit définir.

Faut-il donner pleine et entière compétence à la Confédération de planifier le domaine de la médecine hautement spécialisée? Des orateurs, avec raison, ont dit que la définition de ce qu'est la médecine hautement spécialisée ne fait pas l'unanimité. Des techniques qui, il y a quelques années, apparaissaient comme de la médecine hautement spécialisée,

dans tous les cas comme de la médecine hautement coûteuse, sont devenues courantes aujourd'hui et ne peuvent plus être classées dans cette catégorie. Il faut donc une certaine souplesse.

D'autre part, croire que la Confédération réussirait à régler par un coup de baguette magique ce que les cantons ne parviennent pas à régler, est une illusion. Les cantons, il est vrai, ont beaucoup de difficultés à régler la répartition des spécialisations rares et coûteuses parce que simplement, le problème est difficile à résoudre. Et ce n'est pas en le transférant à la Confédération qu'on va réussir à obtenir d'emblée de meilleurs résultats. La Confédération devrait trancher de manière autoritaire, avec le risque de créer des dégâts considérables dans un système qui reste le domaine commun de la Confédération et des cantons.

C'est la raison pour laquelle nous pensons que la solution de la majorité, qui donne une compétence subsidiaire à la Confédération en matière de médecine de pointe, est justifiée. Il ne faut pas donner l'entier de la planification à la Confédération; ce n'est pas de cette manière-là qu'on parviendra à établir une bonne collaboration entre Confédération et cantons et à résoudre un problème difficile.

Le deuxième point, c'est celui de savoir si la Confédération doit fixer des critères uniformes pour la planification. Je pense que oui. Si la Confédération doit jouer un rôle, elle doit jouer un rôle à travers ces critères. Aussi parce qu'avec le principe du «Cassis de Dijon» qu'on introduira plus tard, on est en train de créer un peu un espace sanitaire suisse, un espace hospitalier suisse. Et pour aller dans ce sens de manière positive, sans violer les compétences des cantons, il est nécessaire que si la Confédération intervient, elle le fasse en fonction de critères de planification.

La proposition Gutzwiller veut aller plus loin et dire quels sont les critères dont la Confédération doit tenir compte. Je crois que c'est une précision qui ne s'oppose pas fondamentalement à la proposition de la majorité. C'est une affaire d'appréciation de savoir si à l'article 39 alinéa 2ter, il faut suivre la proposition de la majorité ou la proposition Gutzwiller. La différence n'est pas essentielle: toutes deux donnent une compétence à la Confédération, mais veulent que celle-ci soit exercée de la manière la plus objective possible, mais la différence n'est pas importante.

Par contre, il serait mauvais de renoncer à donner cette compétence à la Confédération comme le souhaite Monsieur Bortoluzzi. J'ai écouté Monsieur Stahl il y a un instant: il a plaidé en faveur de la proposition de la minorité II (Bortoluzzi) à l'alinéa 2bis. Je me suis déjà exprimé à ce sujet. Monsieur Stahl n'a rien dit à propos de l'alinéa 2ter, avec raison, parce qu'il n'y a aucun argument à l'alinéa 2ter qui justifie le refus d'accorder cette compétence à la Confédération. C'est dans l'intérêt de tout le monde, y compris dans celui des cantons, c'est pour cela qu'il faut suivre la majorité à l'alinéa 2bis.

A l'alinéa 2ter il faut soit suivre la majorité, soit accepter la proposition Gutzwiller, qui ne s'éloignent pas beaucoup l'une de l'autre, mais il faut en tout cas rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi qui demande de biffer cet alinéa.

Quant à la proposition de la minorité I (Rossini), je crois qu'elle fait trop confiance à la Confédération. Je ne pense pas qu'on pourra, à ce stade de l'évolution des choses, remplacer les cantons. On peut le faire de manière subsidiaire, mais si la Confédération avait les moyens d'établir une planification satisfaisante dans le domaine de la médecine de pointe, cela engendrerait probablement des conflits permanents avec les cantons, ne serait-ce que parce qu'il n'y a pas de définition définitive et précise de ce qu'est la médecine de pointe et de ce qu'est la médecine qui ne relève pas de ces spécialisations hautement coûteuses.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich halte fest, dass Herr Bundesrat Couchepin bereits zu Artikel 39 Absatz 2ter Stellung genommen hat. Die Anträge zu diesem Absatz werden erst nachher begründet. In Absprache mit den Berichterstattern und den Antragstellern führen wir hier zwei separate Debatten.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie im Namen der Kommission, bei Artikel 39 Absatz 2bis der Fassung der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Bereits mit dem neuen Finanzausgleich werden die Kantone zu einer besseren Koordination und Zusammenarbeit im Bereich der hochspezialisierten Medizin angehalten. Wir sehen, wie schwer sich die Kantone in diesem Bereich tun; Frau Schenker hat auf die unterschiedlichen Gutachten und Gegengutachten hingewiesen. Ich bitte Sie dennoch, beide Minderheitsanträge abzulehnen.

Der Antrag der Minderheit I (Rossini) will die Kompetenz direkt auf den Bund übertragen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass die Kantone den verfassungsmässigen Auftrag haben, für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen; dazu gehört auch der Bereich der hochspezialisierten Medizin. Wir müssen daher den Kantonen die Zeit geben, sich zu koordinieren; der Bund soll subsidiär eingreifen können.

Deshalb ist auch der Antrag der Minderheit II (Bortoluzzi) abzulehnen, der dem Bund keine Kompetenz in diesem Bereich geben will. Ich möchte Herrn Bortoluzzi, der sehr auf den Standort Zürich gepocht hat, darauf hinweisen, dass wir uns hier in einem obligatorischen Sozialversicherungsbereich bewegen und nicht Wirtschaftsförderung oder Standortpolitik machen können, sondern eine qualitativ gute und kosteneffiziente Versorgung der Bevölkerung zu garantieren haben.

Es wurde die Frage gestellt: Was ist hochspezialisierte Medizin? Herr Stahl hat auf die Transplantationsmedizin verwiesen. Wir haben natürlich nicht nur in der Transplantationsmedizin zu tiefe Fallzahlen pro Spital, gerade im Vergleich mit europäischen Zentren. Hier möchte ich auch die Verbindung zu Absatz 2ter machen. Herr Bundesrat Couchepin hat ja auch schon darauf hingewiesen, wie verschiedene Votanten vorher, dass Absatz 2ter, der dem Bund die Kompetenz gibt, Grundlagen für die Planung zu erstellen, in engem Zusammenhang steht mit Absatz 2bis. Es ist auch im hochspezialisierten Bereich so, dass gewisse Fallzahlen erreicht werden sollten. Hier muss der Bund die Kompetenz haben, im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit Vorgaben zu machen und Mindestfallzahlen vorzugeben.

Ich bitte Sie daher, bei Absatz 2bis der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Mehrheit 106 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I 68 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Mehrheit 94 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II 83 Stimmen

Abs. 2ter – Al. 2ter

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Es haben sich ja Verschiedene schon vorweg zu Absatz 2ter geäußert. Hier will die Mehrheit dem Bundesrat eine Planungskompetenz geben, die unserer Meinung nach verfehlt ist, denn diese Vorlage ist darauf ausgerichtet, die Erarbeitung von Grundlagen voranzutreiben, die die Durchschaubarkeit des Systems verbessern oder erst einmal richtig ermöglichen. Mit Absatz 2ter wird die «Planungswut» des Staates, die heute in den Kantonen stattfindet, einfach auf eine höhere Ebene gelegt, auf Bundesebene. Man sagt zwar, der Bund habe dann hier nach gewissen Kriterien vorzugehen. Was für Kriterien das sind, sagt man aber nicht. In der Formulierung der Mehrheit ist das für uns unannehmbar. Der Staat hat allenfalls Kriterien zur Zulassung entsprechend einer freiheitlichen Ordnung, einer gewerbefreiheitlichen Ordnung, zu schaffen, aber nicht willkürliche Planungen vorzunehmen. Das ist ja eines der Hauptprobleme unseres Systems im stationären Bereich, diese zum Teil willkürliche Staatsplanung, die sich nicht an Wirtschaftlichkeit, an Transparenz, an Qualität hält. Man sagt zwar immer, wir hätten eine gute Qualität, aber den Nachweis für diese Qualität hat noch nie jemand wirklich er-

bracht. Wir gehen davon aus, dass sie nicht so schlecht ist, aber hier ist Verbesserungspotenzial angesagt, nicht mehr Planung.

Hier geht der Antrag Gutzwiller – Kollege Gutzwiller wird seinen Antrag nachher noch begründen – in eine unserer Meinung nach richtige Richtung. Er sagt nämlich klar, dass die Planungskriterien – oder die Zulassungskriterien, müsste man eigentlich sagen – auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und genügender Versorgung der Bevölkerung basieren. Wenn sich hier also dieser Einzelantrag durchsetzen würde, dann wäre das für mich eigentlich eine Gelegenheit, den Streichungsantrag nochmals einer genaueren Prüfung zu unterziehen; ich sage es einmal so. Ich hoffe, der Einzelantrag wird eine Mehrheit finden. Ich komme dann auf meinen Streichungsantrag zurück. Solange aber nicht klar ist, was hier beschlossen wird, der Antrag der Mehrheit oder allenfalls der Antrag Gutzwiller, möchte ich meinen Streichungsantrag stehenlassen und Sie bitten, ihm zuzustimmen, wenn sich hier die Mehrheit durchsetzen sollte.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Ich entschuldige mich zuerst, dass ich als Kommissionsmitglied hier noch im Sinne eines Einzelantrages etwas beitrage.

Ich glaube, die Vorredner haben schon darauf hingewiesen, dass es darum geht, dass im Konzept, das wir jetzt entwickelt haben und wonach die Kantone das Primat in der Planung haben – wobei sie allerdings ihre Planungen koordinieren müssen –, bezüglich der Planungskriterien eben auch eine gewisse Transparenz geschaffen werden sollte. Wenn Frau Schenker also gefragt hat, welche Bedeutung diese Kriterien haben, geht es aus meiner Sicht einfach darum, die zentralen Kriterien der Systemsteuerung, welche diese Vorlage vorsieht, auch als Planungskriterien deutlich zu machen. Man spricht von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Das heisst, dass die zukünftige Systemsteuerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit einen wichtigen, zentralen Rang als Planungskriterien zuordnet, mit Fallpauschalen, die transparent gemacht, sprich statistisch offengelegt werden, mit Betriebsvergleichen.

Es geht eigentlich darum, explizit zu sagen, was die Vorlage will, nämlich die Sicherstellung, dass die zukünftige Planung transparent ist, auf Qualität, sprich auf Fallpauschalen mit Ergebnissen beruht, die wir bei Artikel 22 ja beschlossen haben, und dass die Grundversorgung gewährleistet ist. Das heisst, dass mit dieser Präzisierung der Bund dafür sorgen würde, dass beispielsweise gewisse minimale Standards in der Planung eingehalten werden. Es scheint mir also, dass man dieser Präzisierung durchaus zustimmen kann, weil sie die wichtigen Elemente der gesamten Vorlage hier noch einmal aufführt.

Es hat eine zweite Ergänzung. Bis jetzt haben wir ja gesagt: «er hört zuvor die Kantone an», was sicher richtig ist. Aus meiner Sicht ist aber die Frage dieser Planungskriterien so wichtig – letztlich ist das die Grundlage der Systemsteuerung –, dass der Bund eben auch zumindest die Anliegen der Leistungserbringer und der Versicherer mitberücksichtigen sollte. Sie sehen die Abstufung, die Hierarchisierung sozusagen: Die Kantone haben hier das Primat, aber es sollten Leistungserbringer und Versicherer auch berücksichtigt werden, weil nur breit akzeptierte und transparente Planungskriterien dafür sorgen, dass das System wie gewünscht gesteuert werden kann.

Ich bitte Sie also, dieser Ergänzung zuzustimmen, und danke Ihnen hierfür im Voraus.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt.

Rossini Stéphane (S, VS): Si j'ai bien compris, Monsieur Bortoluzzi pourrait retirer sa proposition de minorité à l'article 39 alinéa 2ter. Au nom du groupe socialiste, je vous invite à la rejeter au cas où elle ne serait pas retirée.

L'objectif recherché par Monsieur Bortoluzzi n'a strictement rien à voir avec les critères de planification; c'est un élément qui est en contradiction avec ce qui a été prévu dans le projet de révision partielle en matière de planification. Aujourd'hui, il est clair que l'objectif de Monsieur Bortoluzzi est d'abord de biffer la planification afin d'avoir un marché libre et une concurrence totale. Par conséquent, on est bien loin des préoccupations de la majorité de la commission et du Conseil fédéral dans ce domaine.

Ce que nous voulons, c'est que le Conseil fédéral puisse aider les cantons. C'est un élément extrêmement important; les planifications sont difficiles à mettre en oeuvre. Des enjeux politiques, des enjeux régionaux, des enjeux économiques doivent être pris en considération, et il faut impérativement éviter que les procédures de planification durent, durent et durent encore, pour finalement peut-être ne jamais aboutir pleinement. Il y a des surcapacités dans le domaine hospitalier, il y a des nécessités de rationaliser. Il faut rechercher l'efficacité, rechercher l'efficience: nous sommes aussi d'accord avec ces concepts. Il faut utiliser au mieux les ressources. Par conséquent, cela ne peut se faire que si au niveau fédéral, dans la LAMal, nous donnons un coup de main volontariste aux cantons. C'est la raison pour laquelle il faut absolument que le Conseil fédéral puisse édicter des critères.

Est-ce que ces critères doivent intégrer, comme le prévoit la proposition Gutzwiller, la notion de rentabilité? Nous en avons aussi discuté au sein de la commission, mais la notion même de rentabilité est particulièrement problématique. Que signifie le terme de «rentabilité»? Est-ce que cela signifie prévoir dans le secteur hospitalier la prédominance du «tout à l'économie ou à la pensée comptable»? Quid des éléments qui relèvent de la qualité? Quid des éléments qui relèvent de la couverture particulière qui doit être assurée, notamment par les établissements publics et subventionnés, voire les établissements privés avec des mandats de prestations tels qu'ils pourraient être définis par les cantons.

Nous avons une certaine crainte à l'égard du critère de rentabilité, tout simplement parce que les contours et les conséquences de l'introduction de cette notion de rentabilité n'ont pas été clairement définis. Quelles seront les conséquences lorsqu'il y aura des recours? Est-ce qu'il y aura prédominance de la problématique strictement économique de rentabilité? Est-ce qu'on va pouvoir tout de même prendre en considération les particularismes de la couverture publique, couverture pour l'ensemble de la population en matière de prestations hospitalières?

Aujourd'hui il nous faut éviter, à travers la question des critères de planification, de créer une sorte de «Heimatschutz» pour les cliniques privées. Tel n'est pas l'objectif de cette loi. On veut déjà mettre sur pied d'égalité hôpitaux publics subventionnés et cliniques privées; je pense qu'il n'y a pas besoin d'introduire par la bande des critères supplémentaires qui pourraient même, sans que cela soit clairement avoué, aller dans cette direction.

Enfin, dernière remarque, la LAMal contient dans ses principes fondamentaux les notions d'efficacité, d'efficacité et d'économicité. Cela rend donc superflu le rappel de la problématique de la rentabilité en matière de planification et de critères de planification.

La proposition de la majorité de la commission suffit largement pour avoir une démarche optimale en matière de planification hospitalière.

Stahl Jürg (V, ZH): Nachdem die Antragsteller beide Anträge, sowohl den Antrag der Minderheit wie den Einzelantrag, begründet haben, empfehle ich Ihnen im Namen der SVP-Fraktion, in der ersten Phase den Einzelantrag Gutzwiller zu unterstützen. Falls dieser dann nicht obsiegen sollte, wird sicher der Minderheitsantrag Bortoluzzi aufrechterhalten, und wir werden ihn unterstützen.

Angelehnt an die bisherigen Diskussionen, aber auch Entscheidungen, ist es wichtig, dass die Artikel kongruent sind und sich die Konzepte ergänzen. Darum ist es auch nicht zu verhindern, dass nach den sehr intensiven Debatten und

Diskussionen in der SGK einzelne Korrekturanträge in Form von Einzelanträgen ins Plenum kommen. Bei Artikel 39 Absatz 2ter ist es darum sinnvoll, mit Einbezug der Kantone einheitliche Kriterien zu erlassen. Das hilft den Kantonen, ihren Auftrag, eine an Qualität, aber auch an Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Gesundheitsversorgung, erfolgreich und zugunsten ihrer Bevölkerung zu erfüllen.

Aus diesem Grund bitte ich Sie, wie eingangs erwähnt, den Einzelantrag Gutzwiller zu unterstützen, diesen höher zu gewichten bzw. ihm zum Durchbruch zu verhelfen gegenüber dem Antrag der Mehrheit der Kommission.

Ruey Claude (RL, VD): Je viens, au nom du groupe radical-libéral, soutenir la proposition Gutzwiller.

En effet, dans ce domaine-là, il faut bien distinguer entre ce qui est l'action de choisir et de planifier, qui est de la compétence des cantons et qui doit le rester – on vient de le voter d'ailleurs tout à l'heure –, et l'autre élément, c'est-à-dire les critères selon lesquels on choisit. Comme fédéraliste, je pense qu'effectivement il est bon de laisser une marge de manoeuvre aux cantons pour leur planification, mais que fixer des critères n'aboutit pas à une centralisation, ni à un transfert de pouvoir.

Nous avons dit dès le départ que, dans cette loi, il s'agissait de trouver les meilleurs moyens d'arriver à la transparence, à la clarté, à l'égalité de traitement et à la recherche d'efficacité. Ce sont toujours ces principes qui nous animent.

Dans la proposition susmentionnée, il s'agit précisément de voir qu'au moment où doit se faire le choix des prestataires de soins hospitaliers, il faut qu'il soit fait selon des critères rationnels. Or ces critères rationnels sont énumérés dans la proposition. C'est premièrement la qualité – je crois que nous y sommes tous attachés. Lorsqu'on parle d'économie de santé, on parle toujours de questions financières, parce que c'est évidemment le problème lancinant qui nous touche tous: la hausse des primes, des coûts, etc. Mais il ne faut jamais oublier – c'est toujours implicite, mais il faut parfois le dire explicitement, et là, on le met en priorité – que c'est la qualité des soins, à laquelle nous sommes attachés, qui doit entrer en ligne de compte en priorité.

Le deuxième critère, c'est la rentabilité, c'est-à-dire l'efficacité économique, le fait de vérifier que nous ne contribuons pas à la hausse des coûts de la santé, et donc, par ricochet, à la hausse des primes. Il s'agit là aussi d'être le plus rationnel possible.

Troisièmement, la question des soins de base doit aussi être garantie. En effet, nous ne voulons pas nous trouver dans une situation, que connaissent certains pays, où l'on n'assume plus les soins de base, où l'on a des listes d'attente, alors que l'accès aux soins est une des caractéristiques du système de santé suisse, et l'une des qualités dudit système, auxquelles nous tenons tous.

Dernier élément: ces critères sont fixés dans la loi et ensuite précisés avec les cantons, dans un dialogue mené aussi avec les fournisseurs de prestations et les assurés – je crois que Monsieur Gutzwiller l'a souligné. Cela entre également dans le cadre des engagements que nous avons pris lors des débats sur la caisse unique où nous avons dit: «On ne peut pas avoir tous les partenaires à la direction d'une entreprise» – les caisses en l'occurrence – «mais on peut avoir tous les partenaires pour dialoguer lorsqu'il s'agit de fixer les règles du jeu.»

C'est dans ce sens-là que le groupe radical-libéral vous invite à soutenir la proposition Gutzwiller.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: A l'article 39 alinéa 2ter, la proposition de la minorité Bortoluzzi demande la suppression totale des compétences de la Confédération pour fixer des critères de planification. Je crois qu'il est nécessaire, comme je l'ai dit il y a un instant, de donner cette compétence à la Confédération si on veut créer un espace de santé suisse. Même si on respecte les compétences des cantons, il faut le faire.

Il est nécessaire qu'il y ait des critères. Quels sont ces critères? La proposition Gutzwiller veut aller plus loin que la ma-

jeurité. Je n'ai, en tout cas, pas d'objections personnelles à l'encontre de cette proposition qui précise les choses. Si elle peut permettre de trouver une majorité confortable, je crois qu'elle peut être une solution.

Le Conseil fédéral soutient la majorité et n'a pas d'opposition si la proposition Gutzwiller l'emporte. Ce qu'il faut absolument maintenir, c'est la possibilité pour la Confédération de fixer des critères de planification. Il faut donc rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi, si elle est maintenue.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: La minorité Bortoluzzi, qui prévoit de biffer l'alinéa 2ter, entre en totale contradiction avec le concept qui sous-tend ce projet de loi. C'est un dernier combat d'arrière-garde pour en rester aux modalités de la planification actuelle, c'est-à-dire une situation sauvage, avec l'idée qu'elle est plus profitable aux cliniques privées. Cela aboutit à l'absence de toute politique structurelle cohérente. D'ailleurs, lorsqu'il s'est agi la première fois d'introduire la planification, les cantons ont instamment prié la conseillère fédérale d'alors, Madame Ruth Dreifuss, d'édicter des critères de planification. Je me rappelle de séances mémorables auxquelles j'ai participé à titre de représentant des fournisseurs de prestations.

Les dispositions sur la statistique que nous venons d'adopter sont aussi un premier pas dans ce sens. Il en va de même de la planification en fonction de critères bien définis et de l'introduction des forfaits DRG par prestation. De plus, il faut cette cohérence pour introduire le «Cassis de Dijon», dont nous discuterons tout à l'heure, et pour assurer une concurrence sans distorsions. Il en résultera une nouvelle incitation pour les cantons à renforcer leur planification tout en mettant l'accent sur la qualité et l'efficacité. Il y va de leur intérêt direct à mettre en valeur les institutions les plus performantes. De fait, la minorité Bortoluzzi, à l'article 39 alinéa 2ter, nous prive totalement des instruments nécessaires à la gestion du système. Cela réduit à néant la concurrence, qu'il souhaite d'ailleurs de ses propres vœux. Il insinue maintenant qu'il pourrait la retirer au profit de la proposition Gutzwiller, ce qui témoigne d'une acrobatie intellectuelle pour le moins difficilement compréhensible.

La commission vous prie de rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi, par 13 voix contre 11 et 1 abstention. La proposition Gutzwiller n'a été qu'effleurée en commission, puis retirée. Elle revient maintenant sur la table. Elle entre tout à fait dans le cadre des discussions qui ont été tenues. Je dois dire qu'elle amène une clarté dans la rédaction qui est tout à fait souhaitable et je ne vois donc pas d'objections à souscrire à cette proposition.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Gutzwiller 103 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit 60 Stimmen

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Damit ist der Antrag der Minderheit Bortoluzzi zurückgezogen.

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 39a

*Antrag der Kommission
Streichen*

Art. 39a

*Proposition de la commission
Biffer*

Angenommen – Adopté

Art. 39b

*Antrag der Minderheit
(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)
Zur Eindämmung der Gesundheitskosten und Wahrung eines überwiegenden öffentlichen Interesses muss die Inbe-*

triebnahme von Grossanlagen und anderen spitzenmedizinischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich öffentlicher und privater Spitäler vom betreffenden Kanton bewilligt werden.

Art. 39b

Proposition de la minorité

(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans les domaines hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du canton concerné.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): La Suisse figure dans le peloton de tête des pays de l'OCDE les plus dotés en matériel médical de pointe. Dans le même temps on sait que la Suisse se retrouve également dans le peloton de tête des pays consacrant la plus grande part de leur PIB aux coûts de la santé. Bien sûr, dans les deux cas, les Etats-Unis nous précèdent. Je crois pouvoir dire sans risque de me tromper qu'ils ne sont pas un exemple à suivre, pas seulement d'ailleurs dans le domaine des coûts, mais également quant au nombre d'exclus de leur système de santé.

A un niveau plus local, si l'on considère la densité des équipements de médecine de pointe des différents cantons romands, on peut constater que les deux cantons ayant introduit une clause du besoin pour de tels équipements dans leur législation ont effectivement atteint leur but. On peut également voir que la densité moyenne de ces équipements est nettement plus élevée dans les cantons latins où les coûts de la santé sont également plus élevés que dans les cantons alémaniques. Sans pouvoir assurer ici que c'est la poule qui fait l'oeuf et non pas l'oeuf qui fait la poule, je ne peux que relever, avec d'autres, que la présence dans un cabinet ou un hôpital d'un équipement de pointe va inévitablement induire un plus grand recours aux examens qu'il permet, engendrant par là même des coûts plus élevés.

A l'inverse, si l'appareil n'est pas immédiatement disponible, la question des priorités à établir et celle de la nécessité des examens à organiser vont inévitablement se poser d'une autre manière. Il ne s'agit pas ici d'empêcher l'utilisation d'équipements très performants, mais bien plutôt de permettre aux cantons de s'engager pour une utilisation rationnelle de ces technologies de pointe, et ceci dans le but d'assurer une meilleure maîtrise des coûts de la santé.

Comme cela a notamment été reconnu par plusieurs arrêts du Tribunal fédéral, une telle mesure est constitutionnelle. De plus, et contrairement à ce qui a été dit en commission et qui sera sans doute réaffirmé tout à l'heure, elle ne contredit ni ne contrarie le système de facturation selon le forfait par cas. En effet, ce système de facturation par DRG ne contient pas à lui seul plus d'éléments de régulation que celui du forfait par jour. La valeur du point dans le système DRG est fixée après négociations entre partenaires: assureurs d'un côté et hôpitaux de l'autre. Si l'hôpital se dote de nouveaux équipements lourds, il finira toujours par faire entrer leurs coûts dans la valeur du point DRG.

Si c'est dans le secteur ambulatoire que l'équipement est utilisé – puisque ma proposition concerne aussi le secteur ambulatoire – chaque examen qui est effectué est également facturé à l'assurance, cette fois-ci selon le système Tarmed. La clause du besoin reste donc un instrument nécessaire pour contribuer à assurer la maîtrise des coûts de la santé. Il l'est en tout cas beaucoup plus qu'un système de concurrence qui verra les établissements chercher à acquérir toujours l'appareil le plus récent et bénéficier ainsi d'arguments, en tout cas promotionnels, pour attirer leur clientèle.

Enfin, le problème de la définition de ce qu'est un équipement technique lourd ou un équipement de médecine de pointe: les cantons et les pays qui ont légiféré en la matière ont tout à fait réussi à trouver des définitions satisfaisantes.

Dans ces conditions, je vous remercie de bien vouloir soutenir ma proposition de minorité.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Maury Pasquier.

Pourquoi souhaitons-nous l'introduction de cette clause dans le système du financement hospitalier? Parce que le financement d'une prestation relève d'un collectif – c'est le cas dans l'assurance obligatoire des soins – ou des pouvoirs publics, notamment en ce qui concerne le financement des primes pour les assurés économiquement modestes. Dans le domaine ambulatoire aussi, s'agissant des équipements lourds, l'intérêt général devient une préoccupation essentielle. C'est au nom de cet intérêt public prépondérant que Madame Maury Pasquier a développé sa proposition de minorité.

La clause du besoin ne relève pas d'une pure et simple planification étatique. Le but de cette clause du besoin est de garantir une certaine adéquation entre l'offre de prestations et les besoins d'une population, pour éviter des surinvestissements qu'il faudra bien amortir, le moment venu, qu'il faudra bien payer et qui seront payés par les assurés, notamment par leurs primes d'assurance-maladie dans le secteur ambulatoire. Par conséquent, il ne faut pas diaboliser cette proposition: il ne s'agit pas d'une étatisation de la médecine, mais de s'assurer que les cantons aient leur mot à dire et puissent apprécier si des investissements sont nécessaires ou superflus face au besoin de soins de la population. On sait que la Suisse est à bien des égards suréquipée et que cela n'a pas d'effets directs sur l'état de santé de la population et sur la qualité des traitements. On pourrait faire tout aussi bien avec moins de capacités.

Demander aux cantons d'intervenir, en l'occurrence, c'est la garantie d'avoir une certaine adéquation. Dans les cantons du Tessin ou de Neuchâtel, la médecine n'est pas plus étatisée qu'ailleurs. Il n'y a pas non plus davantage de restrictions à l'égard de la pratique privée ambulatoire, et la qualité des soins n'en est pas moins bonne, bien que ces deux cantons aient cette clause du besoin dans leur législation.

Par conséquent, dans un domaine où la demande est quasiment infinie, il est judicieux d'inciter une certaine maîtrise de l'offre de prestations et je vous invite à soutenir la proposition de la minorité.

Borer Roland F. (V, SO): Die SVP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Maury Pasquier zu Artikel 39b ab. Wir möchten Sie daran erinnern, dass nicht einmal der Bundesrat eine derart weitgehende Regelung in Erwägung gezogen hat. Der Bundesrat hat auch nie entsprechende Vorschläge gemacht und in der Diskussion in der Kommission eingebracht. Für uns ist dieser Antrag reiner Protektionismus. Er ist auch innovationshemmend, was klar wird, wenn wir daran denken, dass bei Annahme dieses Antrages die Kantone grundsätzlich private Investitionen bewilligen müssen. Zudem ist die Formulierung nicht sehr klar. Was heisst zum Beispiel «andere spitzmedizinische Einrichtungen»? Darunter kann man alles und jedes subsumieren, was zukunftsgerichtet, was neu ist. Es kann doch nicht sein, dass all diese Entwicklungsschritte schlussendlich von den Kantonen bewilligt werden müssen.

Erschwerend kommt bei diesem Antrag dazu, dass sogar der ambulante Bereich von dieser Vorschrift betroffen wäre – der ambulante Bereich, den wir ja eigentlich fördern wollen und der dazu beitragen soll, dass weniger stationäre Leistungen erbracht werden müssen und somit Kosten eingespart werden können. Es kann nicht Sinn machen, dass wir mit solcher Kraft und mit solchem Einsatz in den ambulanten Bereich eingreifen.

Ich gebe Ihnen hiermit zum Schluss noch eine Überlegung mit auf den Weg: Glauben Sie tatsächlich daran, auch wenn es hier im Minderheitsantrag so formuliert worden ist, dass ein Gesundheitsdirektor in der Schweiz entsprechende Anträge auf neue Einrichtungen in öffentlichen Spitälern ablehnen würde? Die Praxis beweist, dass das nie passieren wird.

Mit der Annahme dieses Minderheitsantrages würde genau das geschehen, was wir eigentlich nicht wollen: Den öffentlichen Spitälern würde alles und jedes bewilligt, bei den Privaten würde es abgelehnt, und wenn sogar durch Ambulatorien eine Konkurrenz zum öffentlichen Spital entstehen könnte, käme auch für diese ein Nein heraus.

Aus all diesen Überlegungen bitten wir Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit ablehnt.

Fasel Hugo (G, FR): Erste Vorbemerkung: Wir beraten die obligatorische Krankenversicherung, und wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir hier im Gesetz grundsätzlich das Planungselement verankert haben. Wir haben vorher darüber entschieden, wie weit dieses Planungselement gehen soll. Wir haben dort die subsidiäre Anordnung angelegt, womit die Planung zuerst bei den Kantonen liegt und der Bund allenfalls nur aushilfsweise etwas unternehmen kann. Deshalb war auch nicht zu erwarten, wie Herr Borer meint, dass hier der Bundesrat selber Vorschläge unterbreitet. Das wäre nicht seine Rolle gewesen.

Worum geht es? Wenn wir sagen, dass die Kantone bereits heute die Planungskompetenz haben sollen, dann müssen wir diesen Gedanken auch konsequent durchziehen und umsetzen. Im Spitalbereich haben wir es heute zuerst einmal mit Überkapazitäten zu tun; die Kantone haben zugleich die Planung des Bedarfs in ihrer Hand. Vor diesem Hintergrund ist es doch nur logisch, dass wir auch exakter vorgehen als bisher, wenn es um spitzenmedizinische Leistungen geht. Zunehmend müssen wir ja von einer spitzenmedizinischen Industrie reden, die unglaublich teuer ist. Ich gehe immer noch davon aus, dass wir eher Beiträge zur Kosteneindämmung leisten als Elemente einführen wollen, welche die Kosten noch steigen lassen.

Warum rede ich von Kostensteigerung? Wir haben in den letzten Monaten gesehen, wie sehr die Kantone bereits heute um diese spitzenmedizinischen Plätze ringen. Wir haben heute die Wahl, ob wir wirklich auch dazu beitragen wollen, diesen Aufschaukelungsprozess zu bremsen. Ökonomisch ist dieses Phänomen bekannt; man meint zunächst Wettbewerb, und schliesslich ist man in einem Aufschaukelungsprozess, der Hunderte von Millionen Franken verschlingt. Vor diesem Hintergrund ist es auch ökonomisch gesehen sinnvoll, diese Kompetenz, wie es die Minderheit Maury Pasquier vorschlägt, den Kantonen zu gewähren. Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag der Minderheit Maury Pasquier zuzustimmen.

Ruey Claude (RL, VD): Il n'y a pas que les équipements techniques qui sont lourds dans l'amendement proposé par la minorité, mais aussi les moyens qu'on nous propose. Ce n'est pas un canon lourd, mais c'est quasiment une bombe atomique! tellement on propose d'utiliser des moyens qui me paraissent s'approcher plus du «Big Brother» de la planification d'une économie d'Etat que d'un système naturel qui devrait permettre de régler les problèmes qu'il y a chez nous. Cet amendement vise non seulement les hôpitaux publics et parapublics, mais aussi tous les hôpitaux publics et privés et en plus le secteur ambulatoire. C'est vraiment aller au-delà du rationnel et, je dirai, du raisonnable!

Le malthusianisme, car c'est cela qu'on nous propose, n'a jamais été un bon système. Remplacer l'évolution naturelle ou autorégulatrice par la technocratie, je constate que l'expérience montre que ça ne marche pas. Les oukases étatiques – j'ai été en charge de ce genre de dossier en rapport avec le système de santé – sont toujours en retard d'une guerre. On a dit qu'on ne tenait pas compte de l'innovation: en effet, on ne tient pas compte des progrès technologiques lorsqu'on doit prendre des décisions étatiques de planification de ce type.

Le problème, il ne faut pas le nier, existe, mais on ne règle pas le problème des équipements techniques qui seraient

superflus par, précisément, la technocratie; on le règle par les prix. On peut dire qu'à un moment donné, les prix payés pour les scanners et les appareils d'IRM étaient trop élevés, ce qui a permis à certains d'investir dans ce type de machineries parce qu'ils pouvaient tout à fait rationaliser leurs investissements sur le plan économique dès lors que les prix administrés, qui étaient fixés, étaient relativement trop élevés. Je l'ai constaté dans mon canton: j'ai vu une clinique qui produisait des soins de base, mais qui était privée, acquérir un appareil d'IRM supplémentaire tout simplement parce que la direction savait qu'elle pourrait l'amortir vu le prix fixé par l'Etat au moment de l'achat.

Mieux vaut améliorer la régulation au moyen des prix et de la concurrence: c'est exactement ce que prévoit le projet qui nous est soumis. Nous introduisons les paiements à la prestation, les fameux DRG. Je crois que Madame Maury Pasquier a oublié ce changement de paradigme! Elle raisonne selon l'ancien système; or nous sommes dans un nouveau système, qui tiendra compte des prestations, de leurs coûts rationnels et économiques et qui évitera donc que l'on surinvestisse parce que les prix fixés autrefois l'étaient par l'Etat. L'amendement proposé par la minorité qui, encore une fois, vise à bloquer les choses de manière administrative, ne tient pas compte des progrès technologiques. Si je me souviens bien, un téléphone portable coûtait 5000 ou 6000 francs en 1990; aujourd'hui on vous l'offre, au pire vous le payez 50 francs.

On voit bien que, dans ce domaine, le progrès technologique et économique conduit à ce que certains équipements considérés comme lourds à un moment donné deviennent des équipements qu'on peut se payer plus facilement. Il faut tenir compte de cela. Les décisions étatiques ont beaucoup plus de peine à les prendre en compte que le marché. Les progrès de la recherche peuvent également être freinés par ce genre de malhusianisme, ce genre de blocage fixé et imposé à tous.

Il y a un élément qui me paraît devoir être dit, c'est que la santé, c'est aussi une source d'emplois, une source d'enrichissement pour la Suisse. Je pense à toute la médecine qui est faite pour des personnes qui viennent de l'étranger et qui viennent chez nous se faire soigner. En particulier dans les cliniques privées, il y a toute une médecine dite d'exportation qui fait que ces gens qui viennent de l'extérieur n'émargent absolument pas au système social de l'assurance obligatoire des soins, mais, par leur présence, des emplois sont créés chez nous et cela permet aussi à notre médecine de se développer. Pour ces besoins-là, on voit mal comment l'Etat, précisément, empêcherait que des équipements puissent être payés.

A une dizaine de kilomètres de chez moi, il y a un hôpital qui est rempli presque uniquement par des patients étrangers venus du monde entier et qui, par ce qu'ils versent à cet hôpital, paient les équipements lourds en question et permettent le développement d'une médecine de pointe qu'il ne faut négliger ni sur le plan du développement de la médecine, ni sur celui du développement de la santé.

Je vous invite à ne pas céder à une position dogmatique. L'expérience faite au Canada, j'ai eu l'occasion de le dire à cette tribune – j'y avais été invité pour voir ce qui s'y passait –, a donné comme résultat que là-bas on a des files d'attente et des urgences surencombrées parce qu'on a pris des mesures du type de celle que nous propose Madame Maury Pasquier et, aujourd'hui, on s'en mord les doigts. Alors, ne commettons pas chez nous les erreurs que d'autres se repentent d'avoir faites, d'autant plus que ce genre de décision conduit en fait à une médecine à deux vitesses, ce qui n'est pas non plus un souci que nous avons: nous voulons au contraire une médecine solidaire avec un accès aux soins pour tous.

Voilà les raisons pour lesquelles le groupe radical-libéral rejettera la proposition de la minorité Maury Pasquier.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je rejette la proposition de la minorité.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: La majorité de la commission ne peut malheureusement pas souscrire à la proposition défendue par la minorité Maury Pasquier. Elle introduirait une contradiction à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, la minorité parle des «domaines hospitalier ou ambulatoire, public ou privé». Comment est-il concevable d'exercer un contrôle étatique de cette nature sur des entreprises privées? Cela en soi est déjà très problématique.

J'ajouterais que, dans ce domaine, le canton de Vaud a tenté une expérience avec la fondation Specimed, incluant à la fois les institutions publiques et privées et qui devait fonctionner par concertation librement consentie. Cela a été un fiasco total, et l'opération a dû être abandonnée.

Je suis par ailleurs consterné lorsque Madame Maury Pasquier affirme que les DRG n'apportent pas plus d'éléments incitatifs que le forfait journalier. Le forfait journalier est calculé selon les coûts imputables et non pas selon les prestations fournies; il y a là une différence absolument fondamentale. Les DRG vont obliger les services hospitaliers à rationaliser leur stratégie de prise en charge de manière à limiter la durée des séjours et à se montrer le plus efficace possible. Car moins on fait, plus on gagne. Cela va déboucher sur des indications aussi précisément ciblées que possible et donc le recours à des équipements lourds uniquement lorsqu'ils sont absolument justifiés.

On répond à cela qu'il est facile de manipuler le codage. Que l'on se détrompe là-dessus! L'un des enjeux majeurs de la mise en place des DRG est précisément le contrôle du codage. Et avec l'étalonnage (benchmarking) et les nouvelles données statistiques à fournir, ceux qui trichent ne sauraient longtemps passer entre les gouttes. Mais par ailleurs, cela n'empêche pas une certaine souplesse permettant de favoriser et d'optimiser les progrès.

Ce genre de mesures rigides est donc apparu à la fois illusoire et contre-productif à la commission qui vous propose, par 14 voix contre 8, de rejeter la proposition de la minorité Maury Pasquier.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 62 Stimmen

Dagegen 104 Stimmen

Art. 41

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1bis

Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherte und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a.

Abs. 1ter

Die versicherte Person kann unter den Geburtshäusern frei wählen. Der Versicherte übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.

Abs. 2

Beansprucht die versicherte Person bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung nicht angeboten werden.

Abs. 3

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf einer Spitalliste aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherte und der Kanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Abs. 1ter

Streichen

*Antrag Teuscher**Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Eventualantrag Teuscher**Abs. 1bis*

.... auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind

*Antrag Studer Heiner**Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 41*Proposition de la majorité**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1bis

En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie, figurant sur une liste hospitalière cantonale (hôpital figurant sur une liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a.

Al. 1ter

L'assuré a le libre choix entre les maisons de naissance. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable à ce fournisseur de prestations.

Al. 2

En cas de traitement ambulatoire, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.

Al. 3

Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital qui ne figure pas sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Al. 1ter

Biffer

*Proposition Teuscher**Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition subsidiaire Teuscher**Al. 1bis*

.... figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile

*Proposition Studer Heiner**Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Teuscher Franziska (G, BE): Ich möchte meinen Antrag zu Artikel 41 Absatz 1bis begründen, der auch von der grünen Fraktion unterstützt wird. Zu Beginn muss ich gleich sagen: Auf dem Blatt, das Ihnen verteilt wurde, hat es einen Fehler. Der Bundesrat hat zu Absatz 1bis keinen Antrag formuliert; mein Antrag heisst also «gemäss Ständerat». Das ist dasselbe Konzept, das auch mit dem Antrag Studer Heiner vorgeschlagen wird.

Artikel 41 Absatz 1bis ist ein «Blendeartikel». Auf den ersten Blick mag er sehr viele Sympathien gewinnen, denn wer findet es nicht toll, die Freiheit zu haben, in der ganzen Schweiz sein Spital auswählen zu können? Doch wenn wir genauer hinschauen und die Folgen dieser Bestimmung anschauen, dann verblasst der Glanz schnell: Diese Bestimmung ist teuer für die Kantone. Wenn die interkantonale Wahlfreiheit neu steuerfinanziert werden soll, kostet dies die Kantone rund 500 Millionen Franken. Ohne einen Zusatznutzen notabene werden solche Summen hier erschlossen und zwischen den Kantonen hin und her geschoben. Als in der Kommission darüber diskutiert wurde, war die Höhe der finanziellen Folgen nicht klar. Es ist höchste Zeit, dass wir uns diese hier vor Augen führen. Wenn die Kantone schon verpflichtet werden sollen, 500 Millionen Franken mehr zu übernehmen, dann möchten die Grünen diese 500 Millionen auch gewinnbringend für die Versicherten einsetzen, beispielsweise für die Prämienverbilligung oder für die Spitex-Förderung. Nach Meinung der Grünen sollen bei dieser Teilrevision keine massiven Kostenverschiebungen ausgelöst werden. Wer hier der Mehrheit zustimmt, der macht das aber. Deshalb bittet uns ja auch die GDK in ihrem Schreiben, auf die freie Spitalwahl zu verzichten.

Für die Grünen braucht es in der Planung nach wie vor ein gutes Mass an staatlicher Steuerung. Das ist nur möglich, wenn wir auf die freie Spitalwahl verzichten. Planung kann nämlich nur erfolgen, wenn ein Kanton weiss, für wie viele Leute er planen muss. Das wird mit der freien Spitalwahl erschwert. Wie sollen die Kantone wissen, wie viele Leute aus einem anderen Kanton ihre Leistungen in Anspruch nehmen? Gerade von bürgerlicher Seite wurde bei dieser Teilrevision immer wieder die Wirtschaftlichkeit betont, und es wurde immer wieder gesagt, wir müssten mehr Effizienz schaffen. Wer dies predigt, sollte meinem Antrag zustimmen.

Falls der Einzelantrag abgelehnt wird, schlage ich Ihnen in einem Eventualantrag vor, den Versicherten die Wahlfreiheit zu lassen, wobei sich ihre Wahlmöglichkeiten auf die Spitalliste ihres Wohnkantons beschränken sollen.

Studer Heiner (E, AG): Als wir in der EVP/EDU-Fraktion diese Vorlage studierten, stellten wir fest, dass hier ein neuer Artikel vorgeschlagen wird, wobei kein Minderheitsantrag gestellt wurde. Das machte uns stutzig. Eine Neuerung mit so vielen Konsequenzen – was ist da der Hintergrund?

Wir haben jetzt gehört, dass Frau Teuscher, die in der Kommission war, eigentlich einen Minderheitsantrag hätte unterbreiten wollen. Ich habe versucht, mit mehreren Kommissionsmitgliedern zu sprechen, nicht nur mit einem; ich habe selbstverständlich auch alle Informationen unseres kantonalen Gesundheitsdirektors und von jenen anderer Kantone eingeholt, damit die Sache offengelegt ist. Dabei erhielt ich völlig gegensätzliche Informationen: Die Initianten in der Kommission sagen mir, dass ganz wenige Versicherte betroffen wären, sodass es zu vernachlässigen sei; die Kantone hingegen sagen, dass es enorme Konsequenzen habe. Wir sind ja nicht Erstrat, sondern Zweitrat, sodass wir diese Sache nicht einfach laufen lassen können. Hätten wir nämlich keine Einzelanträge gestellt, dürfte man über diesen Punkt gar nicht diskutieren. Wir dürfen es nur, weil Einzelanträge eingereicht worden sind. Deshalb ist es wichtig, dass Sie von der Kommissionsmehrheit Ihre Idee der freien Wahl im ganzen Land konkretisieren – wenn nicht heute, so dann morgen; denn ich bin nicht überzeugt, dass Sie heute überzeugende Zahlen bringen können, zu denen wir nicht umgehend die Gegenzahlen erhalten. Weil wir aber davon ausgehen, dass die Mehrheit unseres Rates nicht gleich entscheiden wird wie der Ständerat, wäre es eine Aufgabe, in diesem Punkt spätestens bis zur Differenzbereinigung Klarheit zu haben; um zu wissen, was richtig ist.

Die Wahlfreiheit ist als Idee gut – aber ist das hier der richtige Ort? Das ist wirklich die grosse Frage, die unsere Fraktion stellt und auf die wir mit der Zeit dann schon eine überzeugende Antwort erwarten.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die Möglichkeit, hier in Analogie zum Cassis-de-Dijon-Prinzip die freie Spitalwahl einzuführen, scheint etwas übers Knie gebrochen, vielleicht gerade deshalb, weil es auf der Fahne so einhellig daherkommt. Aber es ist natürlich ein Thema, über das wir schon sehr lange gesprochen haben und bei dem wir jetzt der Meinung sind, dass die Zeit reif dafür sei.

Vielleicht zuerst an die Adresse der Grünen: Was passiert hier eigentlich von der Verschiebung her? Wir verschieben eine Leistung, die heute über die Zusatzversicherung eingekauft werden muss, in die Grundversicherung und verschieben sie von den Prämien zu den Steuergeldern. Das ist eigentlich ganz in unserem Sinne, zumindest im Sinne der Linken und wahrscheinlich auch der Grünen hier im Saal. Ich verstehe deshalb nicht, warum ausgerechnet Franziska Teuscher einen anderslautenden Antrag stellt.

Es ist aber auch aus einer anderen Optik ein wichtiger Schritt: Es ist ein erster Schritt hin zu grösseren, zu überkantonalen Versorgungsregionen, was eben die interkantonale Planung fördern wird. Spitalplanung ist selbstverständlich auch in diesem Konzept möglich. Sie muss aber über die Kantons Grenzen hinweg geschehen; die interkantonale Planung wird geradezu notwendig. Das ist etwas, was durchaus auch in unserem Sinne ist, auch im Sinne einer effizienten Mittelverwendung. Damit können Überkapazitäten abgebaut werden. Wir wissen ja schon längst, dass die Versorgungsregionen sehr klein sind, sodass es in der Kombination zu vielen Überkapazitäten kommt, da jede solche Region nur für sich selber schaut. Deshalb denke ich, dass summa summarum dieser Schritt jetzt sehr wohl zu tun ist. Wir sind zwar der Zweitrat, aber der erste, der das aufnimmt. Damit wird der Ständerat zwingend über dieses Thema noch einmal befinden müssen.

Ich bin der Meinung, wir sollten hier diesen Schritt tun. Es ist ein Anliegen, das wir schon lange vertreten. Deshalb sagt die SP-Fraktion Ja zu diesem Schritt.

Triponez Pierre (RL, BE): Es kommt in der Kommissionsarbeit nicht jeden Tag vor, dass alle Kommissionsmitglieder nach eingehender Diskussion zur Überzeugung kommen, dass eine Bestimmung so gestaltet werden soll, wie sie Ihnen jetzt von der Kommission vorgeschlagen wird. Es gibt auch keinen Minderheitsantrag.

Ich habe ein gewisses Verständnis für die Ratsmitglieder, die hier Einzelanträge gestellt haben und noch gerne Fragen erläutert bekämen. Aber das Grundprinzip – und ich glaube, ich habe das zumindest auch aus Ihrem Antrag herausgehört, Herr Studer –, dass wir im Bereiche des Gesundheitswesens und auch der Spitalversorgung über die Kantons Grenzen hinaus zu denken beginnen, das scheint mir ein absolutes Muss zu sein. Es ist nicht erstaunlich, dass dies in diesem Fall dem Nationalrat vorbehalten ist und dass wir auch von der ständerätlichen Lösung abgewichen sind.

Ich denke auch, dass gerade die letzte Abstimmung über die Einheitskasse – die darf man vielleicht hier zitieren, auch wenn es nicht genau das gleiche Gebiet ist – uns allen gezeigt hat, dass es fast eine plebiszitäre Auffassung ist, dass wir mehr Wettbewerbselemente in den Gesundheitsmarkt bringen wollen. Dazu gehört selbstverständlich auch die Spitalversorgung. Das Prinzip der freien Spitalwahl müsste sich eigentlich von selbst verstehen, nach allem, was wir in diesem Rat in allen Gebieten schon behandelt haben – ich denke an das Binnenmarktgesetz, wo Sie häufig auch über das Gewerbe geschimpft haben, das sich nicht öffnen wolle. Ich glaube, dass auch im Gesundheitswesen diese Öffnung stattfinden muss, und dazu gehört ganz bestimmt die Weichenstellung, die wir jetzt bezüglich der freien Spitalwahl vorgenommen haben. Es ist ein kleiner Schritt, aber natürlich ein Schritt mit einer klaren Weichenstellung, welche wir jetzt aber nach der einstimmigen Meinung unserer Kommission vornehmen müssen.

Natürlich haben Sie seitens der GDK einige Schreiben erhalten, bezüglich Kosten, bezüglich Zahlen – die Zahlen sind auch nicht unbedingt sehr überzeugend, die hier gekommen sind, Herr Studer –, aber es ist fast ein bisschen ein unange-

nehmer Druck aufgesetzt worden seitens der GDK. Ich bin der Meinung – diese Überlegung möchte ich Herrn Studer ans Herz legen –, dass wir diese Differenz zum Ständerat schaffen müssen. Sonst ist die Übung abgebrochen. Ich bitte Sie herzlich, gegen Ihren eigenen Antrag zu stimmen, wenn Sie effektiv das erreichen wollen, was Sie hier vorgebracht haben. Das einfach zur Klarstellung. Aber nachdem Sie das hier so elegant vorgebracht haben, können wir wenigstens über das Ganze diskutieren.

Es ist klar – ich möchte das hier festhalten –, dass auch in unserer Kommission nicht alle Fragen so geregelt worden sind, dass ich Ihnen jetzt Zahlenmaterial vorlegen könnte. Es wird so sein, dass wir vielleicht die flankierenden Massnahmen noch gut überlegen müssen. Auch die Abgeltungen – wir werden ja bei Artikel 49a noch eingehend darüber sprechen – müssen vielleicht nochmals überprüft werden. Ich denke, dass wir auch bezüglich der Übergangsbestimmungen durchaus noch Flexibilität haben können.

Aber ich bitte Sie, hier dem einstimmigen Antrag der Kommission zuzustimmen und eine Differenz zum Ständerat zu schaffen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Es geht bei dieser in der Kommission nicht bestrittenen Bestimmung um den schweizweit freien Zugang zu den zugelassenen stationären Einrichtungen. Das ist eine an sich absolut bürgerfreundliche Massnahme, die den Versicherten die Verantwortung und gewisse Freiheiten überlässt, mehr Freiheiten, als ein Versicherter heute geniesst.

So gesehen habe ich für die Anträge Teuscher und Studer Heiner wirklich kein Verständnis. Dass die Grundlagen für diese Massnahmen gegeben sein müssen, ist selbstverständlich; wir haben ja vorhin über Artikel 39 Absatz 2ter diskutiert. Der Bundesrat erlässt demnach wirtschaftliche und qualitative Kriterien und auch Kriterien für die Mindestversorgung – das ist die Ausgangslage. Da diese Ausgangslage zuerst gesichert werden muss, wird dann in den Übergangsregelungen diese Massnahme, dieser freie Zugang, schrittweise in die Praxis überführt. In Ziffer 2 Absatz 2 bei den Übergangsbestimmungen – das muss man immer in diese Diskussion einbeziehen – heisst es dann, dass die Einführung zeitlich gestaffelt, aber spätestens mit den Spitaltarifen erfolge. Der Bundesrat regle die Abläufe und sage, wie dann diese Einführung erfolgen könne. Meines Erachtens ist also diese Massnahme absolut zumutbar. Wir sprechen heute vom Zugang zu Spitälern im Ausland, man spricht diesbezüglich von einer Öffnung. Dazu muss man sagen, dass wir in unserem Gesundheitswesen zuerst einmal die Kantons Grenzen problemlos überschreiten können müssen, bevor wir ausländische Angebote bevorzugen. Also, so, wie die Gegner denken, geht es ja nicht. Diese Massnahme ist, so meine ich, überfällig.

Frau Teuscher, mir ist eigentlich nicht klar, warum Sie sagen, dass diese Massnahme massive Mehrkosten zur Folge haben werde. Meines Erachtens trifft eher das Gegenteil zu. Man darf die Wahlfreiheit nicht falsch einschätzen; es wird nicht so sein, dass wir dann einen Kreuz-und-quer-Zugang durch die gesamte Schweiz zu den Spitälern haben werden; das ist doch eine Illusion. Auch weiterhin wird für die Leistungen die Nähe prioritär sein; diejenigen, die eine Leistung nötig haben, werden sich zweifellos zuerst in der Nähe umsehen.

Was sich aber ändert, das ist die Vergleichbarkeit. Wenn diese Durchschaubarkeit bzw. Vergleichbarkeit zwischen den Anbietern einmal vorhanden ist, wächst der Druck auf die Anbieter, die Qualität zu fördern, sonst sind sie nicht mehr gefragt. Das ist entscheidend: Wenn die Möglichkeit geschaffen wird, nicht nur das kantonseigene Spital aufzusuchen, so schafft das Herausforderungen für die Leistungserbringer und ist für mich die beste Garantie, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Bereich in unserem Land durchsetzen und laufend verbessert werden.

Ich bitte Sie deshalb, hier der Kommission zu folgen.

Meyer Thérèse (C, FR): Comme vous le voyez dans le projet, la commission – il n'y a pas de proposition de minorité – avait décidé de renforcer le libre choix des assurés pour leur donner la possibilité de bénéficier de traitements dans tous les hôpitaux figurant sur une liste cantonale, quel que soit le canton, et ceci avec la contribution de la part cantonale du canton de résidence.

Il faut dire que nous avons discuté cet objet sur fond de débat sur l'ouverture des frontières du pays, pour donner, dans certaines régions, la possibilité à des assurés d'aller bénéficier de traitements à la charge de l'assurance de base dans d'autres pays. Cela nous a motivés pour ouvrir un peu les frontières cantonales. Actuellement, il faut faire une procédure lourde pour avoir l'aval du canton de résidence afin d'aller se faire soigner dans un autre canton, avec la couverture de l'assurance de base.

Nous sommes conscients que cette nouvelle disposition est un défi supplémentaire pour les cantons qui doivent décider de la couverture hospitalière pour leur canton. C'est aussi un défi de qualité parce que, si les personnes d'un canton choisissent le plus souvent d'aller se faire soigner dans un autre canton, il faudra se demander ce qui se passe.

Nous appelons aussi le Conseil des Etats à vérifier encore la teneur de l'article parce qu'il stipule que le canton de résidence doit prendre en charge sa «part respective». Or en fait, il y a des différences suivant les cantons et il faudrait peut-être affiner la formulation en disant que le canton de résidence prend en charge la part cantonale du canton où sont prodigués les soins.

Nous sommes conscients que vis-à-vis de la planification, c'est une petite révolution que nous demandons là aux cantons. Mais nous avons une certaine sympathie pour cette liberté de choix qui force, bien sûr, à la qualité.

Nous allons donc soutenir la commission.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il s'agit ici de l'introduction de ce qu'on appelle le principe du «Cassis de Dijon». Il s'agit en réalité de donner la possibilité à tous les citoyens suisses et étrangers – c'est-à-dire à tous ceux qui résident en Suisse et qui paient des primes pour l'assurance obligatoire des soins – de se faire soigner dans l'hôpital de leur choix pour autant que l'établissement figure sur la liste hospitalière. Il s'agit, comme on l'a dit, d'une ouverture qui en pratique ne sera pas utilisée par un nombre considérable de gens, mais certaines personnes choisiront quand même d'aller se faire soigner dans un autre canton que leur canton de domicile.

Pourquoi le feront-elles? Ou parce qu'elles ont de la famille dans une autre région et qu'elles veulent être près d'elle, ou parce qu'elles considèrent que l'hôpital dans lequel elles se rendent leur offre de meilleures prestations soit du point de vue hospitalier, soit sur le plan hôtelier.

Pourquoi refuser cela? Il n'y a aucune raison de rejeter cette proposition. Les cantons argumentent en disant que ça met en péril la planification hospitalière parce qu'ils ne savent pas combien de personnes iront se faire soigner à l'extérieur du canton. Aujourd'hui, il existe une assurance complémentaire qui donne cette liberté. Cette assurance disparaîtra, c'est la raison pour laquelle d'ailleurs les compagnies ne sont pas enthousiastes – il s'en faut de beaucoup – à l'égard de cette proposition. Aujourd'hui déjà, un certain nombre de gens vont se faire soigner dans un autre canton que leur canton de domicile. Les cantons ne peuvent pas savoir combien de personnes ont souscrit à l'assurance précitée, ni surtout combien de personnes utilisent la possibilité ouverte par ladite assurance. Cet argument n'est donc pas pertinent.

Je ne pense pas qu'on puisse prétendre qu'il faut refuser cette ouverture à cause de l'incertitude que cela crée pour la planification hospitalière. Pour établir celle-ci, il faut tenir compte d'incertitudes bien plus grandes, et notamment de la question de savoir ce qui se passe s'il y a tout à coup une épidémie ou si soudain un médecin s'installe dans une région. Comme on le sait, le médecin peut parfois préférer telle ou telle pratique médicale plutôt que telle autre: il y a des médecins qui recourent plus facilement que d'autres à

l'hospitalisation ou qui sont plus enclins que d'autres à faire des interventions chirurgicales. Donc, l'incertitude n'est pas un argument qui pousse à dire non à cette proposition.

Par contre, comme l'a dit Madame Fehr Jacqueline, cette proposition présente le très grand avantage de forcer les cantons à commencer à réfléchir à une planification inter-cantonale, suprarégionale, et à ne pas penser trop provincial. L'argument le plus solide des cantons est d'ordre financier, mais il ne tient pas, à mon sens. Les cantons disent: «Aujourd'hui, certains vont se faire soigner dans un hôpital d'un autre canton grâce à l'assurance complémentaire.»

Lorsque vous allez dans un autre canton grâce à l'assurance complémentaire, une partie des frais est couverte par l'assurance de base et le reste est payé par l'assurance complémentaire. Les cantons disent: «Si vous appliquez cette proposition, l'assurance complémentaire n'interviendra plus. C'est l'assurance de base qui interviendra pour le total. Par conséquent, nous aurons des frais supplémentaires.» C'est possible, mais aujourd'hui, les frais sont pris en charge par l'assurance complémentaire et c'est une ouverture qui n'est possible que pour ceux qui ont une telle assurance.

Donc, du point de vue de l'équité sociale et de l'égalité entre les citoyens, il est clair que la solution de la commission est meilleure. Du point de vue de la planification, le risque n'existe pas. Il y a des problèmes à résoudre, comme l'a dit Madame Thérèse Meyer tout à l'heure et comme le dira probablement Madame Humbel Näf, notamment celui de savoir quel est le montant que les cantons doivent payer: est-ce le montant du canton de domicile ou celui du canton où le citoyen se fait traiter?

Ce sont des problèmes qui doivent en effet être résolus par le Conseil des Etats, mais je crois qu'il faut accepter cette proposition, d'autant plus sympathique qu'elle est issue des forges du département!

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Sie haben es schon gehört: Die Kommission hat ohne Opposition das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip gutgeheissen, also den freien Zugang für Patientinnen und Patienten zu allen Listenspitälern der Schweiz. Insbesondere folgende Gründe sprechen für diese Lösung:

1. Mit der Einführung der Freizügigkeit wird eine bessere Zusammenarbeit der Kantone, wird das Denken in grösseren Versorgungsregionen gefördert.

2. Wir sprechen bereits über grenzüberschreitende Behandlungen im nahen Ausland. Zwischen den beiden Basel und Deutschland besteht ein vom Bund genehmigtes Pilotprojekt. Damit kann zum Beispiel ein Versicherter aus Augst sich in Säckingen behandeln lassen. Er kann es aber nicht im nahen Rheinfelden, weil das im Kanton Aargau liegt. Das ist für die Bürgerinnen und Bürger nicht nachvollziehbar.

Wir haben alle Post erhalten von den Kantonen. Sie opponieren gegen diese Neuerung, und es ist denn auch zuzugeben, dass die Formulierung von Absatz 1bis einen breiten Interpretationsspielraum bezüglich Umsetzung einräumt. Der Ständerat wird hier sicher noch Arbeit leisten und eine präzisere Umsetzungsformulierung finden müssen.

Ich möchte Ihnen aber die Gedankengänge in der Kommission darlegen. Der neue Absatz 1bis geht von der Überlegung aus, dass mit der Einführung von gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen DRG mit einem Benchmarking gleiche Leistungen mit gleicher Qualität in der ganzen Schweiz einen gleichen Preis haben werden. Wenn dem so wäre und für gleiche Leistungen in allen Spitälern gleiche Preise gelten würden, käme bei einer Hospitalisation in einem ausserkantonalen Spital der prozentuale Kostenverteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen im Wohnsitzkanton der Patienten zum Tragen.

Es ist nun aber davon auszugehen, dass sich die Preise aller Spitäler nicht so schnell angleichen werden und es aufgrund unterschiedlicher Strukturen, unterschiedlicher Lebenshaltungskosten und unterschiedlicher Mentalitäten noch lange Preisdifferenzen geben wird. In Analogie zu Artikel 41 Absatz 1 KVG müssten in diesem Fall die Preise und der Kostenverteiler des Wohnsitzkantons der versicherten

Person zum Tragen kommen. Das heisst, der Kanton und die Versicherung hätten den gleichen Preis zu bezahlen, wie sie es im vergleichbaren Spital im Wohnsitzkanton tun müssten.

Diese Interpretation rechtfertigt sich durch eine analoge Anwendung von Artikel 41 Absatz 1. Im ambulanten Bereich kennen wir eine beschränkte Freizügigkeit. Die Versicherer haben die Kosten nach dem Tarif zu übernehmen, welcher am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gilt. Während der Beratungen in der Kommission wurde auf die Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips, also der vollen Freizügigkeit, im ambulanten Bereich verzichtet, weil die Preise, konkret also die Taxpunktwerte, in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich sind. Folglich muss diese Lösung auch im stationären Bereich zur Anwendung kommen, solange die Preise kantonal unterschiedlich sind.

Gewisse verständliche Befürchtungen der Kantone – namentlich der Kantone mit einer restriktiven Spitalplanung und vergleichsweise kostengünstigen Preisen –, die Patienten ihres Kantons würden vermehrt in teure, hochspezialisierte ausserkantonale Kliniken abwandern, würden damit etwas entkräftet, weil eben die Kosten gemäss Wohnsitzkanton übernommen werden müssten. Die ausserkantonale Behandlung gemäss Artikel 41 Absatz 1 bleibt unverändert, das heisst, bei Notfällen oder medizinischen Indikationen müssen die Kantone immer die Differenz der Kosten übernehmen. Die Einführung der Freizügigkeit im stationären Bereich ist auch eine Folge des Konzepts, des Wechsels von der Objekt- zur Subjektfinanzierung; das heisst, dass eben künftig Patientinnen und Patienten Anspruch auf den Kantonsbeitrag und nicht mehr die Institutionen Anspruch auf eine Subvention haben werden.

Wir haben von den Kantonen Zahlen erhalten. Ich muss zugestehen, dass wir nicht wissen oder auch nicht abschätzen können, wie der grenzüberschreitende Patientenfluss zwischen den Kantonen ausfallen wird. Das wird auch von der jeweiligen kantonalen Versorgungssituation abhängen. Wir können daher auch nicht abschätzen, welche Kostenverlagerungen da anfallen werden. Es geht aber letztlich auch um das Gleichbehandlungsprinzip, darum, dass die Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gleich behandelt werden. Da leistet das Cassis-de-Dijon-Prinzip einen wesentlichen Beitrag.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, der Kommission zuzustimmen und die beiden Einzelanträge abzulehnen.

Abs. 1bis – Al. 1bis

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/4118)

Für den Antrag der Mehrheit 132 Stimmen

Für den Antrag Teuscher/Studer Heiner 30 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/4120)

Für den Antrag der Mehrheit 139 Stimmen

Für den Eventualantrag Teuscher 23 Stimmen

Abs. 1ter – Al. 1ter

Präsidentin (Egerszegi-Obriest Christine, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit zu Absatz 1ter haben wir bereits mit der Abstimmung über Artikel 25 entschieden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 42

Antrag der Mehrheit

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Humbel Näf, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Ruey, Scherer, Stahl, Wehrli)

Abs. 4bis

Bei leistungsbezogenen Fallpauschalen muss der Leistungserbringer auf der Rechnung alle Angaben machen, welche für die Ermittlung der korrekten Fallpauschalen notwendig sind, insbesondere auch die relevanten Diagnosen und Prozeduren.

Antrag Stahl

Abs. 2

Unverändert

Abs. 4bis

(Ergänzung zum Antrag der Minderheit Humbel Näf)

.... relevanten Diagnosen und Prozeduren. Der Bundesrat erlässt die Bestimmungen zur Sicherstellung des Datenschutzes.

Art. 42

Proposition de la majorité

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Humbel Näf, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Ruey, Scherer, Stahl, Wehrli)

Al. 4bis

En présence de forfaits par cas liés aux prestations, le fournisseur de prestations indique sur la facture toutes les données nécessaires à la détermination des forfaits par cas exacts, y compris notamment les procédures et diagnostics pertinents.

Proposition Stahl

Al. 2

Inchangé

Al. 4bis

(complétant la proposition de la minorité Humbel Näf)

.... les procédures et diagnostics pertinents. Le Conseil fédéral édicte les dispositions visant à garantir la protection des données.

Stahl Jürg (V, ZH): In der Kommission wurden die Absätze 2 und 3 von Artikel 42 diskussionslos genehmigt. Die Ergänzungen, welche der Ständerat zum geltenden Recht gemacht hat, sind in Absatz 3 sinnvoll, in Absatz 2 sind sie jedoch einem Systemwechsel gleichzustellen. Deshalb mache ich Ihnen beliebt, meinem Einzelantrag auf Streichung der ständerätlichen Ergänzungen zuzustimmen.

Im heutigen System gilt gemäss dem KVG der Grundsatz des «tiers garant», was heisst, dass der Versicherte dem Leistungserbringer die bezogene Leistung schuldet, dieser – also der Versicherte – vom Versicherer jedoch den Beitrag garantiert hat. An diesem Grundsatz sollte nicht gerüttelt werden, denn nur so kann der Patient bzw. der Versicherte mit in die Verantwortung einbezogen werden. Auch unter dem Aspekt des Vier-Augen-Prinzips und der daraus entstehenden Kontrolle scheint mir die etablierte Lösung gut, insbesondere weil das geltende Recht – das ist entscheidend – bei stationären Behandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auf Vereinbarungsstufe eine Ausnahme vorsieht, den sogenannten «tiers payant». Diese Vereinbarungen sind beliebt, sie sind in der Praxis gut eingeführt, und sie sind häufig. Sie basieren aber – das ist ganz wichtig – auf einem Verhandlungsergebnis, bei dem für alle Beteiligten Vorteile entstehen. Bei einer erfolgreich ausgehandelten Vereinbarung profitiert der Patient nach einem stationären Aufenthalt von einer unbürokratischen und direkten Zahlungsabwicklung zwischen dem Leistungserbringer einerseits und dem Versicherer andererseits. Der Leistungserbringer selber profitiert, indem er das Inkassorisiko – und das ist bei den stationären Einrichtungen nicht unbedeutend – nicht mehr trägt und von schlankeren Abläufen profitiert. Zuletzt profitieren der Versicherer und folglich auch die

Prämienzahlenden vom Verhandlungsergebnis und von den daraus resultierenden Rabatten. Diesen Verhandlungsspielraum sollten wir nicht preisgeben. Diesen Verhandlungsspielraum, der in der Praxis funktioniert, sollten wir nicht zugunsten einer starren, fixen Lösung aufgeben, denn die starre Lösung führt bei keinem der Beteiligten zu einer Verbesserung.

In diesem Sinne beantrage ich, hier bei Artikel 42 Absatz 2 meinen Einzelantrag zu unterstützen und damit dem Bundesrat zu folgen und beim geltenden Recht zu bleiben.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Stahl, ich bitte Sie, auch gleich Ihren Antrag zu Absatz 4bis zu begründen.

Frau Humbel Näf teilt mit, dass ihr Antrag der Minderheit zugunsten des Antrages Stahl zurückgezogen ist.

Stahl Jürg (V, ZH): Das Zurückziehen geht nicht so einfach, weil mein Antrag ein Ergänzungsantrag zum Antrag der Minderheit Humbel Näf ist. Aber ich versuche, das jetzt irgendwie kombiniert zu begründen. Ich glaube, die Sachlage ist klar; es ist klar, was die Minderheit Humbel Näf will. Mit meiner Ergänzung möchte ich eine Brücke bauen; in der Tat ist es eine entscheidende Bestimmung, denn die Fallpauschalen, die wir beschlossen haben, können nur erfolgreich eingeführt werden, wenn sie plausibel und transparent sind und nachvollzogen werden können.

Trotzdem oder gerade deswegen ist es von grosser Wichtigkeit, dem Patienten und dem Leistungserbringer die Gewissheit zu geben, dass der Datenschutz sichergestellt ist. Die Krankenversicherer müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein und müssen auch konsequent die Bereitschaft durchsetzen, dass der Datenschutz als wichtiges Element von allen Beteiligten in ihre Tätigkeit integriert wird. Wenn wir aber als Parlament den gemeinsamen Willen aufbringen wollen, dann müssen wir auch die entsprechenden Elemente zur Verfügung stellen. Wenn wir dies nicht tun, dann können wir unmöglich den gewünschten Effekt erzielen.

In sämtlichen Gesundheitssystemen, in welchen mit Fallpauschalen gearbeitet wird, müssen die vollständigen Angaben geliefert werden, ansonsten ist die Wirkung von Anfang an nicht erfolgreich. Dass Datenschützer und unter Umständen auch vereinzelte Leistungserbringer, welche sich in der Vergangenheit oftmals auch unter dem Deckmantel des Datenschutzes versteckt haben, Bedenken äussern, verwundert nicht. Aber das hat viel mehr mit dem Respekt vor Neuem zu tun als damit, dass es fehlender Wille wäre, mit einer vernünftigen Transparenz einen wichtigen Beitrag an die Stabilisierung der Gesundheitskosten zu leisten. Nach dem klaren Scheitern der veralteten SP-Idee einer Einheitskasse muss es doch für alle klar sein, dass es nur gemeinsam gehen kann. Sich auf einzelne Beteiligte einzuschliessen bringt uns nicht weiter. Ich bin überzeugt, dass sich der grösste Teil der Patienten hinter diese transparente Darstellung der Rechnungslegung stellt, wenn sie wissen, dass dadurch Qualität und Wirtschaftlichkeit auch in einem nachhaltigen Sinne verbessert werden können. Zu oft erzählen mir Patienten nach einem stationären Spitalaufenthalt von Rechnungspositionen für nichterbrachte Leistungen und der Unmöglichkeit einer Einflussnahme. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, glaube ich, dass der Antrag der Minderheit, ergänzt durch meinen Einzelantrag, eben die richtige Lösung ist und auch dazu führt, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit Hand in Hand in einen positiven Effekt münden.

Ich bitte Sie, die starke Minderheit Humbel Näf, ergänzt mit meinem Antrag, zu unterstützen. Der Datenschutz muss entsprechend umgesetzt werden, darf jedoch nicht missbraucht werden, um eine vernünftige Lösung zu verhindern.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Das bedeutet, dass die Information, der Antrag der Minderheit Humbel Näf sei zurückgezogen, nicht richtig ist: Der Antrag der Minderheit wird ergänzt durch den Antrag Stahl.

Wehrli Reto (C, SZ): Im Namen der CVP-Fraktion ersuche ich Sie, bei den Absätzen 2 und 3 die Mehrheit zu unterstützen und im Übrigen, das heisst bei Absatz 4bis, die Minderheit Humbel Näf ergänzt um den Antrag Stahl. Um es in einem Wort zu sagen: Kosten und Diagnosen müssen zusammengeführt werden. Alle Länder, die mit DRG arbeiten, kennen diese Zusammenführung. Gewisse, so zum Beispiel Deutschland, gehen sogar deutlich weiter als die Lösung, die die Minderheit Humbel Näf vorschlägt. Ohne den Minderheitsantrag Humbel Näf finden sich auf der Rechnung lediglich eine DRG-Nummer, das Kostengewicht und der Gesamtpreis. Diese bloss rudimentären Angaben genügen nicht, um eine wirksame Kostenkontrolle durchführen zu können. Heute gibt es bereits eine gewisse Tendenz zur preisorientierten Risikoselektion. Es werden Kosten verursacht, die nicht gesundheitlich indiziert sind.

Gegen den Antrag der Minderheit Humbel Näf werden Bedenken des Datenschutzes vorgebracht. Diese sind ernst zu nehmen, hindern Sie aber nicht daran, den Antrag der Minderheit Humbel Näf anzunehmen; dies aus folgenden Gründen:

1. Es muss die Sache im Vordergrund stehen. Das ist hier die wirksame Kostenkontrolle. Der Ergänzungsantrag Stahl unterstützt das Anliegen, diese nötige Kostenkontrolle mit datenschützerischer Sensibilität zu vollziehen.

2. Für den besonders heiklen Bereich der Psychiatrie kann DRG nicht eingeführt werden. Hier muss sowieso eine andere Lösung gefunden werden.

3. Eine generelle Bemerkung: Datenschutz ist in einem Rechtsstaat keine absolute Grösse. Mit gutem Grund stellt man sich der Tendenz entgegen, dass Datenschutzbeamte nicht nur selber definieren, was Datenschutz ist, sondern gleich auch noch in jede beliebige materielle Gesetzgebung eingreifen, so, als ob den Datenschutzbeamten ein Veto zustünde.

Ich bitte Sie also im Namen der CVP-Fraktion, den Antrag der Minderheit Humbel Näf ergänzt um den Einzelantrag Stahl zu unterstützen.

Schenker Silvia (S, BS): Es gibt wohl nichts Sensibleres im Umgang mit Gesundheits- respektive Krankheitsdaten als den Umgang mit Diagnosen. Selbst dem Bundesamt für Gesundheit, das sicher ein sehr grosses und nachvollziehbares Interesse an möglichst aussagekräftigen Angaben hat, geht der Antrag der Minderheit Humbel Näf zu weit. Mit der Annahme des Minderheitsantrages machen wir einen grossen Schritt in Richtung gläserner Patient. Wenn Frau Humbel verlangt, dass auf der Rechnung alle Angaben gemacht werden müssen, insbesondere auch zu den relevanten Diagnosen und Prozeduren, sind damit unter anderem auch psychiatrische Diagnosen gemeint.

Herr Wehrli, Psychiatriepatienten lassen sich nicht nur in psychiatrischen Kliniken behandeln. Hin und wieder sind sie auch somatisch krank, und dann gehen sie in andere Spitäler. Gerade psychische Erkrankungen oder auch chronische Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes können bei einer Behandlung im Spital eine wichtige Rolle spielen. Lassen Sie mich ein Beispiel machen: Wenn jemand, der eine starke Depression hat, einen Eingriff machen lassen muss, kann diese Depression in Zusammenhang mit der Genesung eine relevante Diagnose sein. Wenn wir den Minderheitsantrag Humbel Näf annehmen, wird das Spital, in dem sich der eben beschriebene Patient behandeln lässt, die Depression auf der Rechnung erwähnen müssen. Damit ist der Datenschutz nicht mehr gewährleistet. Besonders verheerend wird es bezüglich Datenschutz, wenn die Krankenkassen mit den Daten dann fahrlässig umgehen, wie wir das in den Medien diese Woche lesen konnten.

Wir von der SP sind uns bewusst: Für die Steuerung des Gesundheitswesens braucht es Daten. Wir wissen aber auch, dass es eine heikle Gratwanderung zwischen dem Recht der Patientinnen und Patienten auf Datenschutz und dem Recht der Kassen und des Bundesamtes für Gesundheit auf Daten gibt. Mit der Annahme des Minderheitsantrages Humbel Näf verlassen wir diesen Grat. Das können wir

nicht zulassen. Die Ergänzung von Herrn Stahl genügt uns nicht, damit wir diesen Antrag akzeptieren können. Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag Humbel Näf abzulehnen.

Vischer Daniel (G, ZH): Ich ersuche Sie ebenfalls, den Antrag der Minderheit Humbel Näf, ergänzt durch den Antrag Stahl, abzulehnen. Wir sind hier im Bereich des Datenschutzes. Herr Wehrli, Sie sagen, der Datenschutz gelte in unserer Rechtsordnung nicht absolut. Das stimmt nur bedingt. Beim Datenschutz geht es um das elementare Verfassungsrecht des Schutzes der persönlichen Freiheit, und das ist ein zentrales Grundrecht, das in der Verfassung Vorrang hat. Seine Einschränkung ist nur unter ganz speziellen Gegebenheiten möglich; das Datenschutzgesetz konkretisiert das. Klar ist aber, dass es hier um besonders schützenswerte Daten geht. Das ist aufgrund des Datenschutzgesetzes unbestritten.

Nun kommt Herr Stahl und sagt, er sei auch für Datenschutz. Das mag ja abstrakt der Fall sein, nur nützt es nichts, wenn Sie einen Gesetzestext formulieren, in dem Sie zuerst den Datenschutz durchlöchern und am Schluss schreiben, dass der Datenschutz gilt. Dann können Sie den letzten Satz auch weglassen! Wichtig ist doch die Essenz dessen, was oben steht. Darum geht es, und daran ändert auch der Zusatz Stahl nichts.

Worum geht es hier im Einzelnen? Es geht um einen Fight zwischen den Krankenkassen und dem Persönlichkeitsschutz der Betroffenen. Oft stehen die Ärzte – zu Recht – auf der Seite der Betroffenen. Sie finden auf Seite 1 des heutigen «Tages-Anzeigers» ein weiteres beredtes Beispiel für diese Auseinandersetzung. Die Krankenkassen unternehmen natürlich alles, um die Datenmenge, die ihr zur Verfügung steht, zu erhöhen. Sie machen das mit dem Argument der Kostenkontrolle – alle sind für Kostenkontrolle –, aber diese eben kennt ihre Grenze dort, wo besonders schützenswerte Daten tangiert sind. Genau das will der Antrag der Minderheit Humbel Näf. Mit Verlaub gesagt, Frau Humbel: Sie tun dies ja nicht aus einem allgemein politischen Interesse, sondern Sie sind in dieser Auseinandersetzung Partei! Sie sind die Partei der Krankenkassen; Sie nehmen – wie die Krankenkassen – eine Durchlöcherung des Datenschutzes in Kauf, die nochmals sehr weit gehen soll. Denn wenn es für die Kostenkontrolle tatsächlich nötig wäre, hätte es der Bundesrat, der das ja auch auf seine Fahne schreibt, bereits integriert. Aber offensichtlich war der Bundesrat gut beraten, dem Datenschutz in dieser Auseinandersetzung den Vorrang zu geben.

Wenn Sie hier, mit oder ohne Zusatz aufgrund des Antrages Stahl, dem Antrag der Minderheit Humbel Näf nachgeben, dann unterwerfen Sie sich dem Diktat der Krankenkassen, den Datenschutz zu durchlöchern. Ich kann Ihnen auch als Patient, als privat Betroffener, sagen: Wenn Sie einmal in der Mühle eines Grossspitals sind, dann wird der Datenschutz kleingeschrieben. Schon heute ist im Grunde genommen eine echte Kontrolle über die Daten nicht mehr gewährleistet. Wenn Sie aber hier per Gesetz bezüglich der Krankenkassenposition legislieren, dann öffnen Sie in einem noch viel weiter gehenden Masse Tür und Tor für diese Durchlöcherung.

Ich ersuche Sie dringend, diesen fatalen Antrag abzulehnen.

Wehrli Reto (C, SZ): Herr Vischer, eine kleine Frage an den Internationalisten: Wie erklären Sie sich, dass das im Krankenversicherungsbereich im Ausland überall möglich ist und dass in der Schweiz genau das, was wir hier einführen wollen, im UVG-Bereich bereits klaglos stattfindet?

Vischer Daniel (G, ZH): Wissen Sie, ich bin nicht so ein wahnsinniger Fan dessen, was im Ausland ist, dass ich sagen müsste, wenn im Ausland der Datenschutz durchlöchert wird, müssen wir dies auch machen. Ich war eben auch nie so EU-gläubig, dass ich meinte, Europa sei einfach besser als wir. Ich bin der Meinung, auch im KVG tun wir gut daran,

datenschutzmässig weiter zu gehen oder eben engere Bestimmungen zu haben als andere Länder.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Als Angesprochene wünscht Frau Humbel Näf das Wort zu einer kurzen persönlichen Erklärung.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Herr Vischer, ich spreche jetzt nicht als Kommissionssprecherin, sondern als Privatperson, als die Sie mich angegriffen haben. Ich habe mich in der Vorbereitung sehr intensiv mit DRG auseinandergesetzt. Ich kenne die verschiedenen Systeme. Es ist in allen Systemen so, dass diese Informationen gegeben werden, insbesondere auch in Deutschland. Ich war Anfang Dezember an einer DRG-Tagung in Deutschland. Da hat ein Vertreter der Spitäler gesagt, es sei Betrug am Volk, wenn derjenige, der bezahlen müsse, nicht weiss, was er bezahlen muss.

Eine letzte Bemerkung: Warum soll im Krankenversicherungsbereich nicht gelten, was bei der Unfallversicherung üblich ist? Bei der Unfallversicherung bekommen die Versicherer sämtliche Daten, die angefordert werden. Noch zu Deutschland: Ich verweise Sie auf Paragraph 301 des deutschen Sozialgesetzbuches V, wo Sie nachlesen können, welche Angaben bei der Abrechnung von DRG zur Verfügung gestellt werden müssen.

Lang Josef (G, ZG): Kollegin Humbel Näf, sehen Sie keinen Unterschied bezüglich der Brisanz von Daten betreffend Krankheit bzw. betreffend Unfall?

Humbel Näf Ruth (C, AG): Nein.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Tout d'abord, en ce qui concerne la proposition Stahl, nous sommes d'avis que la solution du Conseil des Etats n'est pas mauvaise et qu'il faut renoncer à cette liberté de choix entre le système du tiers payant et celui du tiers garant. Ce n'est pas une affaire doctrinale importante, mais dans la pratique il a été démontré, lorsqu'on applique le Tarmed, que la facturation et la transmission des données électroniques fonctionnent très mal lorsque le système du tiers payant n'est pas appliqué. C'est donc pour des raisons pratiques que nous sommes partisans de la solution du Conseil des Etats et que nous nous sommes ralliés à la décision dudit conseil. C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il faut rejeter la proposition Stahl.

La proposition de la minorité Humbel Näf exige un peu plus de précisions techniques. L'article 42 alinéa 3 de la LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit transmettre toutes les indications nécessaires pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Par conséquent, la transmission de diagnostics généraux nécessaires pour le traitement administratif de cas ordinaires est permise, mais des indications plus détaillées peuvent être exigées le cas échéant ultérieurement. Ensuite, il y a un deuxième principe, à savoir le principe de proportionnalité, énoncé à l'article 4 alinéa 2 de la loi fédérale sur la protection des données, qui interdit de transmettre des données personnelles en quantité ou en qualité supérieure à ce qui est nécessaire pour le contrôle des factures. Il y a aussi l'article 59 alinéa 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, qui prévoit que les partenaires tarifaires peuvent réglementer la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs. Par conséquent, les assureurs ont la possibilité de convenir si un code de diagnostics est transmis, et si c'est le cas, quel code est transmis.

Les systèmes de la tarification à la prestation, tels que le système DRG, se basent par définition sur le diagnostic et attribuent les cas à des groupes plus ou moins homogènes. En fonction de ces attributions, le diagnostic peut être posé, au moins en ce qui concerne le groupe, même si ce n'est pas toujours le cas pour chaque individu. Dans ce cas, la décision en faveur du système de tarification lié à la prestation implique que certaines indications concernant le diagnostic apparaîtront sur la facture pour permettre leur contrôle, comme l'exige l'article 42 de la LAMal. Le problème est de

savoir quelles données doivent systématiquement apparaître sur la facture dans le sens d'un «minimal data set».

Madame Humbel Näf voudrait que toutes les indications apparaissent sur toutes les factures, sous réserve de ce qui relève de la protection des données avec le complément de la proposition Stahl à l'alinéa 4bis. Nous craignons que cela ne soit finalement plus proportionnel aux besoins des assureurs.

Nous sommes convaincus que la solution du Conseil fédéral et de la majorité est suffisante pour permettre aux assureurs de faire leur travail, même sans la solution Stahl, et nous pensons aussi que, dans le doute, il faut trancher en faveur de la protection des données plutôt qu'en faveur du confort des assureurs-maladie, confort relatif puisqu'ils recevraient tellement d'informations qu'ils ne seraient plus en état de les maîtriser. C'est une question de nuances: nous sommes dans un état libéral et tranchons plutôt en faveur de la protection des données qu'en faveur des assureurs.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Bevor ich das Wort dem Berichterstatter gebe, möchte ich Ihnen noch mitteilen, dass zwei Ordnungsanträge eingegangen sind, die das Programm des heutigen Nachmittages betreffen.

Ich werde nach den Abstimmungen, die in Kürze folgen werden, über die beiden Ordnungsanträge befinden lassen.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: La proposition Stahl à l'article 42 alinéa 2 n'a pas été discutée en commission. Par conséquent, je vous donne un avis qui s'inspire des débats que nous avons tenus, mais qui reste quand même fortement subjectif.

La proposition Stahl aimerait remettre en question l'obligation du tiers payant en matière hospitalière décidée par le Conseil des Etats. C'est d'ailleurs la pratique usuelle actuellement.

L'hypothèse du tiers garant, à savoir que le patient est débiteur direct de sa facture, qu'il la paie de sa poche avant le remboursement de sa caisse-maladie, est tout simplement irréaliste en matière hospitalière. Les factures atteignent souvent plusieurs milliers de francs, elles ne sont donc pas à la portée de la bourse de tout un chacun et dans ces conditions, cela va déboucher sur un contentieux astronomique. Qui plus est, vous le savez ou vous ne le savez pas, le Tribunal fédéral des assurances a décidé que ne pas payer son médecin ou son hôpital bien qu'ayant été remboursé par sa caisse-maladie ne constituait pas une escroquerie, et donc ces mauvais payeurs doivent être poursuivis selon la procédure de recouvrement habituelle. Ironiquement dit, cela veut dire que les caisses-maladie vont financer la construction de nombreuses villas sur les bords de mer de pays à coûts particulièrement avantageux. Les hôpitaux vont donc être dans une situation financière difficile, avec un actif transitoire qui va prendre des dimensions absolument considérables. Je suis consterné qu'un administrateur de caisse-maladie puisse proposer à titre personnel une solution pareille. Je vous demande, à titre personnel, de rejeter cette proposition.

En ce qui concerne l'article 42 alinéa 4bis, la majorité de la commission est de l'avis que les exigences de la minorité Humbel Näf vont trop loin. Certes, il a été jusqu'à présent particulièrement frustrant pour les assureurs de n'être confrontés qu'à des coûts, sans disposer nécessairement de tous les éléments déterminants pour les influencer. Il en va manifestement autrement avec les DRG, où ils vont bénéficier de données concrètes, certes agglomérées quant à la nature du cas, mais ils vont tout de même avoir les moyens de faire des évaluations pertinentes. Exiger que tous les éléments déterminants des DRG figurent sur la facture va manifester à l'encontre de la protection des données, cela a déjà été dit, d'autant plus qu'ils seront traités par un collaborateur et pas nécessairement par le médecin-conseil.

Cette situation est déjà hautement problématique en soi. De plus, la gestion de cette masse impressionnante de données

va obliger à un développement considérable de l'infrastructure informatique et administrative, donc engendrer aussi des coûts supplémentaires absolument considérables. Cela correspond à une conception manifestement dépassée des contrôles. Avec les DRG et l'étalonnage (benchmarking), les assureurs vont bénéficier d'instruments extrêmement performants pour déterminer les situations potentiellement abusives. D'autre part, les médecins-conseils ont toujours la possibilité de demander des renseignements complets face à un cas particulier qui pourrait faire problème – Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de le rappeler.

Si l'on accepte la proposition de la minorité Humbel Näf, ou même la proposition Stahl, c'est la fin du système du médecin-conseil.

Les hôpitaux doivent fournir toutes les données concernant leurs prestations et leurs coûts, de manière à pouvoir vérifier l'économicité du traitement. Cela est déjà précisé à l'article 49 alinéas 7 et 8. Les assureurs ont accès à toutes les pièces: ils ont donc largement les moyens de procéder aux vérifications nécessaires. Cela ouvre aussi un champ nouveau de négociations quant aux modalités de gestion hospitalière et à leur optimisation.

C'est donc par 12 voix contre 7 et 5 abstentions que la commission vous prie de rejeter la proposition défendue par la minorité Humbel Näf, manifestement excessive et rétrograde. La proposition Stahl, certes atténuée, va dans le même sens et, bien qu'elle n'ait pas été discutée en commission, je vous propose également de la rejeter.

Stahl Jürg (V, ZH): Kollege Guisan: Sie haben meinen ersten Antrag aus Ihrer individuellen Sicht beurteilt. Ist Ihnen bewusst, dass der Wechsel vom «tiers garant» zum «tiers payant» eben ein Systemwechsel und der «tiers payant» ein Verhandlungsergebnis zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern ist?

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Je dois dire que je ne comprends pas très bien votre question. Le tiers payant est actuellement le système pratiqué dans le cadre des hôpitaux publics. Tous les hôpitaux publics facturent selon le système du tiers payant et toutes les conventions passées avec les assureurs et les cantons le sont en fonction du système du tiers payant. Il n'y a que dans le cadre des hôpitaux privés où le tiers garant entre éventuellement en ligne de compte. On y a affaire à une clientèle différente, qui dispose de plus de moyens; on peut donc imaginer ce genre d'exceptions au niveau des cliniques privées. Mais dès le moment où nous discutons de la LAMal, nous parlons de l'assurance-maladie sociale obligatoire et cela n'emarge donc pas aux contrats privés qui concernent cette clientèle particulière. Je ne vois donc pas ce qu'apporte votre contestation de l'alinéa 2 de l'article 42.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 99 Stimmen

Für den Antrag Stahl 72 Stimmen

Abs. 4bis – Al. 4bis

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Humbel Näf ist zurückgezogen und von Herrn Stahl aufgenommen worden, der damit seinen Antrag zu Absatz 4bis ergänzt.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit/Stahl 79 Stimmen

Dagegen 94 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 47 Abs. 2*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 47 al. 2*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

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

07.9006

**Parlamentarische
Vorstösse
zur Energie- und Klimapolitik
Interventions parlementaires
concernant la politique
énergétique et climatique**

Ordnungsantrag – Motion d'ordre

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Ordnungsantrag – Motion d'ordre)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Es sind zwei Ordnungsanträge eingegangen: ein Ordnungsantrag Amstutz und ein Ordnungsantrag der grünen Fraktion. Sie gehen in entgegengesetzte Richtungen, betreffen aber dasselbe Thema; wir können sie zusammen behandeln.

Amstutz Adrian (V, BE): Wir beraten heute Nachmittag die parlamentarischen Vorstösse zur Energie- und Klimapolitik. Das Büro hat die Redezeit auf vier Stunden angesetzt. Ich beantrage Ihnen, die Redezeit linear um ein Viertel zu kürzen und auf drei Stunden zu begrenzen. Das würde bedeuten, dass die auf der Liste zugeteilten Redezeiten alle um ein Viertel gekürzt würden. Ich danke Ihnen für die Unterstützung meines Ordnungsantrages.

Frösch Therese (G, BE): Ich kenne Herrn Amstutz als einen sehr ehrlichen Mann. Das beweist auch sein Ordnungsantrag. Die SVP hat keine Ideen zur Klimaänderung, und deshalb braucht sie auch weniger Zeit. Ich denke, das ist sehr ehrlich, und vielleicht können wir einen Deal machen, dass Sie uns diese Zeit schenken.

Im Ernst: Mit den dringlichen Vorstössen behandeln wir heute Nachmittag gesamthaft 77 Vorstösse; davon stammen 19 aus der Feder der grünen Fraktion. Die Debatte wurde vom Büro auf 240 Minuten veranschlagt, was pro Vorstoss rund 3 Minuten ausmacht. Für unsere 19 Vorstösse ergibt das, nüchtern betrachtet und korrekt gerechnet, 57 Minuten. Vom Nationalratsbüro wurden uns jedoch lediglich 17 Minuten Redezeit zugestanden – 17 Minuten für 19 Vorstösse! Kritik und Einspruch der Vertreterin der Grünen im Büro vermochten daran leider nichts zu ändern. Dieser unfaire Akt der Mehrheit des Nationalratsbüros untergräbt a priori die notwendige Vertrauensbasis für diese von rechts bis links als sehr dringend erachtete Debatte, da sie das in sämtlichen Umweltfragen erwiesenermassen grosse und kompetente Engagement einer Partei bewusst ausgrenzt.

Die SVP, die ihrerseits bisher nicht gerade viel für den Klimaschutz tat, macht diesen Ordnungsantrag auf 180 Minuten Redezeit, was der grünen Fraktion mit ihren 19 Anträgen ungefähr noch zehn Minuten brächte. Das ist nicht nur undemokratisch, sondern auch völlig unproduktiv. Ja zu besse-

rem Klimaschutz heisst Ja zu einer Energie- und Klimadebatte, die griffige Antworten auf die Krise bringt und in der Beschlüsse gefasst werden – und dies geht nicht ohne die Grünen.

Die grüne Fraktion stellt den Antrag auf Verdoppelung: Wir verlangen also eine bescheidene Verdoppelung der vom Büro zugeteilten Redezeit von 17 auf 34 Minuten.

Freysinger Oskar (V, VS): Frau Frösch, ich habe auch einen Vorstoss zur Klimapolitik eingereicht. Darf ich Ihnen die mir zustehenden drei Minuten schenken?

Frösch Therese (G, BE): Vielen Dank, Herr Freysinger.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Bevor sich verschiedene Fraktionssprecher zu Wort melden, möchte ich mich als Vorsitzende des Büros zu den Ordnungsanträgen äussern. Sie wissen alle, dass wir unter einer grossen Vorstosslast leiden. Wir haben im Hinblick auf diese Session zur Abtragung dieser vielen Vorstösse Massnahmen ergriffen. Das heisst, wir haben uns entschieden, zwei organisierte Debatten durchzuführen; die eine hat am 8. März mit Vorstössen zu Gleichstellungsfragen stattgefunden, die zweite wird heute Nachmittag stattfinden.

Das Büro hat demokratisch festgelegt, wie viel Zeit für diese Debatten zur Verfügung stehen soll. Wir sind der Ansicht, dass dies geregelt und fair abgelaufen ist. Wir sind uns bewusst, dass es verschiedene Ungerechtigkeiten geben kann, aber sämtliche beteiligten Fraktionspräsidentinnen und Fraktionspräsidenten haben diesem Vorgehen zugestimmt.

Es wurde eine Gesamtdauer von 240 Minuten festgelegt. Wir haben diese vier Stunden nach einem Schlüssel, der bei jeder organisierten Debatte vorgesehen ist, aufgeteilt. Die Rednerliste von heute Nachmittag ist das Resultat. Die Alternative wäre gewesen, eine Sondersession durchzuführen; dieser Antrag lag auch auf dem Tisch. Das war das Ergebnis unserer Beratungen.

Ich bitte Sie im Namen des Büros, an diesen Beschlüssen festzuhalten.

Menétrey-Savary Anne-Catherine (G, VD): Le débat sur la politique énergétique et climatique prévu pour cet après-midi risque de se révéler inutile et dénué de sens. En effet, ceux qui ont le moins à dire sur le sujet auront le plus long temps de parole: plus d'une heure pour le groupe UDC pour défendre neuf propositions, dont la plupart n'ont rien à voir avec le climat; six minutes pour le groupe PEV/UDF pour dix motions et interpellations; dix-sept minutes pour le groupe des Verts pour dix-neuf interventions. Pour nous, cela ne représente même pas une minute par intervention. Comme, chez les Verts, nous sommes très nombreux à être engagés sur ce sujet, je n'aurai même pas droit à la parole pour défendre mon postulat 06.3596 et la motion du groupe des Verts 06.3703, «Etude d'impact sur le climat»!

Ce débat est une tromperie, une mascarade! On donne à la population l'illusion qu'on s'engage dans un débat approfondi, basé sur un examen attentif et minutieux des diverses propositions d'action et des mesures aptes à juguler efficacement les changements climatiques, alors qu'en réalité, on aura droit à un déploiement disproportionné des ténors de l'UDC en faveur du nucléaire, contre les mesures de soutien aux énergies renouvelables ou contre la taxe sur le CO₂, si j'en crois les propositions qui figurent sur notre liste.

Si l'on veut sauver quelque chose de ce débat et surtout si l'on veut que notre Parlement reste crédible au moment où il aborde un thème urgent et un enjeu politique majeur pour notre futur, il faut cesser les gesticulations et entamer un débat sérieux. Il faut soutenir la motion d'ordre du groupe des Verts et demander sinon cinq minutes par intervention comme c'est le cas habituellement, au moins cinq minutes par auteur, ce qui doublerait déjà notre temps de parole.

Comme Madame Frösch, je considère que la motion d'ordre Amstutz apporte exactement la preuve que l'UDC n'a pas grand-chose à dire sur ce sujet et je suggère qu'au lieu de

réduire le temps de débat global, elle nous cède la moitié de son temps de parole.

Aeschbacher Ruedi (E, ZH): Das Büro hat eine scheinbar gerechte Lösung getroffen, indem es die 240 Minuten durch 200 Köpfe geteilt hat; daraus haben pro Kopf hier im Saal 1,2 Minuten Redezeit resultiert. Das macht dann eben die entsprechenden Redezeiten aus, die den Fraktionen gemäss der Anzahl ihrer Mitglieder zugeteilt worden sind.

Ich kann die Grünen trösten: Die EVP/EDU-Fraktion hat 13 Vorstösse zur Thematik hängig. Für diese 13 Vorstösse stehen uns 6 Minuten zur Verfügung – nicht einmal eine halbe Minute pro Vorstoss. Das zeigt natürlich, dass diese Lösung des Büros zwar «gerecht», aber nicht sachgerecht ist. Eine sachgerechte Zuteilung der Redezeiten hätte sich in Bezug auf die Anzahl der eingereichten Vorstösse pro Fraktion errechnen müssen; dann hätte das gestimmt. Dann hätte man auch entsprechend der Anzahl Vorstösse gleich viel Redezeit pro Vorstoss erhalten können.

Es ist aber jetzt so entschieden worden; ich muss Ihnen sagen, dass wir von unserer Fraktion her diese Tatsache bereits vor dieser Session bemängelt haben. Es kommen heute Anträge für Verlängerung oder für Verkürzung der Redezeit, und das kann es auch nicht sein. Man kann die Bedingungen einer Debatte, die seit 14 Tagen klar mit den Randbedingungen angekündigt ist, nicht einen halben Tag vorher ändern; wir müssen uns an ein Programm halten. Mich stört es wahnsinnig, wenn wir ein Programm haben, das bis 9 oder bis 10 Uhr geht, und dann bis halb elf diskutieren. Das darf nicht sein, wir müssen auch in zeitlicher Hinsicht geordnete Abläufe haben. Sosehr ich den Antrag der Grünen verstehe und sosehr ich ihn vor 14 Tagen unterstützt hätte, heute muss ich sagen: Ihr seid zu spät. Wir haben den Antrag auf Verlängerung der Debatte vor dieser Session gestellt. Er ist abgewiesen worden; wir haben uns damit abgefunden und gehen jetzt mit den Bedingungen, wie wir sie jetzt haben, in die Debatte und machen das Beste daraus. Ich empfehle Ihnen also, weder den einen noch den anderen Ordnungsantrag anzunehmen.

Steiner Rudolf (RL, SO): Klima, Umwelt, Energie – das sind Themen, die auch für unser Land von wesentlicher Bedeutung sind, Themen, die eine vertiefte Diskussion verdienen. Entsprechend hat die FDP-Fraktion seinerzeit der dringlichen Debatte von heute Nachmittag zugestimmt. Die Organisation und die Spielregeln sind seit zwei Wochen bekannt. Wir haben keine Veranlassung, diese Spielregeln jetzt in letzter Minute zu ändern.

Wir bitten Sie, beide Ordnungsanträge – jenen für eine Verkürzung der Debatte sowie jenen für die Verlängerung der Redezeit für die eine Fraktion – abzulehnen.

Häberli-Koller Brigitte (C, TG): Ich bin erstaunt über diese Anträge, die jetzt kurz vor der eigentlichen Debatte noch eingereicht werden. Das Büro hat diskutiert und hat beschlossen, anstelle einer von der SP gewünschten Sondersession eine organisierte Debatte zu veranstalten, damit dieses wichtige Thema die notwendige Aufmerksamkeit bekommt und wir hier zusammen auch ältere Vorstösse – also nicht nur dringliche Interpellationen, sondern auch längst pendente Vorstösse – abbauen können. Ich bitte Sie, beide Ordnungsanträge, sei es auf Ausdehnung oder Verkürzung der Debatte, abzulehnen.

Noch eine Bemerkung: Bei der BFI-Vorlage haben wir das gleiche Vorgehen gewählt. Dort waren andere Parteien betroffen, die viele Vorstösse eingebracht hatten und vielleicht keine lange Redezeit hatten. Wir haben das im Büro eingehend beraten haben, und ich glaube, es ist ein guter Kompromiss, an dem wir nun wirklich festhalten sollten.

Teuscher Franziska (G, BE): Frau Häberli, es ist eine Frage, die ich auch Ihnen stellen kann – ich wollte sie vorhin an den Vertreter der FDP-Fraktion richten. Wir haben Spielregeln, das ist richtig, und die Grünen halten sich auch an diese. Aber finden Sie es gerecht, wenn man heute Nachmittag die

Debatte zu den Vorstössen zur Klima- und Energiepolitik, die als Sonderdebatte konzipiert ist, und die Debatte über die dringlichen Interpellationen, die normalerweise einen halben Tag umfasst, zusammenlegt? Finden Sie das gerecht?

Häberli-Koller Brigitte (C, TG): Das finde ich so richtig. Wir konnten dies im Büro besprechen. Auch Ihre Fraktion ist im Büro vertreten; da müssen Sie mit Ihren eigenen Leuten sprechen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir stimmen zuerst über den Ordnungsantrag der grünen Fraktion ab, die Redezeit für die Sprecher der grünen Fraktion sei zu verdoppeln.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag der grünen Fraktion 62 Stimmen
Dagegen 105 Stimmen

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir stimmen nun über den Ordnungsantrag Amstutz ab, die Redezeit sei generell um einen Viertel zu kürzen und auf maximal 180 Minuten zu begrenzen.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag Amstutz 43 Stimmen
Dagegen 131 Stimmen

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Damit wird die Debatte heute Nachmittag wie geplant durchgeführt.

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Art. 49

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 2, 4–7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

....

a. Streichen

....

Abs. 8

Der Bundesrat, in Zusammenarbeit mit den Kantonen, ordnet schweizweit Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität zwischen Spitälern an und veröffentlicht diese. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern.

Antrag der Minderheit

(Teuscher, Fasel)

Abs. 1

.... günstig erbringen. Sie decken für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patientin oder Patient oder je Versicherungsgruppe in der allgemeinen Abteilung.

Abs. 3

Die Vergütungen nach Absatz 1 enthalten die zur Leistungserbringung notwendigen Investitionskosten. Sie dürfen keine Kostenanteile für die Forschung und universitäre Lehre enthalten. Anrechenbar sind nur Investitionskosten, denen der Kanton vorgängig zugestimmt hat. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Bereiche als gemeinwirtschaftliche Leistungen separat finanzieren.

Abs. 4, 5

Unverändert

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Abs. 1bis

Über die Investitionen in Spitälern gemäss Artikel 39 Absatz 1 entscheiden die Kantone. Sie sind nicht Bestandteil der Pauschalen.

Antrag Goll**Abs. 1**

.... gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Fallkostenpauschalen sind so festzulegen, dass die geltenden arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. Die Vertragsparteien

Antrag Heim Bea**Abs. 1**

.... die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und Qualitätsnachweisen. Die Vertragsparteien die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in nachweislich guter Qualität effizient und günstig erbringen.

Art. 49**Proposition de la majorité****Al. 1, 2, 4–7**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

....

a. Biffer

....

Al. 8

En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle de la Suisse à des comparaisons entre hôpitaux – qu'il publie par la suite – en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

Proposition de la minorité

(Teuscher, Fasel)

Al. 1

.... et avantageuse. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune.

Al. 3

Les rémunérations selon l'alinéa 1 tiennent compte des charges d'investissement nécessaires. Elles ne devront pas comprendre des parts de financement de la recherche et de

l'enseignement universitaire. Ne sont imputables que les charges d'investissement que le canton a approuvées au préalable. Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres domaines en tant que prestations d'intérêt général.

Al. 4, 5

Inchangé

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Al. 1bis

Les cantons prennent les décisions en ce qui concerne les investissements dans les hôpitaux au sens de l'article 39 alinéa 1. Ces investissements ne font pas partie des forfaits.

Proposition Goll**Al. 1**

.... pour l'ensemble de la Suisse. Les forfaits sont fixés de telle sorte que les dispositions du droit du travail puissent être respectées. Les partenaires à

Proposition Heim Bea**Al. 1**

.... Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures et des certificats de qualité uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, avec un certificat de qualité conforme, de manière efficiente et avantageuse.

Heim Bea (S, SO): Ein zentraler Punkt der Vorlage zur Spitalfinanzierung ist die flächendeckende Einführung der pauschalen Leistungsabgeltung. Eingriffe sollen nach schweizweit vergleichbaren Fallpauschalen abgerechnet werden. Man erhofft sich davon mehr Transparenz und mehr Kosteneffizienz, indem die Behandlungsabläufe gestrafft und innerbetriebliche Prozesse optimiert werden und indem alles auf das medizinisch Notwendige reduziert wird. So steht es in Artikel 49 Absatz 1; es geht um eine Reduktion auf die medizinisch notwendige Qualität.

Wer aber definiert in Zukunft, was die notwendige Qualität ist? Laufen wir nicht Gefahr, dass die Spareffekte zulasten der Patientinnen und Patienten gehen? Laufen wir nicht Gefahr, dass ohne flankierende Rahmenbedingungen der steigende Kostendruck zu unterschiedlicher Behandlungsqualität führt, z. B. je nach Alter, je nach Krankheitsrisiko oder gar je nach gesellschaftlicher Stellung? Laufen wir nicht Gefahr, dass die Politik dies, wenn überhaupt, erst im Nachhinein realisiert? Pflegende warnen, aus Erfahrung und zu Recht, vor «Drehtürenpatienten» und «blutigen» Entlassungen. Sie warnen vor den negativen Konsequenzen für Chronisch-krankte und für ältere Menschen. Wir alle hier wollen doch ein gutes Gesundheitswesen, das die Heilung der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellt und weder Risikoselektion noch Billigmedizin zum Ziel hat.

Erstens muss die neue Vergleichbarkeit der Spitalbehandlungen primär im Interesse der medizinischen Bedürfnisse der Kranken stehen, zweitens muss sie, im Interesse der Schweiz als Gesundheitsland, in einen Wettbewerb um Behandlungserfolge, in einen Wettbewerb um die beste Behandlungsqualität münden. Die Erfahrung zeigt, und der Bundesrat ist sich dessen durchaus bewusst, dass Pauschalabgeltungen auch als Anreize zur Verringerung der Versorgungs- und Behandlungsqualität wirken können. Untersuchungen, unter anderem auch eine Untersuchung von Doktor Peter Indra, Vizedirektor des BAG, bestätigen zudem die Gefahr der Risikoselektion. Indra warnt vor der Gefahr, dass Leistungserbringer sogenannte schlechte Risiken unterversorgen oder an andere weiterleiten. Sorgen wir also für eine gute Behandlung aller Kranken in diesem Land. Es darf nicht sein, dass unter dem Druck der Kostenminimierung Menschen mit schweren Krankheiten unterbehandelt oder abgeschoben werden. Noch kennt die Schweiz keine Mindeststandards bei der Behandlungs- und Versorgungsqualität. Darum braucht es wenigstens eine klare Botschaft

der Politik: Wir wollen in unseren Spitälern eine gute Gesundheitsversorgung aller Kranken, wir wollen Qualität, und zwar nachweislich gute Qualität.

Pauschalen sollen nicht nur auf einheitlichen Strukturen, sondern auch auf einheitlichen Qualitätsnachweisen beruhen. Das heisst, auch in der Grundversicherung ist die Leistung nicht nur effizient und günstig zu erbringen, sondern in nachweislich guter Qualität. Ich bitte Sie darum, dies so ins Gesetz zu schreiben und den Begriff der notwendigen Qualität, wie er jetzt im Gesetzentwurf steht, so zu ersetzen, dass es heisst, die obligatorisch versicherte Leistung sei effizient, günstig und in nachweislich guter Qualität zu erbringen.

S'agissant de la traduction française, je précise que ma proposition n'exige pas «des certificats de qualité», parce que cela n'existe pas. Ma proposition exige «la preuve de la qualité».

Goll Christine (S, ZH): Was verlange ich mit meinem Einzelantrag? Fallkostenpauschalen müssen so bemessen werden, dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. Bereits heute ist es so, dass das Arbeitsgesetz in den Spitälern massiv verletzt wird. Das zeigt auch eine Analyse des Seco vom November 2005. In dieser Studie wurden 10 Spitäler in der Schweiz untersucht; hier nur einige Beispiele aus dieser Analyse: In 6 dieser Betriebe kommt es immer wieder vor, dass die Beschäftigten zwischen 80 und 100 Stunden in der Woche arbeiten müssen. In 4 der 10 Betriebe wird von den Angestellten zudem regelmässig verlangt, dass sie 11 oder mehr Tage hintereinander arbeiten. Ein Extremfall ist das Beispiel von 31 Arbeitstagen am Stück, ohne einen einzigen freien Tag. Das sind unhaltbare Zustände in den Schweizer Spitälern. Das hat natürlich nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitsverhältnisse des Spitalpersonals, sondern auch auf die Qualität der Leistungen und auf die Situation der Patienten und Patientinnen. Diese sind in solchen Fällen akut gefährdet.

Es besteht die Gefahr, dass nun bei der Bemessung der DRG vom Status quo ausgegangen wird. Genau damit ist der Kostendruck so gross, dass Arbeitgeber weiterhin sagen können, es sei unmöglich, das Arbeitsgesetz einzuhalten und umzusetzen. Fallkostenpauschalen sollen Leistungen vergleichbar machen, DRG dienen also dem Benchmarking. Die Besten – natürlich immer nur unter den finanziellen Aspekten betrachtet – sollen zum Sollwert werden. Diejenigen Spitäler, die das Arbeitsgesetz nicht einhalten, profitieren und werden damit zum Sollwert. Es braucht deshalb klare Vorgaben, wenn diese DRG bemessen werden sollen.

Die drei wichtigsten Gründe für meinen Antrag:

1. Es braucht gerechte Arbeits- und Lohnbedingungen für das Personal, und zwar nicht nur zugunsten der Arbeitnehmenden in den Spitälern, sondern eben auch im Interesse der Qualität und im Interesse der Patienten und Patientinnen. Heute ist es bereits so, dass Gesamtarbeitsverträge in Gefahr sind. Ein Beispiel aus dem Kanton Bern: In den Lohnverhandlungen im Kanton Bern haben die Arbeitgeber aufgrund der neuen Finanzierung schon in diesem Jahr behauptet, sie hätten zum Teil keinen Spielraum für Lohnerhöhungen und Teuerungsausgleich. Der Druck auf das Personal wird erhöht, wenn die Löhne des ungelerten Personals als Grundlage für die Berechnung der Fallkostenpauschalen genommen werden.

2. Es muss gewährleistet sein, dass keine Unterversorgung für die Patienten und Patientinnen entsteht. Die Einführung von Fallkostenpauschalen ohne klare Kriterien kann zur Folge haben, dass der Kostendruck dazu führt, Patienten und Patientinnen früher aus den Spitälern zu entlassen. Das stellt den Heilungsprozess infrage, erhöht die Kosten, wenn erneute Hospitalisierungen nötig werden, und kann auch zu lebensbedrohenden Situationen führen.

3. Es muss verhindert werden, dass sich negative Auswirkungen für die nachgelagerten Bereiche ergeben. Damit spreche ich vor allem die geplante Neuregelung der Pflegefinanzierung an. Wie wird die Koordination zwischen den Spitälern, den Hausärzten und -ärztinnen, Heimen und Pflege-

diensten sichergestellt? Wie werden nach einem Spitalaufenthalt anfallende Kosten gedeckt, und was hat das für die Patienten und Patientinnen zur Folge? Es geht nicht an, dass in den Spitälern ein neues Finanzierungssystem eingeführt wird, ohne dass die Auswirkungen auf die nachgelagerten Bereiche, auf das Personal und die Patienten und Patientinnen, berücksichtigt werden.

Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Hier geht es um die Frage, ob die Investitionskosten in die Fallkostenpauschale integriert werden sollen und wie sie allenfalls integriert werden sollen. Dass sich die Verwaltung und die Direktbeteiligten an dieser Frage noch die Zähne ausbeissen werden, zeigt der entsprechende Bericht des Bundesamtes für Gesundheit. Dort wurde beispielsweise in einer kleinen Umfrage festgestellt, dass die Anlagebuchhaltungen, die in Spitälern teilweise bereits gemacht werden, heute eine äusserst unterschiedliche Ausprägung haben und auf einem äusserst unterschiedlichen Stand sind. Die eine Herausforderung, die gemeistert werden muss, besteht also darin, dass die Anlagebuchhaltungen überhaupt einigermaßen vergleichbar werden.

Die andere Herausforderung ist die, dass die Kantone bezüglich ihrer Investitionen in sehr unterschiedlichen Situationen sind: Kleine Kantone mögen einmal alle 25 Jahre eine grosse Investition getätigt haben. Ob die Inkraftsetzung gerade während oder kurz vor der Tätigkeit einer solchen Investition erfolgen wird, wird sehr grosse Auswirkungen auf die Berechnung der Grunddaten haben. Damit stellt sich die Frage der Feststellung und der Bewertung dieser Investitionen.

Nebst dieser eher technischen gibt es natürlich auch die politische Seite: Über Investitionen wird die Versorgungsdichte und teilweise auch die Versorgungsqualität gesteuert, heute in der Regel demokratisch über Volksabstimmungen im Bereich Spitalinvestitionen. Zusammengefasst zeigt das, dass das Miteinbeziehen der Investitionskosten bei der Einführung der Fallkostenpauschale zu einem echten Stolperstein werden könnte.

Ich komme nochmals zum Aspekt, dass über Investitionen auch die Versorgungsstruktur gesteuert wird: Wir wissen und sehen, dass private Spitäler heute meist in lukrative Spezialitäten und Abteilungen mit einer hohen Standardisierung investieren, wo Eingriffe standardisiert und damit effizienter und kostengünstiger erbracht werden können. Diese Investitionen sollen sie sich anschliessend über Fallkostenpauschalen refinanzieren lassen können. Die öffentlichen Spitäler, die sich eben nicht spezialisieren können, sondern alle Fälle behandeln müssen und weniger standardisierte Abläufe haben werden, werden durch diese Vergleichszahlen und die doch etwas eingeschränkte Sicht der Privatspitäler unter Druck gesetzt. Das führt dazu, dass öffentliche und private Spitäler keine gleich langen Spiesse haben. Wir sind der Ansicht, dass die Privatspitäler hier erneut in einer besseren Situation sind, dass sie Rosinen picken können, bei der Abrechnung dann aber auf die gleichen Leistungen kommen wie die öffentlichen Spitäler.

Wir beantragen Ihnen deshalb, in diesem ersten Schritt die Investitionskosten nicht in die Fallkostenpauschale aufzunehmen, einerseits, weil wir damit einen Demokratieverlust erleiden würden, andererseits, weil die Kantone damit einen Steuerungsverlust erleiden würden. Es würde zu einer Benachteiligung der öffentlichen Spitäler führen, also jener Spitäler, die nicht Rosinen picken können, und es könnte zu einem Stolperstein bei der Einführung der Fallkostenpauschale werden.

Marti Werner (S, GL): Im Namen der SP-Fraktion beantrage ich Ihnen, die Anträge Heim und Goll sowie den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline zu unterstützen. Insbesondere der Antrag Goll erhöht die Akzeptanz von Kostenpauschalen. Ich denke, das ist beim Systemwechsel, den man hier vornimmt, doch von erheblicher Bedeutung.

Ich äussere mich aber speziell zum Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline und beantrage Ihnen, ihm zuzustimmen.

Hier wird einer der wichtigsten Schritte getan, die es bei der Spitalfinanzierung im KVG zu tun gilt. Herr Bundesrat Couchepin, Sie haben ja gesagt, die Kosten würden in den kommenden Jahren nicht mehr als 2 Prozent ansteigen, sofern das Parlament keine Dummheiten beschliesse. Hier haben wir keinen Beschluss des Parlamentes, sondern auch einen Entwurf des Bundesrates. Ich behaupte – und werde es Ihnen nach der Einführung auch beweisen können –, dass dieser Systemwechsel massiv kostentreibend ist und durch den Verteilschlüssel nicht aufgefangen wird, dies allein wegen der Übergangsproblematik, die wir hier haben. Denn was passiert? Die Anlagekosten, die ja schon einmal über Subventionen finanziert worden sind, werden nun teilweise über Krankenkassenprämien amortisiert und verzinst und somit wieder finanziert. Es werden also Kosten, die schon einmal subventioniert worden sind, nochmals in Rechnung gestellt. Abgesehen von den technischen Problemen, die sich bei der Festlegung der Investitionskosten bzw. ihrer Abgeltung stellen, werden derart grosse Ermessensspielräume offengelassen, dass dies einen entsprechenden Kostendruck und eine Verteuerung zur Folge haben wird. Das ist ein erstes Argument, das mich dazu bewegt, den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline zu unterstützen.

Das Zweite ist aber das Rollenspiel zwischen öffentlichen und privaten Spitälern. Unter dem Titel gleich langer Spiesse wollen ja die Privatspitäler auch bei den Investitionen an den Subventionstopf gelangen und sich diesbezüglich über das KVG finanzieren lassen. Formal kann nicht einfach widerlegt werden, dass man hier gleich lange Spiesse schafft; faktisch wird es aber zu Ungleichheiten zulasten der öffentlichen Spitäler führen, denn sie können im Investitionsbereich nicht so agieren, wie das die Privatspitäler machen. Frau Fehr hat Ihnen aufgezeigt, dass die Privatspitäler in den lukrativen Bereichen investieren werden, weil sie dort ihre Interessen haben. Ein ganz grosser Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitälern besteht noch darin, dass die Privatspitäler – insbesondere im Investitionsbereich – viel schneller sind. Sie haben viel schneller entschieden, was sie machen wollen, während man bei den öffentlichen Spitälern einen langen demokratischen Meinungsbildungsprozess durchlaufen und dann die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen muss, bis schliesslich die entsprechende Investition getätigt werden kann.

Wenn Sie den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline ablehnen und an Ihrem Konzept festhalten, wird das zur Folge haben, dass wir auf der einen Seite eine Ursache für einen weiteren Kostendruck schaffen und auf der anderen Seite die öffentlichen Spitäler, die die Stütze und das Grundnetz unserer Gesundheitsversorgung sind, benachteiligen. Sie werden benachteiligt; ihre Spiesse werden nicht gleich lang sein wie diejenigen der Privatspitäler.

Teuscher Franziska (G, BE): Bei diesem Artikel geht es darum, welche Kostenanteile bei den Vergütungen an die Spitäler mit einbezogen werden. Im Namen meiner Minderheit beantrage ich Ihnen, dass auch die Investitionskosten mit eingerechnet werden, welche nötig sind, um die Leistungen zu erbringen.

Um zu verhindern, dass die Spitäler dann übertrieben investieren und dass die Kosten ins Unermessliche wachsen, haben wir den Zusatz hineingeschrieben, dass nur Investitionskosten mitfinanziert werden, welchen der Kanton vorgängig zugestimmt hat. Das verhindert auch die Gefahr, die Kollege Marti vorhin angesprochen hat, dass private Spitäler mehr und schneller investieren und dass die Kantone dann diese Kosten übernehmen müssen. In unserem Konzept werden Investitionskosten bei der Abgeltung nur mit einbezogen, wenn die Kantone vorgängig zugestimmt haben. Diese Schranke ist wichtig.

Warum müssen aber aus Sicht der Minderheit die Investitionskosten bei den Abgeltungen für die Spitäler mitberücksichtigt werden? Die Minderheit will Transparenz; wir haben gesagt, dass Transparenz bei den Fallpauschalen wichtig ist. Deshalb sind wir davon überzeugt: Um Fallpauschalen überhaupt miteinander vergleichen zu können, braucht es die In-

tegration der Investitionskosten. Man muss bei den Investitionskosten, gleich wie bei den Leistungen, eine Referenz definieren, auf die man sich dann bei der Abgeltung beziehen kann. Für die Grünen ist in dieser Frage eben die Transparenz wichtig, damit die Spitäler eine gute Planung machen können und damit die Kantone dann nur abgelten müssen, was auch gerechtfertigt ist. Aber für volle Transparenz ist aus unserer Sicht die Integration der Investitionen nötig.

Zu diesem Kapitel schreibt der Bundesrat in seiner Botschaft: «Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden – dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht.» Wir möchten diesen Grundsatz aufnehmen, damit Fallpauschalen überall in der Schweiz miteinander verglichen werden können.

Deshalb beantrage ich Ihnen auch im Namen der grünen Fraktion, meiner Minderheit zuzustimmen.

Robbiani Meinrado (C, TI): Il s'agit ici visiblement d'un des éléments clés de cette révision, outre la planification dont on a discuté à l'article 39 et la répartition entre assureurs et cantons que l'on abordera bientôt.

Il s'agit en particulier de l'introduction des forfaits par cas, ce qui traduit un changement significatif par rapport au système actuel, dans le sens où l'on passe d'un système de couverture des coûts à un système de couverture des prestations. Evidemment, il faut poser les conditions préalables, afin que le système puisse fonctionner au mieux. Une de ces conditions est que le système puisse se baser sur des structures homogènes, uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Ceci est d'ailleurs développé dans l'article.

Une autre condition est nécessaire si l'on veut construire un système cohérent. Il faut faire en sorte que les ingrédients qui entrent dans ce système soient homogènes – d'où la nécessité d'y intégrer aussi les investissements. Il est vrai que des problèmes de caractère technique doivent être résolus, mais il faut réaffirmer le principe de l'intégration des investissements. Sans cette intégration, on ne peut pas comparer les différents établissements et le principe de la concurrence que l'on désire introduire par cette révision se trouverait certainement affaibli.

Il y a tout de même une considération qu'il faut ajouter. L'augmentation de la concurrence ne doit toutefois compromettre d'aucune manière le niveau de la qualité des prestations. Il est juste et souhaitable que la concurrence joue, mais elle doit jouer sur les coûts à qualité équivalente: le texte de cet article le dit expressément. La proposition Heim souligne encore plus cet élément qui est tout de même déjà présent dans la formulation actuelle.

C'est la raison pour laquelle le groupe démocrate-chrétien va suivre la proposition de la commission dont la formulation répond davantage aux considérations mentionnées.

Enfin, concernant la proposition de la minorité Teuscher à l'alinéa 3, les prestations d'intérêt général qui ne sont pas prises en considération dans la rémunération, le groupe démocrate-chrétien est là aussi favorable à la proposition de la majorité, considérant que les raisons de politique régionale doivent aussi figurer dans la liste énoncée à l'alinéa 3.

Je vous invite donc à suivre la proposition de la majorité de la commission.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Hier geht es in der Tat um ein Schlüsselement dieser Vorlage: Es geht um die Finanzierung in der Zukunft, um die Tätigkeit, die durch einen kosten deckenden Beitrag pro Fall abgerechnet wird. Das ist ein Schlüsselement, und man sollte das Konzept, das hier vorgeschlagen wird, nun nicht sozusagen wieder in das Gegenteil verkehren. Das tun die Minderheitsanträge.

Nachdem man bei Artikel 39b versucht hat, mit einem Bedürfnisnachweis, mit kantonalen Bewilligungen das System doch wieder eher in Richtung planerischer Akzente zu verschieben, und dort unterlegen ist, versucht man es hier über eine Kontrolle der Investitionen – sei es im Minderheitsan-

trag zu Absatz 1bis oder im Minderheitsantrag zu Absatz 3. Die Investitionen sollen aber in diesem System Teil der entsprechenden kostendeckenden Beiträge sein. Das System wird, wie gesagt, in der Zukunft eher über Qualität und Effizienz gesteuert und nicht primär über kantonale, spezielle planerische Massnahmen. Die Investitionskontrolle in allen Spitälern auf der Liste wäre ganz sicher eine solche Massnahme. Die Investitionen nicht in die Pauschalen einzubeziehen wäre systemwidrig. Das gehört zum DRG-System, das ist keine Frage. Also ist auch das sozusagen nur ein sekundärer Versuch, die Fallpauschalen auszuhöhlen, dem wir nicht zustimmen können. Bezüglich der Minderheitsanträge auf der Fahne bitten wir Sie also klar, bei der Mehrheit zu bleiben, die neue Finanzierungsform mit kostendeckendem Beitrag entsprechend zu verankern und die Minderheitsanträge abzulehnen.

Es gibt daneben zwei zusätzliche Einzelanträge. Ich glaube, der Einzelantrag von Frau Goll ist hier sicher abzulehnen. Die Strukturen dieser Fallpauschalen können nicht Anlass sein, um arbeitsrechtliche Bestimmungen aufzunehmen. Zum Einzelantrag von Frau Heim wäre einfach die Frage zu stellen – das ist mir nicht ganz klar –, ob der erste Teil, nämlich dass diese Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und Qualitätsnachweisen beruhen müssen, die Einführung der DRG-Pauschalen nicht doch um zwei, drei Jahre nach hinten verschiebt, weil ja die Qualitätsnachweise zuerst da sein müssten. Unseres Erachtens sind die Fallkostenpauschalen und die entsprechenden Diagnosen Grundlage für die Qualitätsnachweise mit Ergebnisqualität, die ja anschliessend kommen müssen. Der zweite Teil, dass die Leistungen in nachweislich guter Qualität erbracht werden müssen, ist aus meiner Sicht durchaus akzeptabel. Ich bitte aber vielleicht die Kommissionssprecher oder den Bundesrat, hier Klärung zu schaffen, ob die Vermutung berechtigt ist, dass das Ganze nach hinten verschoben wird, oder ob ich das falsch sehe.

Jedenfalls sind die Minderheitsanträge auf der Fahne in der Fraktion diskutiert worden. Wir bitten Sie, diese sehr klar abzulehnen und mit der Mehrheit zu stimmen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Für mich war der Antrag Heim Bea, der mich etwas verwirrt hat, der Anlass, mich hier zu melden. Wie vorhin schon Herr Gutzwiller erwähnt hat, ist dieser Antrag an sich sehr sympathisch, aber meiner Meinung nach beruht er auf der Fehlüberlegung, dass die Forderung nach Qualitätsnachweisen dann zu einer Verzögerung der Einführung der Fallpauschalen führt. Das wäre natürlich nicht der Sinn des Verfahrens, wenn es denn tatsächlich so wäre. Ansonsten könnte man nämlich diesem Antrag die Zustimmung geben. Aber meine Befürchtung ist, dass die Einführung der Fallpauschalen dadurch um Jahre verzögert würde, und das wäre nicht im Sinne der Effizienz dieser Vorlage. Darum komme ich zum Schluss, dass ich sicherheitsshalber den Antrag Heim Bea ablehne.

Zu den übrigen Einzel- und Minderheitsanträgen kann ich mich kurz fassen, Herr Gutzwiller hat das Wesentliche gesagt. Arbeitsrechtliche Bedingungen gehören nicht in dieses Gesetz. Zur Frage des Einbezugs der Investitionen: Das ist natürlich tatsächlich eine wichtige Frage. Wenn wir das Gesundheitswesen einer betriebswirtschaftlich normalen Handhabung angleichen wollen, dann ist doch völlig klar, dass man alle Investitionen in diese Pauschalen einbeziehen muss. Nur das schafft tatsächlich transparente Betriebsvergleiche. Ansonsten werden diese zur Farce, und sie werden wiederum verzerrt. Man muss im Gesundheitswesen die Betriebswirtschaft nicht neu erfinden; sie besteht schon. Man muss im Gesundheitswesen dafür besorgt sein, dass die Erfahrungen der Betriebswirtschaft dort in gleicher Art und Weise einfließen, wie sie für die übrigen Branchen normalerweise angewendet werden.

So gesehen sind die Minderheitsanträge Teuscher und Fehr Jacqueline abzulehnen.

Heim Bea (S, SO): Sie haben es gehört: Die Befürchtung sowohl von Herrn Bortoluzzi als auch von seinem Vorredner ist

die Verzögerung der Fallpauschale wegen der Qualitätssicherung. Der Bundesrat hat von Ihnen den Auftrag, in der Qualitätssicherung vorwärtszumachen. Die Befürchtungen, die Sie haben, entsprechen einem momentanen Trend. Wir müssen hier Druck machen.

Trotzdem, weil mir die Qualität derart wichtig ist und weil ich formal nicht mehr die Möglichkeit habe, den ersten Teil des Satzes zurückzuziehen, ziehe ich den ganzen Antrag zurück, nicht das Anliegen. Wir werden es im Ständerat deponieren.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Der Antrag Heim ist zurückgezogen worden.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Heim Bea a retiré sa proposition avec beaucoup d'élégance. Elle a raison de maintenir la pression, car nous sommes d'avis qu'il faut absolument développer des critères de qualité. Cela dit, ce n'est pas si simple, dans un domaine aussi sensible que celui de la santé. Il ne suffit pas d'indiquer simplement le nombre de décès après les opérations pour que les gens puissent choisir leur hôpital; il faut des critères un peu plus fins que ceux-là. Par conséquent, ça prend un peu plus de temps. D'ailleurs, si besoin est, je souhaite que vous choisissiez le bon hôpital!

Ensuite, en ce qui concerne la proposition Goll, tout a été dit. Vouloir imposer des normes à respecter dans le contrat de travail par le biais de l'introduction des DRG part certainement d'une bonne intention d'un point de vue syndicaliste, mais c'est quand même un petit peu compliqué et un petit peu éloigné des réalités. Je comprends qu'on puisse vouloir cela, mais je comprendrais mal que cette proposition trouve une majorité. En tout cas, le Conseil fédéral ne la soutient pas, non pas qu'il ne veuille pas des conditions sociales tout à fait convenables et correctes, mais parce que je ne pense pas qu'il faille modifier la loi à cet endroit afin de tenir compte de cette préoccupation. Elle existe, certes, et l'on doit l'envisager, mais elle ne doit pas être mêlée aux DRG.

En ce qui concerne la proposition de la minorité Fehr Jacqueline, malgré toutes les explications données, elle va à mon sens à l'encontre du système DRG qui comprend tous les coûts, y compris les coûts d'investissement. Par conséquent, ils doivent être mis dans les coûts de départ. Il est vrai qu'il y a des problèmes de transition – comment, par exemple, tient-on compte d'investissements déjà partiellement amortis? –, mais ils doivent être résolus dans le cadre des DRG. Si on sort de cette logique, on donne un avantage considérable à certains acteurs du marché, et c'est le contraire de ce qu'on a cherché à faire durant tous ces travaux. C'est la raison pour laquelle je vous recommande de suivre la majorité de la commission, non pas en toute circonstance, mais dans ces circonstances.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Vorerst noch eine Bemerkung zum zurückgezogenen Antrag Heim Bea. Die Kommission setzt sich gute Qualität, Transparenz in Qualitätsfragen und Qualitätsvergleiche zum Ziel; ich verweise einfach auf die entsprechenden Artikel. In Artikel 22a werden medizinische Qualitätsindikatoren gefordert. Wir haben in Artikel 49 Absatz 1 einen Hinweis auf die Qualität, und in Artikel 49 Absatz 8 verlangen wir, dass die medizinische Ergebnisqualität zwischen den Spitälern aufgezeigt bzw. transparent gemacht wird. Insofern ist diesem Anliegen mit der Fassung der Kommission Rechnung getragen.

Der Antrag Goll wurde in der Kommission nicht behandelt. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wir gerechte Lohnbedingungen nicht mit dem Krankenversicherungsgesetz schaffen, sondern dass das eine Frage der Sozialpartner ist und dass die Personalkosten auch heute schon in den Fallpauschalen einberechnet sind.

Ich bitte Sie, bei Artikel 49 Absätze 2 und 3 der Kommissionenmehrheit zu folgen. Es ist eine Frage des Konzepts. Die Kommissionsmehrheit will, dass Investitionen in den Fallpauschalen einberechnet sind und dass Kostenvergleiche auf der Grundlage der Vollkosten angestellt werden können.

Dass es keine einfache Sache ist, die Investitionskosten zu kapitalisieren, das wissen wir. Deshalb hat der Bundesrat den Auftrag, hiezu Bestimmungen zu erlassen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass das heute in Privatkliniken auf den Spitalisten schon der Fall ist. Privatkliniken, die auf den kantonalen Spitalisten figurieren, verrechnen ihre vollen Kosten inklusive Investitionen zulasten der Krankenversicherer; das muss also heute schon bezahlt werden. Es ist deshalb eine Frage der Systemgerechtigkeit, dass alle Patienten in den Spitälern, die auf den Spitalisten aufgeführt sind, gleiche Bedingungen haben und gleichermaßen von der öffentlichen Hand, von den Kantonen und von den Versicherern mitfinanziert werden.

In diesem Sinne bitte ich Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Abs. 1 – Al. 1

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Teuscher zu Absatz 1 wurde zurückgezogen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 85 Stimmen

Für den Antrag Goll 73 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 59 Stimmen

Dagegen 104 Stimmen

Abs. 3–5 – Al. 3–5

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 99 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 68 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 49a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... 55 Prozent. (Rest streichen)

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul)

Abs. 2

.... 60 Prozent. (Rest streichen)

Antrag der Minderheit II

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Miesch, Scherer, Stahl)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Guisan, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Abs. 3

.... zwischen Spital und Kanton vereinbart. Die Rechnungsstellung

Antrag der Minderheit

(Humbel Näf, Borer, Bortoluzzi, Guisan, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer)

Abs. 4

Mit Spitälern, welche gemäss Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen oder keinen Leistungsauftrag haben, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein

Art. 49a

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... à 55 pour cent au moins. (Biffer le reste)

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Biffer

Proposition de la minorité I

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul)

Al. 2

.... à 60 pour cent au moins. (Biffer le reste)

Proposition de la minorité II

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Miesch, Scherer, Stahl)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Guisan, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Al. 3

.... sont convenues entre l'hôpital et le canton. La facturation

Proposition de la minorité

(Humbel Näf, Borer, Bortoluzzi, Guisan, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer)

Al. 4

Les assureurs peuvent conclure, avec les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière ou qui n'ont pas de mandat de prestations au sens de l'article 39, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée

Abs. 2 – Al. 2

Rossini Stéphane (S, VS): C'est une des clés de cette loi qui est discutée maintenant, à savoir la part des coûts d'hospitalisation qui sera financée par les cantons. Si c'est une des clés de la loi, cela en est aussi une en matière de solidarité dans le fonctionnement du système de santé. A cet égard, l'Organisation mondiale de la santé est assez claire. Dans son rapport qui compare les différents systèmes de santé, l'OMS nous montre que, si en matière de qualité la Suisse se trouve en tête des différents pays, en termes de solidarité elle se trouve entre le 38e et le 40e rang, ce qui montre que nous avons ici encore une marge de manoeuvre relativement importante.

Si cette question n'est peut-être pas un sujet fondamental pour celles et ceux qui aspirent à une concurrence totale, également sur les prix, pour nous, c'est une préoccupation fondamentale parce qu'on doit avoir ici une approche générale entre la pratique à travers les primes et la pratique à travers le financement par les pouvoirs publics.

Le souci des gens, et on l'a entendu très souvent au cours de ces derniers mois, c'est de savoir à combien s'élèvent leurs primes d'assurance-maladie. Pour éviter une pression trop grande sur les primes, que nous considérons toujours

comme antisociales parce que ce sont des primes par tête, il nous paraît important de conserver l'engagement financier des cantons. Si les cantons se désengagent dans le financement hospitalier, la part qui sera payée par les primes devra être augmentée, et cela ne nous paraît pas judicieux.

Pourquoi la minorité propose-t-elle 60 pour cent à la charge des cantons? Tout simplement parce que, d'une manière générale, la moyenne suisse atteint ce chiffre de 60 pour cent, certes avec énormément de variations selon les cantons, notamment en raison des problématiques de transparence qui en ont pénalisé un certain nombre.

Aujourd'hui il s'agit pour nous d'éviter un désengagement des cantons et il s'agit par conséquent de donner un signe très clair sur la nécessité pour les cantons, d'une part, de financer le système et, d'autre part, de le rationaliser. Si les cantons ont une part de financement plus élevée, ils auront l'obligation d'aménager ce système de façon à ce qu'il soit optimal. Le levier financier va avoir des conséquences sur la gestion globale de l'offre de santé, non seulement sur l'offre hospitalière, mais aussi en matière d'établissements médico-sociaux, de soins à domicile, de développement des réseaux de soins. Le principe des réseaux de soins est inscrit dans beaucoup de lois cantonales; dans la pratique, on sait que cela s'avère extrêmement difficile. On le voit d'ailleurs dans les revues d'hospitalisation: dans la problématique des hospitalisations inappropriées émerge très fréquemment la relation avec les autres acteurs du système de santé, les EMS, les soins à domicile notamment. Par conséquent, si les cantons ont un financement plus élevé, ils seront incités à développer ces autres types de prises en charge et à développer un système qui permette au patient d'être au bon endroit au bon moment; ainsi ils pourront utiliser les moyens et les ressources de manière optimale.

Voilà les éléments qui nous poussent à proposer que la part cantonale se monte à 60 pour cent au moins. Ce n'est pas seulement un choix politique arbitraire, c'est aussi un choix qui vise à orienter le système de santé d'une manière générale et cohérente.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Für uns geht es hier ja nicht in erster Linie um die Höhe des Mindestbeitrages der Kantone, sondern um die grundsätzliche Frage, ob es eine feste Grösse sein oder ob es etwas Spielraum geben soll. Ich möchte Ihnen beliebt machen, dem Ständerat zu folgen. Ich glaube, es lohnt sich kaum, hier eine Differenz zu schaffen. Wie gesagt: Die Mehrheit und die Minderheit I (Rossini) beantragen Ihnen einen festen Mindestanteil, der Ständerat hingegen hat für die Beteiligung des Kantons ein Spektrum von 45 bis 60 Prozent beschlossen.

Das Problem dieser Vorlage ist ja nicht in den unterschiedlichen Aufwendungen der Kantone für die Finanzierung zu sehen, sondern es sind Grundlagen zu schaffen, die Betriebsvergleiche ermöglichen, gleich lange Spiesse schaffen usw. Ich meine, man sollte hier nicht zu sehr in die Finanzhoheit der Kantone eingreifen, auch wenn die Übergangsregelung – das ist ja immer auch in Zusammenhang mit Absatz 5 der Übergangsregelung zu sehen – vier Jahre dauert. Es wäre dann also möglich, den Kantonen vier Jahre Zeit zu lassen.

Vergleichen wir mit dem heutigen Artikel 49 Absatz 1: Dieser besagt ja, dass die Kantone mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten zu übernehmen haben. Das ist an sich auch ein fester Anteil, nur liegt der Unterschied darin, dass es Teil des Vertrages ist und dass die vertraglichen Bedingungen bezogen auf den Kostenanteil unterschiedlich sind. Also kann man nicht einfach von einer einheitlichen Ausgangslage sprechen, die nun einfach überführt werde, sondern die Ausgangslage ist uneinheitlich. Mit dem Antrag der Minderheit II belassen Sie den Kantonen die Uneinheitlichkeit bei der Finanzierung. Da nimmt die Vorlage in ihrer Grundausrichtung meines Erachtens keinesfalls Schaden; wir würden hier das Potenzial eines Konfliktes mit den Kantonen beseitigen, der meines Erachtens nicht notwendig ist – diese Bestimmung verbessert die Vorlage in keiner Art und Weise. Es braucht also keine feste Grösse.

Ich bitte Sie also, hier der Minderheit II und damit dem Ständerat zu folgen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt die Minderheit I (Rossini) und subsidiär die Mehrheit, falls die Minderheit Rossini keine Mehrheit findet.

Erstens sind wir für ein klares Modell und nicht für ein Bandbreitenmodell, und zwar aus folgenden Gründen: Beim Bandbreitenmodell stellt sich hauptsächlich das Problem der Schwelle. Wenn man auf die Durchschnittsprämie abstützt, bei der ein Kanton in einem Jahr darüber, in einem anderen darunter ist, hat das sehr grosse Auswirkungen auf die kantonalen Budgets. Deshalb ist die Möglichkeit einer mittel- und langfristigen Planung vonseiten der Kantone sehr erschwert. Es betrifft vor allem jene Kantone, die immer so um die Durchschnittsprämie herum sind.

Zweitens wird die Durchschnittsprämie nicht nur durch die Kostenentwicklung im stationären Bereich beeinflusst, wo die Kantone selber Einfluss nehmen können, sondern auch durch die Ambulatorien, durch den ambulanten Bereich, und durch die Medikamentenpreise. Die Kantone sind also einer Entwicklung ausgesetzt, auf die sie nur sehr bedingt Einfluss nehmen können. Das hat sehr grosse Auswirkungen auf die kantonalen Spitalbudgets, kann zu sehr grossen Schwankungen vom einen zum anderen Jahr führen und ist mit ein Grund, weshalb auch die Kantone mit diesem Modell teilweise grosse Mühe haben. Zu Recht wird es auch vom Bundesrat und von der Verwaltung als schwer umsetzbar beurteilt.

Erschwert wird die Sache noch dadurch, dass wir soeben beschlossen haben, die freie Spitalwahl einzuführen. Dadurch wird es sowieso quasi unmöglich, dieses Bandbreitenmodell umzusetzen. Das zur Frage des Bandbreitenmodells. Weshalb nun aber diese 60 Prozent gemäss Antrag der Minderheit I? Es wurde bereits gesagt: Diese 60 Prozent entsprechen etwa der heutigen durchschnittlichen Belastung, die die Kantone übernehmen, allerdings – das haben wir gesagt – mit grossen Unterschieden. Wenn man aber schaut, wer bisher weniger daran bezahlt, so sieht man, dass es jene Kantone sind, die von ihren finanziellen Möglichkeiten her sehr wohl in der Lage wären, mehr zu bezahlen. Gehen wir unter 60 Prozent, so ist es insgesamt, also in der Gesamtwirkung, eine Entlastung der Kantone und damit eine Mehrbelastung für die Prämienzahlerinnen und -zahler, was wir als nicht richtig erachten.

Deshalb unterstützen wir den Antrag der Minderheit I (Rossini).

Meyer Thérèse (C, FR): Actuellement, vous le savez, l'assurance-maladie obligatoire finance au maximum 50 pour cent des coûts d'exploitation imputables aux hôpitaux. Les coûts restants, ainsi que les coûts d'investissement, sont à la charge des pouvoirs publics. En moyenne, les coûts imputables sont actuellement à hauteur de 58 pour cent pour les pouvoirs publics, le reste étant assumé par l'assurance-maladie. Mais des différences considérables existent entre les cantons.

Selon le nouveau modèle, les traitements stationnaires et les séjours hospitaliers sont indemnisés par des forfaits – nous en avons parlé. Ces forfaits sont liés aux prestations et sont appliqués de manière uniforme dans toute la Suisse. Ils comprennent les coûts d'exploitation et d'investissement, mais pas les prestations d'intérêt général comme les urgences, l'enseignement, la recherche et l'obligation de couvrir tout le territoire, qui peuvent être des obligations politiques.

Le montant des forfaits doit s'aligner sur celui des hôpitaux fournissant des prestations de bonne qualité et à des prix avantageux. Ce sont environ 7,8 milliards de francs qui sont en jeu. Les cantons rémunèrent donc de manière différente les hôpitaux pour les prestations qui sont considérées comme d'intérêt général. Nous avons fait un calcul de la prise en charge des cantons, et la commission s'est finalement décidée, par 8 voix contre 8 et 8 abstentions, avec la voix prépondérante du président, à fixer la part cantonale à 55 pour cent au moins. Une minorité demande 60 pour cent

au moins. L'idée était qu'il ne fallait pas que la participation des cantons baisse pour éviter que les primes de caisses-maladie ne s'envolent.

Notre groupe a réexaminé cette question et à la lumière des chiffres, qui sont parlants, nous nous rendons compte que les cantons qui ont la participation la moins élevée – cela va de 38 pour cent pour le canton de Thurgovie à 73 pour cent pour celui de Genève – ont aussi des primes basses, alors que l'inverse se vérifie aussi pour les cantons qui ont une participation plus haute.

L'introduction du minimum de 55 pour cent pourrait pénaliser les cantons qui ont une bonne politique de la santé, qui ont pu maîtriser les coûts et qui, par leur participation plus importante encore, feraient baisser les primes dans les cantons où elles sont déjà plus basses qu'ailleurs. Ce n'est pas un mal, mais cela pose un problème à ces cantons qui ont fait des efforts.

Nous ne dénisons pas le fait que le nouveau système «Cassis de Dijon», avec la possibilité d'aller se faire soigner dans d'autres cantons, posera quelques problèmes dans ce modèle un peu compliqué du Conseil des Etats et soutenu par la minorité II (Bortoluzzi). Cependant, notre groupe s'est finalement déterminé à soutenir ce modèle – c'est-à-dire la minorité II –, pour ne pas pénaliser les cantons qui ont fait des efforts et qui ont des participations plus basses et aussi des coûts de la santé moins élevés qu'ailleurs, notre but étant toujours d'avoir la meilleure qualité au meilleur prix. En changeant ce paramètre, nous risquerions de démotiver les cantons qui font des efforts pour arriver à cette bonne planification.

Le groupe démocrate-chrétien soutiendra donc la proposition de la minorité II (Bortoluzzi).

Ruey Claude (RL, VD): Je comprends votre raisonnement. Vous venez du canton de Fribourg et vous savez que les coûts de la santé ne sont pas forcément liés à une meilleure politique cantonale en la matière. Est-ce que vous ne pensez pas qu'avec le système que vous préconisez, on favorise les cantons qui sont dans une certaine mesure parasites par rapport aux cantons universitaires qui supportent, eux, le gros des coûts de la santé, du fait qu'ils ont des hôpitaux qui prodiguent des soins aigus et des traitements lourds?

Meyer Thérèse (C, FR): Alors, le nouveau système préconise un financement par cas liés aux prestations; donc toutes les prestations des cantons universitaires – urgences, formation, recherche – seront financées par un autre canal; donc ça ne se justifie pas de réfléchir dans ce sens. Je souhaite, d'un côté, que chaque canton trouve les moyens de financer son hôpital performant. Mais, d'un autre côté, en augmentant la contribution des cantons, on pourrait décourager les cantons d'établir leur planification hospitalière intégrée, qui doit aussi être organisée.

Rossini Stéphane (S, VS): Madame Meyer, selon la version du Conseil des Etats que vous soutenez avec la minorité II (Bortoluzzi), il y a une relation aux primes. Or, la prime peut passer au-dessus ou au-dessous de la moyenne, année après année. Pour 1 franc de plus ou de moins, on aura des répercussions par dizaines de millions de francs sur les investissements. Comment pensez-vous que les cantons pourront gérer cette affaire?

Meyer Thérèse (C, FR): La version du Conseil des Etats, soutenue par la minorité II (Bortoluzzi), demande une participation cantonale d'au moins 60 pour cent. Si la prime est en dessous de la moyenne suisse, elle peut descendre en dessous de ces 60 pour cent, dans une fourchette de 45 à 60 pour cent. Je reconnais que le modèle n'est pas si simple, mais nous avons opté pour ce modèle justement pour quand même encourager les cantons qui ont eu des résultats positifs dans leur gestion de la santé.

Fasel Hugo (G, FR): Es geht hier um die Verteilung der Kosten der Spitäler zwischen den Versicherten und den Kantonen. Aus grüner Sicht gilt es festzuhalten, nachdem wir das Cassis-de-Dijon-Prinzip eingeführt haben, dass damit die ständerätliche Lösung ad acta zu legen ist; sie ist eigentlich auch nicht mehr praktikabel.

Als zweite Bemerkung gilt es zu sagen, dass heute die Planungskompetenz, die wir hier wieder verankert haben, klar bei den Kantonen liegt, dass wir ihnen damit auch sehr viele Steuerungsmöglichkeiten gewähren. Wer aber planen und steuern will, muss auch die Konsequenzen seiner Steuerung wesentlich mittragen; wer mitbeteiligt ist, muss auch mitbetroffen sein. Insofern unterstützt die grüne Fraktion die Minderheit Rossini, die 60 Prozent als Anteil der Kantone verlangt; damit müssen sie auch ihrer eigenen Planungskompetenz finanziell Folge leisten.

Drittes Element: Hier geht es schliesslich um die Höhe der Prämien für die Versicherten. Hier gilt es, wieder einmal daran zu erinnern, dass wir Kopfprämien haben, dass wir Vergünstigungen haben, wie wir alle wissen; nichtsdestotrotz gilt es aber auch wieder einmal, die Möglichkeit zu ergreifen, einen gewissen Beitrag zu einer Beschränkung der Prämien zu leisten. Dies können wir tun, wenn wir bei dieser Entscheidung zur Finanzierung der Spitäler gemäss Minderheit I (Rossini) die Kantone etwas mehr in die Pflicht nehmen. Nicht alle, denn der Vorschlag von 60 Prozent entspricht ja dem gesamtschweizerischen Durchschnitt – insofern auch ein Vorschlag, der realistisch ist und ein gutes Abbild der heute bestehenden schweizerischen Verhältnisse gibt.

Ich danke Ihnen, wenn Sie der Minderheit I (Rossini) zustimmen.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Man muss sicher präzisieren: Hier geht es um das zukünftige System der Abgeltung und den Schlüssel zwischen den Partnern in dieser Abgeltung. Es setzt also voraus, dass landesweite Fallpauschalen funktionieren. In dieser Optik ist es sicher eher hilfreich und eher einfacher, eine Lösung vorzusehen, wie sie die Mehrheit vorschlägt, mit anderen Worten, einen klaren Satz für die beteiligten Kantone und – selbstverständlich – die Versicherer zu haben. Natürlich ist zu vermerken, wie hier schon verschiedentlich hervorgehoben wurde, dass die heute günstigen Kantone dadurch unter Zugzwang geraten. Es gibt einen bestimmten Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik, das kann man nicht verneinen, vor allem dort, wo Überkapazitäten vorhanden sind; solche sollen sicher nicht belohnt werden. Es scheint mir zumindest, dass im Rahmen der Übergangsbestimmungen noch nicht genügend ausgelotet ist, wie die Kantone, die heute sehr günstige Prämiensituationen haben, hier allenfalls in einem moderaten Tempo an ein gesamtschweizerisch finanziertes System herangeführt werden können.

Das sind im Kern die Überlegungen, die auch unsere Fraktion gemacht hat. Sie wird mehrheitlich dem Antrag der Mehrheit zustimmen in der Interessenabwägung zwischen den Kantonen, die heute günstige Prämiensituationen haben, und der Vereinfachung für das zukünftige System. Insgesamt setzen wir den Akzent auf das zukünftige System, auf die Vereinfachung – deshalb sind wir für die Mehrheit –, aber vielleicht sollte man, dies als Gedanke für die weitere Bearbeitung der Vorlage, im Rahmen der Übergangsbestimmungen noch einmal kontrollieren, ob das Tempo der Anpassung hier nicht derart modifiziert werden könnte, dass die günstigen Kantone nicht bestraft werden.

Studer Heiner (E, AG): Obwohl es von den Konsequenzen her eine sehr wichtige Frage ist, geht es hier ja nicht um eine ideologische oder eine generelle regionalpolitische Debatte. Sonst würden ja nicht Vertreterinnen und Vertreter zum Beispiel aus der Westschweiz gegenteilige Positionen vertreten. Man muss sich überlegen, was Sinn macht. Wir haben das Konzept des Ständerates: 60 Prozent und eine Beweglichkeit. Dann wäre eigentlich die Logik, demgegenüber auf die Beweglichkeit zu verzichten, aber dann bei 55 Prozent anzu-

setzen. Deshalb scheint es mir sinnvoll zu sein, hier den Überlegungen der Mehrheit zu folgen, weil man dann klar ein Konzept hat, das im Gegensatz zu demjenigen des Ständerates steht. Nachdem aufgrund der Voten ohnehin nicht zu erwarten ist, dass hier die Minderheit II (Bortoluzzi) siegen wird und damit jede Bereinigung gegenüber dem Ständerat ausgeschlossen ist – ich habe aber Verständnis dafür, dass man auch das unterbreitet –, macht es Sinn, wenn zwei Varianten einander echt gegenüberstehen. Ich beantrage Ihnen damit Zustimmung zur Mehrheit und Ablehnung der Minderheitsanträge.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il s'agit évidemment d'un élément extrêmement important de cette loi. Les cantons doivent-ils payer un pourcentage fixe ou faut-il, comme l'a décidé le Conseil des Etats, une certaine souplesse? En réalité, la décision du Conseil des Etats n'est pas aussi souple qu'elle le paraît puisqu'elle fixe des seuils. Et, comme l'a dit Monsieur Rossini il y a un instant, lorsque le seuil est dépassé, des conséquences importantes s'ensuivent. La solution du Conseil des Etats est compliquée et elle n'est pas si souple que ça, puisqu'à un certain niveau correspond une exigence.

Par conséquent, je crois qu'il faut renoncer à la solution du Conseil des Etats et aller vers une solution avec un pourcentage fixe, ce d'autant plus qu'on a voté ce matin la création d'un espace sanitaire suisse par le biais du principe du «Cassis de Dijon». Une solution comme celle adoptée par le Conseil des Etats renverse la vapeur et rend plus difficile la naissance d'un espace sanitaire suisse.

Monsieur Gutzwiller l'a aussi dit: le problème, si problème il y a et il y en a certainement un pour l'un ou l'autre des cantons, doit être réglé par le biais des dispositions transitoires. Peut-être peut-on prévoir des dispositions transitoires un peu plus longues? Mais enfin, de toute façon, le temps d'arriver au terme des délibérations sur cette loi, de préparer ensuite les ordonnances et de faire la mise en application, il y aura suffisamment d'années avant que cela n'entre en vigueur. Par conséquent, les cantons qui devraient adapter leur participation ont certainement, non pas deux ou trois ans, mais quatre, cinq ou six ans pour s'adapter: la chose est donc possible.

A combien le pourcentage de participation des cantons doit-il être fixé? 55 ou 60 pour cent? Je choisis 55 pour cent pour éviter une confrontation avec les cantons. Mais j'ai dit à Monsieur Rossini, puisqu'on parlait hier de maladies nosocomiales, que je ne ferais pas une maladie nosocomiale par contagion si vous aboutissiez à un taux de 60 pour cent!

Mais, si la part cantonale est fixée à 60 pour cent, je crois que nous aurons droit à une indignation généralisée de la part des cantons, qui, d'ailleurs, pratiquent cet art avec une extrême fréquence et une compétence de plus en plus grande. C'est à croire que les cantons sont devenus des organisations de protestation, même si un jour ils occupent un bâtiment splendide en ville de Berne.

Par conséquent, la part cantonale doit se monter à 55 pour cent au minimum; 60 pour cent, c'est acceptable. Mais ayez pitié de ces pauvres cantons, restez-en à 55 pour cent!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: La décision du Conseil des Etats permet de faire varier la participation en fonction de la moyenne suisse des primes. Cette variable est apparue extrêmement problématique à la commission. La moyenne suisse des primes varie, et un canton qui se trouve en dessus une année peut se trouver en dessous par la suite. La moyenne suisse des primes fait intervenir toute une série de facteurs étrangers à la gestion financière hospitalière, en particulier les coûts ambulatoires, les EMS et Spitem. La possibilité de faire varier les contributions cantonales dans le cadre d'une fourchette met en question la libre circulation des patients et le principe du «Cassis de Dijon». Plus la participation du canton est basse, plus le report sur les primes est élevé: cela est une évidence mathématique et nous n'avons pas intérêt à introduire un nouveau facteur politique dans la détermination du niveau des primes, ce qui ne

contribue pas particulièrement à la transparence à laquelle nous travaillons.

Par ailleurs, de toute évidence, les cantons à participation basse feront la grimace si un patient souhaite se faire soigner dans un autre canton à participation élevée. La participation des cantons doit donc être aussi uniforme que possible. En 2004, elle se répartissait entre 38,3 pour cent pour le canton de Thurgovie et 73,4 pour cent pour celui de Genève. Maintenir une participation élevée incite les cantons à la rigueur dans leur gestion hospitalière. Cela peut faire craindre des suppressions dans les régions périphériques au profit des villes, sans prendre en considération les critères de qualité ou de coûts, même si ceux-ci sont avantageux. La planification selon des critères de besoin, heureusement, s'y oppose.

La solution que la commission vous propose est, à ce titre, conforme à la conception que vous avez acceptée en matière de planification. Il est donc important de créer à ce niveau une divergence avec le Conseil des Etats dont la proposition est à la fois compliquée et peu réaliste.

La commission devait également prendre en considération l'effort que représente un alignement sur un minimum de 60 pour cent pour tous les cantons qui se trouvent en dessous. Cela peut représenter des sommes considérables – cela a déjà été mentionné. Si nous souhaitons une décision de pareille importance, nous ne saurions passer non plus par-dessus les cantons: une procédure de consultation devrait être lancée.

La commission s'est donc ralliée, par 13 voix contre 9 et aucune abstention, à la proposition de supprimer toute relation avec la moyenne des primes sur le modèle de ce qu'a décidé le Conseil des Etats. En prévoyant: «... 55 pour cent au moins. (Biffer le reste)», la majorité laisse toute liberté aux cantons qui veulent en rester à un engagement supérieur, en particulier à celui de Genève. Mais elle oblige à supporter une part minimale des frais hospitaliers qui n'est pas trop éloignée de la moyenne suisse située à 58 pour cent.

La commission s'est donc prononcée, par 14 voix contre 10 et 1 abstention, pour le chiffre de 55 pour cent, parce que la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales et Santésuisse en ont convenu et en ont fait part à la commission par une lettre explicite.

Je vous demande donc de suivre la majorité.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Mehrheit 111 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I 65 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Mehrheit 113 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II 58 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Rossini begründet den Antrag der Minderheit Guisan.

Rossini Stéphane (S, VS): Comme cosignataire, je vais développer la proposition de la minorité Guisan.

A l'alinéa 3, la majorité de la commission a suivi la décision du Conseil des Etats qui a introduit la possibilité, pour les assureurs et le canton, de convenir que le canton paie sa part de financement hospitalier à l'assureur et que c'est l'assureur qui verse les deux parts – la sienne et celle du canton – à l'hôpital. Cette possibilité revient en fait à introduire ce qu'on a appelé dans le jargon de la LAMal un financement moniste des hôpitaux, à savoir un financement qui ne transite que par un seul acteur.

Cette question est extrêmement importante, pour ne pas dire centrale, dans toute l'appréhension du financement hospitalier. De notre point de vue, cette question devrait faire l'objet d'un débat séparé et n'a pas lieu d'être dans la révision qui nous est soumise. C'est en effet une question importante qui devrait faire l'objet d'une révision future. Mal-

heureusement, une fois de plus, au Conseil des Etats le lobby des assureurs a sévi, et avec succès. Selon les personnes qui soutiennent la minorité, le financement moniste devrait être introduit par la bande; ce n'est pas correct; il faut une discussion fondamentale.

Derrière le discours que certains voudraient technique et qui, sous cet angle, est réducteur, se posent toute une série de questions de fond. Ce n'est pas simplement: qui paie? C'est: comment sont définis les montants? En fonction d'un seul agent payeur qui régule? Si on transfère le financement exclusivement par le biais des assureurs, quel est le pouvoir que l'on donne à ces derniers dans la structure de décision concernant l'offre hospitalière? Quelle est donc l'influence du payeur sur le système? Ne risque-t-on pas d'aboutir à une forme de rationnement si l'enveloppe est épuisée? Donc, on voit qu'avec le financement moniste, on actionne un levier qui n'est pas d'ordre technique, mais fondamentalement politique.

Pour actionner le levier politique, nous devrions aborder cette problématique au moyen d'une discussion sérieuse, afin de comprendre les effets de l'introduction du système de financement moniste, ce que nous n'avons pas fait jusqu'ici. Autre question fondamentale: pourquoi ne pas laisser les cantons introduire le système de financement moniste à la place des assureurs-maladie, par exemple? La commission ne donne aucune réponse à cette question fondamentale. Par conséquent, vous comprendrez notre réserve en ce qui concerne l'introduction du financement moniste par la bande.

Nous demandons que cette solution soit étudiée de manière très rigoureuse. Par ailleurs, il faut absolument que nous puissions maîtriser les conséquences de ce financement.

Il y a le modèle de régulation du secteur hospitalier, que nous avons inscrit aujourd'hui dans la loi, avec des critères établis par la Confédération; il existe certes aussi le modèle de régulation dans lequel le pouvoir serait transféré aux assureurs. Mais, ce dernier modèle contient beaucoup trop d'inconnues pour nous permettre de prendre aujourd'hui une décision correcte.

Il y a aussi la question, que nous n'avons pas abordée non plus, de la couverture minimale garantie par l'assurance de base pour l'ensemble de la population et la notion de service public. Quelle sera la relation qui sera établie entre les assureurs, qui seraient les seuls agents payeurs, et les cantons qui doivent définir l'offre? Vous voyez qu'il y a finalement beaucoup trop de points d'interrogation pour faire aujourd'hui ce pas vers le système de financement moniste. Je vous invite donc à soutenir proposition de la minorité Guisan.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): In aller Kürze: Diese Thematik scheint nicht sehr zentral zu sein. Sie ist es aber durchaus, wie Herr Rossini gesagt hat. Sie werden im Nachgang zu dieser Vorlage über eine Motion des Ständerates zu beschliessen haben, die den Monismus grundsätzlich diskutiert. Hier geht es um eine ganz kleine Öffnung in diese Richtung, Sie sehen den Text: «Versicherer und Kanton können vereinbaren» Ich glaube, zurückhaltender kann man nicht mehr sein. Das erlaubt sozusagen eine kantonale Versuchsanlage. Beide Partner können vereinbaren. Das ist ein doppelt genähtes Netz. Sie müssen nicht, sie können, sie vereinbaren. Dazu braucht es zwei Partner. Diese kleine Öffnung Richtung Finanzierung aus einer Hand sollte man nun wirklich nicht bekämpfen.

Ich bitte Sie, klar der Mehrheit zu folgen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que si on lit attentivement le texte, on voit qu'il n'y a pas lieu de partir en guerre tous drapeaux déployés contre cette proposition. C'est une proposition extrêmement modeste. Finalement on verse la part à l'hôpital, mais si les assureurs et les cantons le décident – les cantons doivent le faire –, on peut décider de verser la part des cantons par simplification aux assureurs, et ces derniers versent les deux parts aux hôpitaux. C'est vraiment quelque chose d'innocent et il faut avoir une

imagination fertile, accompagnée d'un brin d'angoisse inutile, pour en faire un débat de principe et y voir là le début de la fin, c'est-à-dire l'introduction du système moniste par le biais des assurances.

Les cantons, qui seraient selon Monsieur Rossini pour une fois l'alternative comme agents payeurs – si ce n'est les assureurs –, décideraient eux-mêmes, si cette proposition était acceptée, s'ils veulent payer leur part aux assureurs, par souci de simplification, et les assureurs payer la leur aux hôpitaux. Les cantons décideront et souvent ils sont en de bonnes mains, en tout cas à vos yeux. Par conséquent, le risque n'est pas très grand d'introduire par la bande quelque chose qui ne soit pas conforme à vos souhaits, ou dans tous les cas qui n'ait pas été discuté suffisamment longtemps.

Monsieur Gutzwiller l'a dit: il y a une motion 06.3009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, «Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires», qui sera discutée à la fin de ce débat et qui veut justement introduire le monisme dans un délai relativement court. Le Conseil fédéral proposera de rejeter cette proposition, pour des raisons de délais, et non pour des raisons de fond, parce que le monisme, s'il doit être introduit, nécessitera davantage de préparation, ainsi que l'accumulation d'un certain nombre d'expériences.

Mais revenons au problème concret. Je crois qu'il ne faut pas voir un problème là où il n'y en a pas. La solution qui est préconisée par la majorité n'a aucune incidence sur des décisions ultérieures. C'est simplement une affaire pratique. Les cantons, s'ils le veulent, peuvent décider de verser leur part aux assureurs, qui verseront la totalité. Ce n'est pas le début du monisme, c'est un effort de liberté et de bon sens pour ceux qui désirent en profiter. Ne faisons pas un combat de principe là où cela n'a pas lieu d'être.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Im Namen der Kommission möchte ich Sie auch bitten, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Absatz 3 gibt den Kantonen die Möglichkeit, mit den Versicherern zu vereinbaren, dass die Versicherung die volle Rechnung bezahlt. Damit wird die Möglichkeit geboten, freiwillig und auf vertraglicher Basis, welche jederzeit wieder gekündigt werden kann, ein monistisches System einzuführen, wie es ja im Übrigen im ambulanten Bereich, auch im ambulanten Spitalbereich gilt.

Die Kommission will diese Möglichkeit zulassen; dies insbesondere auch im Hinblick auf besondere Versicherungsmodelle. Ich denke beispielsweise an Managed-Care-Modelle, an Behandlungen in Netzwerken, für die die Möglichkeit geboten werden soll, Patienten über Patientenpfade zu behandeln und das auch aus einer Hand über den ambulanten und den stationären Teil bezahlen zu lassen. Für solche Modelle wären natürlich auch angepasste Finanzierungsmöglichkeiten vorteilhaft.

Ich bitte Sie daher, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 96 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 75 Stimmen

Abs. 4 – Al. 4

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Borer begründet den Antrag der Minderheit Humbel Näf.

Borer Roland F. (V, SO): Die Minderheit Humbel Näf will eigentlich das Gleiche wie der Ständerat; die Ausformulierung im Detail ist aber um einiges präziser. Die Öffnung, dass auch Spitäler, die nicht auf der Spitalliste sind, Leistungen zulasten der Grundversicherung erbringen können, soll jedoch nicht die Regel werden, sondern die Ausnahme bleiben. Auf der anderen Seite macht es aber wenig Sinn, in diesem Bereich Spitalern, die – aus welchen Gründen auch immer – von der Spitalliste ferngehalten werden, zu verbieten, Leistungen erbringen zu können. Das macht wenig Sinn. Es macht auch wenig Sinn angesichts des Umstands,

dass medizinische Leistungen unter Umständen zunehmend auch ein handelbares Gut darstellen.

Was man aber nicht will: Dass man hier Tür und Tor öffnet, damit Geld verdient werden kann, indem Leistungen verrechnet werden, die über dem Preis liegen, den andere Spitäler, die auf der Spitalliste sind, verlangen können. Die Entschädigungen für Leistungen zulasten der Grundversicherung sind also klar limitiert; sie sind nicht höher, als wenn diese Leistungen durch Spitäler auf der Spitalliste erbracht werden. Weiter gehende Leistungen können in diesen Spitälern natürlich auch erbracht werden; es sind aber Leistungen, die unter das VVG fallen, die also in den Bereich der Zusatzversicherung gehören.

Wir bitten Sie, hier der Minderheit zu folgen – eine Minderheit, die eigentlich das Gleiche will, was der Ständerat anstrebt.

Dormond Béguelin Marlyse (S, VD): Monsieur Borer, ne trouvez-vous pas quand même un peu choquant que cette proposition soit défendue par Madame Humbel Näf, qui est collaboratrice de Santésuisse? Vous venez de prendre sa défense: vous êtes vous-même très impliqué dans un groupe d'assureurs. La proposition de la minorité Humbel Näf revient à court-circuiter les planifications sanitaires des cantons et à réintroduire des frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins par le biais de conventions que les assureurs pourraient conclure. Ne trouvez-vous pas cela un peu choquant, alors que Santésuisse dit que son souci principal est précisément la maîtrise des coûts?

Borer Roland F. (V, SO): Es stellt sich hier nicht die Frage, ob man hier die Meinung von Santésuisse oder einer anderen Organisation vertritt, sondern es stellt sich folgende Frage: Wollen wir in Zukunft medizinische Leistungen nach dem System Planwirtschaft mit Leistungsbeschränkungen, mit Verzögerungen im zeitlichen Ablauf oder wollen wir ein System, das nach Wettbewerbsgrundsätzen geführt wird, mit einer straffen Preis-Leistungs-Kontrolle? Wir neigen zum Zweiten, weil wir der Meinung sind, dass für alle Versicherten und im Speziellen für Patienten, d. h. jene Versicherte, die Leistungen benötigen, die Lösung, wie sie hier die Minderheit vorschlägt, besser ist als die Planwirtschaft, die schliesslich zur Rationierung führen wird.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die FDP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit unterstützen wird.

Rossini Stéphane (S, VS): J'aimerais rappeler à Monsieur Borer que nous venons de décider entre un système basé sur la concurrence et un système basé sur la planification, dans ce projet de loi. Nous avons décidé d'avoir une planification, avec des critères définis par la Confédération. Le choix de notre conseil est assez clair et il est totalement incohérent aujourd'hui d'accepter une telle proposition! On ne peut pas continuer d'être en parfaite contradiction avec l'option qu'on a retenue par rapport au choix du système de santé.

Je l'ai dit lors du débat d'entrée en matière: il y a eu beaucoup de sous-entendus et beaucoup de non-dits dans cette affaire. Si on veut un système basé sur la concurrence, alors on le fait, et on le soumet au vote, et si on l'emporte, on a un système basé sur la concurrence! Mais le choix de la planification a déjà été fait. C'est pourquoi il est totalement incohérent de dire, d'un côté, que les cantons doivent établir une planification et une liste exhaustive et, de l'autre côté, que les assureurs pourront contourner cette planification! Il faudrait alors procéder à une autre révision et choisir un autre système, si l'on veut véritablement une concurrence totale.

Qu'a fait la commission? Elle a institué une sous-commission pour travailler sur les questions relatives à la concurrence totale – j'insiste sur ce terme, car c'est celui qui a été utilisé. C'est un signal clair, mais qui ne correspond pas à ce que nous avons décidé tout à l'heure, avec le choix des pla-

nifications cantonales et des critères fixés par la Confédération.

Alors soyons cohérents! On ne peut pas donner ainsi des sucres politiques, faire du «Heimatschutz» pour les cliniques privées, tout en contournant la volonté de planification! Il faut savoir ce que l'on veut et il n'est pas cohérent de contourner la planification, avec la possibilité donnée aux assureurs de contracter avec des hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste. Mettez-vous à la place des cantons, comment vont-ils pouvoir travailler? A quoi sert-il alors d'établir une liste? On sait que c'est une tâche difficile et un choix délicat, qui peut aussi s'avérer politiquement dangereux. Il faut en effet gérer des intérêts régionaux et des intérêts liés à la santé publique et si l'on dit à la fin du processus que la liste qui a été établie sera contournée par les assureurs, alors ce n'est pas crédible. Si l'on veut un autre système, alors on doit le faire ici! Mais alors, on doit voter en faveur d'une autre majorité si l'on veut une concurrence totale. On ne doit pas dire que l'on veut une planification et ensuite, par la bande, «casser» la liste qui est établie par les cantons. Ce n'est pas crédible et ce n'est surtout pas cohérent par rapport aux cantons, qui se retrouveront dans une situation intenable.

Ruey Claude (RL, VD): Monsieur Rossini, vous avez déclaré que, lors du débat d'entrée en matière, tout le monde a dit que nous voulions renoncer à la concurrence pour faire de la planification. N'avez-vous pas compris que, dans les débats de la commission, comme ici, nous voulions plus de concurrence? Mais, pour des raisons de faisabilité politique et d'adaptabilité, nous allons pas à pas dans ce sens.

Dès lors, ne voyez-vous pas qu'il y a une certaine logique à faire un pas qui ne touche pas le financement des cantons, puisque les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière ne seraient pas financés par eux?

Rossini Stéphane (S, VS): Tout à fait: avec cette décision, nous faisons un pas, mais le pas qui serait fait en adoptant l'alinéa 4 serait incohérent par rapport à celui que nous avons fait. Pour aller dans votre sens, nous aurions alors dû faire un autre pas, qui favoriserait la concurrence, sans planification hospitalière cantonale. Aujourd'hui, nous faisons un pas qui encourage les planifications précitées et un autre qui inscrit dans la loi les critères que la Confédération doit faire respecter. Je trouve qu'il est totalement incohérent de permettre de contourner la planification hospitalière.

Fasel Hugo (G, FR): Der Antrag der Minderheit, der zur Diskussion steht, würde das schweizerische Spitalwesen völlig auf den Kopf stellen. Jede zurückhaltendere Art der Formulierung wäre unpassend. Wenn wir diesem Minderheitsantrag zustimmen, hebeln wir die Spitalplanung der Kantone völlig aus. Die Kontrolle der Kantone über die Spitäler würde schrittweise, relativ schnell und umfassend verlorengehen.

Ich bin eigentlich erstaunt, welche Personen diesen Antrag unterstützen. Wenn ich bedenke, wer von privater Seite überhaupt zusätzlich Spitäler und stationäre Leistungen anbieten möchte, stelle ich fest, dass solche Angebote immer und ausschliesslich auf die Agglomerationen bezogen sind. Dort hat man genügend Patientinnen und Patienten. Ich denke beispielsweise an den Kanton Freiburg, wo sich die SVP mit Vehemenz für Regionalspitäler eingesetzt hat. Ich denke, dass gerade diese regionalpolitisch wichtigen Spitäler geschlossen würden oder dass sie reine Staatsunternehmen würden. Vielleicht müssten sie, wenn sie heute teilprivat sind, von den Kantonen sogar für teures Geld übernommen werden.

So viel Inkohärenz, so viel Tagespolitik habe ich noch selten erlebt! Ich bitte Sie deshalb, diesen gravierenden Minderheitsantrag, der das Spitalwesen Schweiz aushebeln und auf den Kopf stellen würde, konsequent abzulehnen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass die Mehrheit ihrer Fraktion den Antrag der Minderheit unterstützen wird.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: J'ai l'impression qu'on ne parle pas du même pays. A la fin de ces délibérations, même si cette proposition de minorité est admise, même si la loi est admise, il y aura des gens qui auront le droit d'aller se faire traiter dans des hôpitaux privés; ils paieront à travers leur assurance complémentaire la totalité des factures de l'hôpital privé. Et personne n'ose prétendre que c'est une atteinte dramatique à la planification, que ça va renverser tout le système et que c'est quelque chose d'inadmissible. Cela restera: il y aura des gens qui auront une assurance privée et qui iront dans des hôpitaux privés.

La seule question qui se pose est de savoir s'il est juste que ces gens, qui ont une assurance complémentaire privée, ne reçoivent pas la totalité des prestations hospitalières. En effet, ils paient des impôts et ils paient l'assurance obligatoire. Assez justement le Tribunal fédéral a dit que, même s'ils vont dans un hôpital privé, ils doivent recevoir la part payée par l'assurance obligatoire à laquelle ils paient des primes. Ces gens-là paient des primes et, s'ils vont dans un hôpital conventionné, ils recevront seulement la part obligatoire pour laquelle ils ont payé. S'ils allaient dans un hôpital public, ils la recevraient aussi. Par contre, le canton ne paie rien.

Tous ceux qui ont le souci des finances publiques – on a parlé tout à l'heure du problème du canton de Thurgovie et d'autres qui craignent que leur participation ne croisse trop rapidement – devraient hurler de plaisir face à cette proposition, parce qu'elle soulage les cantons qui ne paieront pas leur part pour ce type de patients. L'assurance de base paie les 45 pour cent, puisqu'on a décidé une répartition de 55 pour cent pour les cantons et de 45 pour cent pour l'assurance, et les 55 pour cent restants sont payés par l'assurance complémentaire, c'est-à-dire par la personne qui fait un effort supplémentaire. Cela soulage les cantons.

L'assurance complémentaire n'est pas quelque chose qui est en train de se développer de manière extraordinaire. Les primes de l'assurance de base sont malheureusement suffisamment élevées pour qu'il y ait de moins en moins de gens qui prennent une assurance complémentaire complète. Il y a beaucoup de gens qui concluent de petites assurances complémentaires. D'ailleurs, la majorité des gens a probablement une assurance complémentaire. Si vous prenez l'assurance complémentaire pour les médecines alternatives, son coût s'élève, je crois, à 5 francs par mois; ce n'est vraiment pas quelque chose de décisif.

Ici, cela vise seulement les gens qui ont conclu une assurance complémentaire pour avoir le droit d'aller dans les hôpitaux conventionnés qui ne figurent pas sur la liste hospitalière. C'est une assurance qui sera chère, qui libérera les cantons, mais qui sera relativement rare. Alors, prétendre que la planification est mise en cause, c'est vraiment dépasser le bon sens. Il n'y aura que quelques personnes qui pourront et qui auront envie de payer ces primes. C'est un soulagement pour les cantons et pour les pouvoirs publics, qui auront plus de moyens pour subventionner l'assurance de base ou augmenter leur part du financement hospitalier.

Le Conseil fédéral a toujours été de l'avis que la minorité Humbel Näf correspondait à la décision du Tribunal fédéral – qui date de quelques années – et qu'elle était équitable puisque l'assurance de base était obligatoire. On reçoit ce montant, que l'on aille dans un hôpital qui est sur la liste ou dans un hôpital conventionné. Par contre, les cantons ne paient leur part que pour les hôpitaux qui figurent sur la liste. C'est au fond un effort supplémentaire que font certaines personnes, qui rend service à tout le monde, y compris aux cantons. Elles ne sont d'ailleurs pas si nombreuses et cela ne met pas en péril la planification.

De toute façon, je le répète, vous n'interdisez pas aux gens d'avoir des assurances complémentaires qui leur permettent d'aller dans un hôpital conventionné. Le seul problème est de savoir si, quand ils vont dans un hôpital conventionné, l'assurance de base paie les 45 pour cent pour lesquels ils sont obligatoirement assurés, ou non.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Il résulte clairement de la décision de la commission et de sa conception de la planification que les hôpitaux privés qui ne figurent pas sur la liste hospitalière n'ont pas droit à des conditions particulières de rémunération. La proposition de la minorité Humbel Näf apparaît donc manifestement comme une tentative d'éviter les clivages et les contestations qui en résultent. Mais, comme l'ont rappelé Messieurs Rossini et Fasel avec une égale conviction, ce geste de sympathie est de fait un court-circuitage de la planification qui est apparu comme peu cohérent. En fait, cela encourage de façon larvée le maintien de surcapacités.

Même si c'est de l'assurance obligatoire des soins qu'il s'agit, les patients ne bénéficieront pas d'une participation cantonale. Ils devront donc payer le complément soit de leur poche, soit par le biais de leur assurance complémentaire. La commission, qui a pris sa décision par 12 voix contre 9 et 3 abstentions, vous prie donc de biffer l'alinéa 4.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/4135)

Für den Antrag der Minderheit 102 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit 69 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 50; 51 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 50; 51 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 53

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1 bis 3, 51, 54, 55 und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Abs. 2

Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG) und dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

- Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur soweit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt das Bundesverwaltungsgericht eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.
- In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach Artikel 39 ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.

Antrag der Minderheit

(Rechsteiner Paul, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Wehrli

Abs. 2 Bst. e

Streichen

Art. 53*Proposition de la majorité**Al. 1*

Les décisions de gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46 alinéa 4, 47, 48 alinéas 1 à 3, 51, 54, 55 et 55a peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

Al. 2

La procédure de recours est régie par la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF) et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). Sont réservées les exceptions suivantes:

- aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué; toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- le délai fixé par le Tribunal administratif fédéral pour le dépôt d'une détermination est de 30 jours au plus; ce délai ne peut être prolongé;
- un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'article 39.

Proposition de la minorité

(Rechsteiner Paul, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Wehrli**Al. 2 let. e*

Biffer

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich kann Ihnen mitteilen, dass der Antrag der Minderheit Rechsteiner Paul zurückgezogen wurde.

Wehrli Reto (C, SZ): Es geht hier um die Frage der Kognition, also um die Frage, in welchem Umfang ein Entscheid einer Kantonsregierung zum Erlass der Spitalliste angefochten werden kann. Sowohl der Ständerat als auch unsere Kommission haben diese Möglichkeit durch Buchstabe e in Artikel 53 Absatz 2 eingeschränkt. Das ist meines Erachtens nicht richtig.

Bei der ganzen Vorlage geht es um eine grundsätzliche Reform des Spitalsystems Schweiz. Ziel ist eine Spitalplanung auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit mehr Wahlfreiheit für den Patienten. Dieser soll im Mittelpunkt stehen. Gemäss Gesundheitsbarometer verlangen die Patienten seit zehn Jahren mit überwältigendem Konsens Qualität und Wahlfreiheit. Dieser Konsens bedarf eines Massnahmenpaketes. Bereits beschlossen haben wir schweizweit geltende, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierende Planungskriterien, Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit und Fallpauschalen, die nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsnachweisen berechnet werden. Diese Grundsätze nützen nichts, wenn sie nicht durchgesetzt werden. Dazu ist ein rechtsstaatliches Verfahren nötig, und das bedeutet, dass die Gerichte die volle Kognition, d. h. die Überprüfungsmöglichkeit in vollem Umfang, erhalten müssen.

Die Kantone bekämpfen dies. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) fordert eine weitestgehende Autonomie der Kantone bei der Spitalplanung. Allerdings sind die Kantone, die diese Auswahl treffen, selbst Eigentümer von Spitälern und daher am Ausgang des Auswahlverfahrens direkt interessiert. Es ist deshalb naheliegend, dass die Kantone dabei ihren Ermessensspielraum so weit wie möglich ausschöpfen und auch protektionistische, d. h. regionale und politische Ziele statt Patientenziele verfolgen werden. Allein im letzten Jahr wurde dies von der Dissertation Biersack der Universität Basel, einer OECD-Studie und dem Jahresbericht der Kommission für Konjunkturfragen kritisiert. All diesen Experten ist

klar, dass wir eine Barriere gegen Missbrauch brauchen. Diese Barriere kann nicht in der alle vier Jahre bestehenden Möglichkeit der Abwahl des Sanitätsdirektors liegen. Das ist eine zu durchsichtige Ausrede, um sich ja nicht mit den Kantonen anzulegen. Richtig hingegen ist, wie in anderen Bereichen auch, dass die Barriere gegen Missbrauch im Rechtsstaat begründet wird. Wie wichtig das ist, zeigt der Fall Sanitas in Zürich. Hier wurde die Zulassung einem Spital verweigert, das sogar gemäss seinen Konkurrenten eine qualitativ führende Arbeit geleistet hat. Die Entscheidungskriterien und vor allem deren Anwendung wurden auch vom kantonalen Gericht in der Vorprüfung als heikel taxiert. Dieser Fall zeigt, dass die Überprüfungsbefugnis bei derartigen Entscheidungen nicht eingeschränkt werden darf.

In diesem Sinne ist Artikel 53 Absatz 2 Buchstabe e sehr wichtig. Ihm kommt eine Scharnierfunktion zu. Er sichert, dass die neuen Planungskriterien keine Papiertiger bleiben, sondern in der Realität umgesetzt werden. Zu einer Verzögerung wird es dabei nicht kommen. Im Gegenteil: Dank klaren, schweizweit anwendbaren Planungskriterien, der Publikation von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsberichten und der Entpolitisierung des Beschwerdezugs hin zum Bundesverwaltungsgericht werden die Verfahren rascher und transparenter. Kurz: Die Streichung von Buchstabe e ist ein integraler und zentraler Bestandteil des Reformpakets hin zu Qualität und Wahlfreiheit im Spitalbereich.

Ich beantrage Ihnen deshalb die Streichung von Absatz 2 Litera e.

Stamm Luzi (V, AG): Kollege Wehrli beantragt, dass das Gewicht der Gerichte vergrössert wird. Die Gerichte sollen mehr Macht bekommen. Damit stehen wir vor zwei ausserordentlich unangenehmen Alternativen. Die eine Alternative ist, dass das Gewicht bei den Kantonen ist, die andere, dass die Gerichte mehr Gewicht erhalten.

Zu den Kantonen: Bekanntlich haben die Kantone bei der Planung das Sagen; die Kantone sind die Betreiber, das heisst, sie sind die Leistungserbringer; die Kantone sind die Tarifsetzer; und die Kantone sind die Richter, die Schiedsrichter. Das ist ein gefährliches System, das ist ein Übel.

Wenn wir dem Antrag Wehrli zustimmen, sagen wir: Die Gerichte können da mehr hineinfunkeln, sie können mehr überprüfen. Damit sind wir beim zweiten Übel: dass die Gerichte jeweils ausserordentlich lange Verfahren haben und dass sie hier in politische Entscheide einzugreifen drohen.

Also, die Entscheidung ist schwierig. Ich wurde als Jurist ans Rednerpult geschickt, weil es um eine juristische Frage, um die Rechtsmittel, geht. Aber ich glaube, die Einschätzung der Gesundheitsspezialisten der SVP ist richtig: Wir müssen in diesem Falle die Gerichte haben, und wir müssen sie stärken. Es kann nicht angehen, dass der Planer, der Betreiber, der Tarifsetzer auch noch zu stark den Richter spielt.

Deshalb beantragt Ihnen die SVP-Fraktion, dem Antrag Wehrli zuzustimmen und den Gerichten hier in diesem speziellen Punkt etwas mehr Macht zu geben, damit sie überprüfen können.

Rechsteiner Paul (S, SG): Ich muss Ihnen beantragen, den Einzelantrag Wehrli abzulehnen.

Sie haben von der Präsidentin gehört, dass der Minderheitsantrag – Zustimmung zum Beschluss des Ständerates – zurückgezogen worden ist. Ich habe diesen zurückgezogen, nachdem die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) sich des Kompromisses halber mit der Fassung der Mehrheit der Kommission einverstanden erklärt hat. Diese Fassung der Kommissionen bringt bereits eine Ausweitung des Beschwerderechtes gegenüber der Fassung des Ständerates mit sich, indem auch die Tatsachenüberprüfung bis zu einem gewissen Grade über die Rüge der Bundesrechtsverletzung hinaus möglich wird. Da sich die Kantone damit einverstanden erklärt haben, habe ich keinen Grund mehr gesehen, den Antrag der Minderheit aufrechtzuerhalten.

Im Gegenzug aber würde das, was Herr Wehrli beantragt, das System der Steuerung des Gesundheitswesens im sta-

tionären Bereich vollständig sprengen; das ergäbe einen totalen Systemwechsel gegenüber heute. Wenn die Betreiber von privaten Einrichtungen in Zukunft die Entscheide der Kantone anfechten könnten, auch in Bezug auf Ermessensentscheide, dann wäre die kantonale Planung im Spitalbereich innert vernünftiger Grenzen nicht mehr möglich. Die kantonale Planung stünde dann immer unter dem Vorbehalt eines Rechtsmittels; das nicht nur im Bereich der reinen Rechtsanwendung, sondern auch darüber hinaus im Bereich der Ermessensbetätigung. Die Planung selber ist ja nichts anderes als eine Ermessensbetätigung. Diese wird von den Kantonen mit Blick auf die im Kanton notwendige Gesundheitsversorgung unternommen. Wer soll das besser beurteilen können als die kantonalen Behörden selber, die die Parameter kennen und diese anwenden müssen? Wie sollen die Kosten im Gesundheitswesen irgendwie in Grenzen gehalten werden können, wenn alle diese Planungsentscheide am Schluss aufgrund von Ermessensverletzungen wieder angefochten werden könnten? In diesem Sinne handelt es sich beim Antrag Wehrli um einen systemsprengenden Antrag, der im Effekt die Spitalplanung aushebeln würde.

Es handelt sich in diesem Sinne nicht um einen juristischen Entscheid, Herr Stamm, sondern – mit Blick auf die Zielsetzung dieser Vorlage – um einen hochpolitischen Entscheid.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'avis que, dans un cas comme celui-là, on ne peut pas soutenir la proposition Wehrli, mais qu'il faut soutenir la proposition de la majorité.

Il s'agit d'un problème de droit. On ne peut pas l'imaginer: dans un système démocratique, lorsque les exécutifs cantonaux, qui sont élus démocratiquement – ou les Grands Conseils, si les cantons ont prévu que la planification doit leur être soumise – ont pris leur décision démocratiquement; lorsqu'on a fixé, dans la loi qu'on vient d'approuver, toute une série de critères dont on doit tenir compte; lorsque la planification a été faite; à la fin de toute cette procédure, les tribunaux auraient le droit de décider en opportunité, c'est-à-dire en fonction de critères politiques? C'est incroyable! Et je voudrais dire à Monsieur Stamm que j'ai été peiné pour lui parce que, comme juriste, tout le conduisait à dire que ce n'était pas possible. Il a terminé en disant: «Néanmoins, les spécialistes de la politique sanitaire, dans mon groupe, m'incitent à vous demander, malgré tout cela, de soutenir la proposition Wehrli.»

Qu'est-ce que ça veut dire? Cela veut dire, tout simplement, qu'on tord le droit en fonction d'intérêts, et on voit bien que la logique juridique est de ne pas ouvrir cette voie de droit au tribunal. Mais on se dit qu'après tout, peut-être que le tribunal serait tenté à certains moments de donner raison à tel ou tel partenaire du marché parce que l'opportunité se présenterait à lui de le soutenir. Et alors, on «tord» le droit pour ça? Cela ne va pas! On est dans un Etat de droit, lequel ne peut pas imaginer que le juge revienne sur une décision prise par les autorités démocratiquement élues – le Conseil d'Etat, le Grand Conseil – et décide en opportunité.

Bien sûr que les tribunaux doivent prendre en compte un grief fondé sur l'arbitraire, c'est tout à fait clair. Les tribunaux peuvent même revoir des faits et constater que tel ou tel aspect n'a pas été pris en compte et renvoyer la décision, ou prendre d'autres mesures semblables. Mais, lorsque les faits sont établis, lorsque la décision a été prise démocratiquement, il ne me paraît pas possible de confier aux tribunaux le soin de décider si la planification est juste ou fautive. A la capitale, puis ensuite à Saint-Gall, on déciderait en opportunité: «Non, cet hôpital, on aurait dû le garder sur la liste; on n'a pas d'explications à vous donner, on juge simplement opportun de le garder, tandis que celui-là devrait être exclu.» Ce n'est pas possible! On ne peut pas, dans un Etat de droit, accepter cette solution. Monsieur Wehrli, je pense que ce n'est pas possible.

Il faut dire non à la proposition Wehrli au nom du droit, au nom de la sécurité juridique, au nom de l'ordre démocratique!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Le texte de la proposition de la majorité de la commission que vous avez sous les yeux est celui de l'administration. La commission a pris connaissance des motifs qui l'ont amenée à revoir le texte du Conseil des Etats, manifestement trop restrictif. En particulier, il s'est agi d'adapter ces dispositions au nouveau droit administratif qui est entré en vigueur. La procédure se voit ainsi considérablement raccourcie, grâce aux dispositions qui figurent à l'article 53 lettres a-d.

De plus, les recours ne peuvent plus porter sur des motifs d'opportunité, selon la disposition qui figure à la lettre e. Cela a donné lieu à une vive discussion juridique au sein de la commission à propos de la portée du principe d'opportunité en matière de planification hospitalière, par opposition à la liberté du commerce et de l'industrie que certains auraient souhaité voir figurer dans la loi. Il est apparu hors de question de faire figurer dans une loi une disposition bannissant toute possibilité de recours en invoquant la liberté de commerce et d'industrie, étant donné qu'il s'agit d'un principe constitutionnel. Toutefois, elle peut être considérablement réduite, voire inappropriée lorsque l'intérêt public est en jeu. Il n'en demeure pas moins que la possibilité de recours contre la planification hospitalière des cantons doit rester ouverte, mais elle doit se limiter à des questions qui relèvent des critères de planification ou de procédure. En biffant la lettre e, on rétablit le principe d'opportunité, ce qui empêche la planification de se poursuivre normalement, parce qu'elle va s'empêtrer dans de multiples recours sans fin. En plus, on transfère, comme l'a rappelé Monsieur le conseiller fédéral, aux tribunaux les compétences des cantons, qui vont remettre en question des décisions prises démocratiquement. C'est pourquoi la commission vous prie, par 16 voix contre 9, de suivre la majorité, c'est-à-dire de souscrire au texte révisé par l'administration.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 101 Stimmen

Für den Antrag Wehrli 61 Stimmen

Art. 64 Abs. 1; 66b; 66c; 79a; 84a Abs. 1 Bst. f; 104a Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 64 al. 1; 66b; 66c; 79a; 84a al. 1 let. f; 104a al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Damit haben wir Ziffer I durchberaten. Wir werden den Schluss dieser Vorlage morgen bereinigen, sobald der Ständerat die Geschäfte erledigt hat, die das EDI und Herrn Bundesrat Couchepin betreffen.

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr

La séance est levée à 13 h 05

b. des contributions au Fonds multilatéral pour la protection de la couche d'ozone créé dans le cadre du Protocole de Montréal (Fonds pour l'ozone) (au maximum 10,908 millions de francs);

c. des contributions dans le domaine du climat (au maximum 5,535 millions de francs);

d. le financement de la mise en oeuvre du crédit-cadre (au maximum 3,15 millions de francs).

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 115 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 48 Stimmen

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 06.082/4208)

Für Annahme der Ausgabe 134 Stimmen

Dagegen 40 Stimmen

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Art. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

GesamtAbstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 06.082/4211)

Für Annahme des Entwurfes 126 Stimmen

Dagegen 45 Stimmen

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung

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

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Ziff. II

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die kantonalen Spitalplanungen und -listen müssen innert zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung den Anforderungen nach Artikel 39 genügen. Die erste Planung nach Artikel 39 Absatz 2bis ist bis Ende des Jahres des Inkrafttretens dieser Gesetzesänderung zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

derungen nach Artikel 39 genügen. Die erste Planung nach Artikel 39 Absatz 2bis ist bis Ende des Jahres des Inkrafttretens dieser Gesetzesänderung zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

Abs. 2

Die Umsetzung der Regelungen nach den Artikeln 41 Absatz 1bis und 49 Absatz 1 erfolgt zeitlich gestaffelt, spätestens aber mit den Spitaltarifen, die ab dem dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung angewendet werden. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Der Bundesrat bestimmt ebenfalls das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tariffberechnung einbezogen werden.

Abs. 2bis

Spätestens im dritten Jahr nach Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten in allen Spitälern der Spitalliste zu übernehmen.

Abs. 3

In bisher subventionierten Spitälern beteiligen sich die Kantone bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlung.

Abs. 4

In bisher nichtsubventionierten Spitälern beteiligen sich die Versicherer bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen.

Abs. 5

Kantone und Versicherer vereinbaren in der Einführungsphase der leistungsbezogenen Pauschalen die jeweiligen massgeblichen Vergütungsanteile für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner. Die Vergütungsanteile sind so zu vereinbaren, dass sie zu einem stufenweisen Kostenübergang zur Finanzierungsregelung nach Artikel 49a führen. Können sich die Parteien nicht auf die entsprechenden Anteile einigen, setzt sie der Bundesrat fest.

Abs. 6–9

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Abs. 1

Streichen

Abs. 3

In bisher subventionierten Spitälern beteiligen sich die Kantone bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung

Antrag Markwalder Bär

Abs. 2

Die Umsetzung einbezogen werden. Auf den gleichen Zeitpunkt werden die Planungen der Kantone gemäss Artikel 39 angepasst.

Ch. II

Proposition de la majorité

Al. 1

Les planifications et les listes hospitalières cantonales doivent répondre aux exigences de l'article 39 dans le délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. La première version de la planification selon l'article 39 alinéa 2bis doit être établie jusqu'à la fin de l'année de l'entrée en vigueur de la présente modification de la loi et doit être mise en oeuvre dans un délai de trois ans.

Al. 2

La mise en oeuvre des réglementations selon les articles 41 alinéa 1bis et 49 alinéa 1 se fait par étapes, mais au plus

tard avec les tarifs hospitaliers applicables à partir de la troisième année après l'entrée en vigueur de la présente modification. Le Conseil fédéral fixe les modalités d'introduction ainsi que le moment à partir duquel les forfaits liés aux prestations doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. Le Conseil fédéral fixe également la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Al. 2bis

Au plus tard dans la troisième année à compter de l'introduction des forfaits liés aux prestations, les cantons doivent prendre en charge leur part de rémunération prévue à l'article 49a, y compris les coûts d'investissement, dans tous les hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux.

Al. 3

Dans les hôpitaux jusqu'ici subventionnés, les cantons participent, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, aux coûts des traitements hospitaliers.

Al. 4

Dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, les assureurs participent, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, aux coûts des traitements hospitaliers.

Al. 5

Les cantons et les assureurs conviennent, dans la phase d'introduction des forfaits liés aux prestations, des parts de rémunération déterminantes correspondantes pour les résidents du canton. Les parts de rémunération doivent être convenues de telle manière à ce qu'elles tendent à une adaptation graduelle des coûts aux règles de financement prévues à l'article 49a. Si les parties ne peuvent pas s'entendre sur la part correspondante, c'est le Conseil fédéral qui la fixe.

Al. 6–9

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Al. 1

Biffer

Al. 3

Dans les hôpitaux jusqu'ici subventionnés, les cantons participent jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, aux coûts

Proposition Markwalder Bär

Al. 2

.... pas pris en compte dans le calcul du tarif. Les planifications cantonales sont adaptées selon l'article 39 en même temps.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die Vorlage steht im Wesentlichen, in den Hauptzügen; es ist eine gute Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens in Richtung Transparenz und Wettbewerb. Aus dieser Sicht sind wir zufrieden – nicht in allen Teilen natürlich, aber der Grundgehalt dieser Vorlage stimmt.

Es ist nun nicht unwichtig, die vorgesehenen Änderungen auch mit Übergangsregelungen zu versehen, die der eher schwerfälligen Branche gerecht werden. Auf der anderen Seite ist es klar, dass es auch nicht angehen kann, all denen entgegenzukommen, die bei neuen Herausforderungen zuerst einmal sagen, was alles warum nicht möglich sei, dass es schon schwierig sei usw. Wir versuchen hier, Übergangsregelungen zu schaffen, die dem Problem angemessen und für die Betroffenen durchführbar sind.

Wenn nun die Minderheit hier Änderungen vorschlägt, muss man zur Kenntnis nehmen: Es geht nicht um eine materielle Änderung, sondern es geht darum, Widersprüche auszuräu-

men. Ich hoffe, dass Ihnen nachher die Kommissionssprecher meine Überlegungen bestätigen werden. In Absatz 1 besteht beim zeitlichen Ablauf ein Widerspruch – so, wie ich es beurteile –, er stimmt nicht mit dem Vorgehen in den übrigen Bereichen überein. Darum beantrage ich Ihnen, Absatz 1 zu streichen. Trotzdem ist aber ein Teil dieses Absatzes 1 notwendig. Sie haben auf Ihren Pulten einen Antrag Markwalder Bär. Er ergänzt Absatz 2; wenn Absatz 1 gestrichen wird, ist diese Ergänzung in Absatz 2 notwendig, damit die Spitalplanungsliste trotzdem Aufnahme findet. Der Bundesrat hat dann die Kompetenz, die Abläufe zu koordinieren und zu bestimmen. Das ist, glaube ich, der richtige Weg. Das zu Absatz 1 und als Vorbemerkung zum Antrag Markwalder Bär; die Antragstellerin wird ihn dann ja selbst begründen.

Bei Absatz 3 haben wir die gleiche Minderheit. Ich glaube, dass die Mehrheit das Problem hier aufgenommen hat. Der Antrag meiner Minderheit war Teil eines ganzen Konzepts, das sich auf Artikel 39 bezog. Den Antrag der Minderheit zu Absatz 3 braucht es nicht mehr, nachdem die Mehrheit eine Anpassung der Fassung des Ständerates vorgenommen hat. Der Antrag der Minderheit zu Absatz 3 kann als zurückgezogen betrachtet werden.

Ich möchte Sie also bitten – um eine richtige Abstimmung in den Übergangsbestimmungen vorzunehmen –, Absatz 1 zu streichen und bei Absatz 2 dem Einzelantrag Markwalder Bär zuzustimmen. Ich glaube, so haben wir eine Ausgangslage, die mit dem vorderen Teil übereinstimmt und die es dem Bundesrat dann möglich macht, die koordinierende Aufgabe richtig wahrzunehmen. Es braucht in dieser Frage dann aber noch den Ständerat, der hier zusammen mit dem Bundesrat genau überprüfen sollte, ob die Funktionsfähigkeit dieser Übergangsregelung gesichert ist.

Markwalder Bär Christa (RL, BE): Mein Antrag will in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen die Ergänzung anbringen, dass die Planungen der Kantone gemäss Artikel 39 auf den gleichen Zeitpunkt angepasst werden sollen, zu welchem die Einführung des Spitalinnenmarkts, die Neuordnung der Fallpauschalen sowie die finanzielle Gleichstellung der Trägerschaft erfolgen sollen. Im Moment stimmen die Sequenzen der Einführung der verschiedenen Massnahmen noch nicht. So argumentiert zum Beispiel die Minderheit Bortoluzzi zu Recht, dass Absatz 1 der Übergangsbestimmungen in der Kommission mit der Diskussion zu Artikel 39 bereits abgelehnt worden und erst nachträglich und fälschlicherweise erneut aufgenommen worden ist.

Doch auch in zeitlicher Hinsicht ist Absatz 1 der Übergangsbestimmungen falsch. Die Vorgabe, dass die Neuordnung der Planung gemäss Artikel 39 innerhalb zweier Jahre nach Verabschiedung dieses Gesetzes umzusetzen ist, ist unrealistisch. Wir haben in Artikel 39 den Bund beauftragt, einheitliche Planungskriterien zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und bedarfsgerechter Mindestversorgung zu erlassen. Das ist keine Aufgabe, die sich rasch erfüllen lässt. Die Kantone sind in die Erarbeitung der Planungsvorgaben einzubeziehen. Die Anliegen der Leistungserbringer und Versicherer sind zu berücksichtigen. Voraussichtlich will auch die SGK zu der dafür notwendigen Verordnung konsultiert werden. Das wird mehr als ein Jahr in Anspruch nehmen, womit den Kantonen nicht mehr genügend Zeit bleibt, die Planung entsprechend den neuen Vorgaben sauber umzusetzen. Die Planung wird somit nicht im Einklang mit dem Gesetz stehen.

Auch gilt es zu verhindern, dass die Kantone ihre Spitalisten noch vor Einführung objektiver Kriterien zu Qualität und Kosten anpassen. Im Kanton Bern hat der Gesundheitsdirektor bereits angekündigt, was dies bedeuten könnte, nämlich die Streichung von mindestens drei Spitälern von der Spitalliste. In anderen Kantonen, zum Beispiel im Aargau oder in Zürich, zeigen die Diskussionen um die Kiesslungen von Spitälern auf, dass heute statt objektive Kriterien oft oder eher die Trägerschaft oder die politische Nähe des Spitals zum Regierungsrat den Ausschlag für die Planungsentscheide geben.

Wenn wir die privaten und öffentlichen Spitäler einander gleichstellen wollen, müssen wir dies nicht nur bei der Finanzierung tun, sondern vor allem auch bei der Frage, wer die Patienten behandeln und bedienen darf. Diese Frage gilt es auf der Basis von Qualität und Kosten zu beantworten. Notwendig ist deshalb eine saubere Staffelung der Massnahmen. Das bedeutet, dass die Neuordnung der Planung gemäss Artikel 39 zusammen mit der Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips sowie der Neuordnung der Fallpauschalen gemäss Artikel 49 Absatz 1 stattfinden soll. Dies wird durch meinen Zusatz erreicht.

Auch diese Lösung kann der Ständerat noch verbessern, denn es fehlt noch eine klare Zeitvorgabe, auf wann die Betriebsvergleiche eingeführt werden. Nur auf der Basis von Qualitätsvergleichen wird der Wettbewerb funktionieren und nicht auf Kosten der Qualität gehen. Den publizierten Betriebsvergleichen haben wir bei Artikel 49 Absatz 8 zugestimmt. Der Ständerat wird sie hoffentlich ebenfalls bis spätestens zur Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips, der Neuordnung der Fallpauschalen sowie der Gleichstellung privater und öffentlicher Träger für obligatorisch erklären und damit den Patientinnen und Patienten und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten einen Leistungsvergleich ermöglichen. Kurz: Die Neuordnung der Planung hat auf den gleichen Zeitpunkt wie die Einführung des Spitalinnenmarktes, die Neuordnung der Fallpauschalen und die finanzielle Gleichstellung der Trägerschaften zu erfolgen.

Ich bitte Sie, meinen Antrag zu unterstützen.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à suivre la majorité dans ces dispositions transitoires.

Après les modifications qui ont été apportées dans l'appréhension de la planification, il est en effet important de compléter la version du Conseil des Etats, qui arrêta des dates, dans ces dispositions transitoires, qui ne sont plus adéquates par rapport au processus de décision. La majorité de la commission a également arrêté des délais. Ceux-ci sont extrêmement importants.

Monsieur Bortoluzzi a certes une autre vision du système de santé, mais cela n'empêche pas de rester lucide: je crois qu'on est obligé d'avoir des références de temps en plus des références liées aux critères. Les critères généraux seront établis par la Confédération et, en plus, nous avons besoin de critères de temps, pour véritablement mettre en oeuvre et appliquer cette loi. Ce sont des éléments importants. Les cantons ne partent pas de rien, mais de processus qui durent déjà depuis un certain nombre d'années, parfois même depuis de très longues années. Par conséquent, ils ont la maîtrise de la situation, ainsi que la maîtrise des effets qu'ils provoqueront sur leur liste, dont les changements sur l'organisation de l'ensemble du système de santé de chacun d'eux. Par conséquent, les délais mentionnés et qui ont été retenus par la majorité de la commission sont des délais raisonnables et qu'il convient absolument de soutenir.

Nous devons, pour les cantons aussi, avoir un minimum de clarté sur les délais retenus en regard des conceptions à mettre en oeuvre en matière de planification hospitalière et d'organisation du système de santé, et par rapport aux décisions qu'ils devront également prendre à l'intérieur de leur territoire. Il est important de suivre la majorité qui fixe des délais très clairs et, ainsi, les cantons sauront à quoi s'en tenir.

Je vous invite donc à soutenir les propositions de la majorité et à rejeter par là celles de la minorité Bortoluzzi.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Es geht hier um die Übergangsbestimmungen, also um den Wechsel vom jetzigen in das künftige System, das wir gestern beschlossen haben. Dieses künftige System sieht ja vor, dass die Steuerung der Kapazität der Spitallandschaft durch Effizienz und Qualität gemacht wird. Wir werden die Fallpauschalen haben, die Transparenz einführen. Wir werden die Fallpauschalen an die Ergebnisqualität knüpfen. Das haben wir bei Artikel 49 Absatz 8 beschlossen, und wir haben sogar beschlossen, die Ergeb-

nisse zu veröffentlichen. Man wird mit den Fallpauschalen in Zukunft also eine Dynamisierung des Systems erleben: Betriebsvergleiche, Qualitätseinbindungen und schliesslich Veröffentlichung in einem gesamtschweizerischen Binnenmarkt. So wurde es gestern beschlossen.

Die Frage ist ja, wie man nun zu diesem System kommt. Aus dieser Optik ist unseres Erachtens in diesen Übergangsbestimmungen einiges noch ein klein wenig holperig und sollte noch einmal stringent durchdacht werden. Wir stellen uns vor, dass in diesen Übergangsbestimmungen nun als Erstes diese Fallpauschalen zügig aufgesetzt werden sollten. Hier gibt es noch einige technische Fragen. Gemäss Absatz 2 hat der Bundesrat die Einführungsmodalitäten und den Zeitpunkt zu bestimmen. Wir sind der Meinung, dass verbunden mit der entscheidenden Grundlage der Fallpauschale auch die kantonalen Planungen angepasst werden können und dass danach in einer zweiten Phase, wenn die Qualitätsindikatoren definiert sind, auch die Betriebsvergleiche erfolgen. Wie das heutige System nun sequenziell möglichst zügig, aber auch möglichst stabil und geordnet ins neue übergeführt werden sollte, sollte vom Ständerat noch einmal abgeklärt werden, auch im Hinblick auf Unebenheiten. Wir sind der Meinung, dass der Antrag Markwalder Bär dazu führt, dass sich in der ersten Phase eine gewisse Konkordanz zwischen Fallpauschalen und Planung ergibt. Die Differenz zur ursprünglichen Mehrheit ist ja bezüglich Zeit nicht sehr gross; das macht vielleicht ein Jahr aus. Deshalb sind wir der Meinung, dass es vernünftig ist, dem Antrag Markwalder Bär zuzustimmen und bei Absatz 1 gleichzeitig der Minderheit Bortoluzzi zu folgen, weil damit diese Unebenheiten beseitigt werden. Nachher, bei den weiteren Schritten des Übergangs – Absätze 2bis, 3 und 4 –, folgen wir bei den Sequenzen jeweils der Mehrheit.

Insgesamt unterstützen wir also die Minderheit bei Absatz 1, den Antrag Markwalder Bär bei Absatz 2 und nachher die Schritte gemäss Mehrheit. Das sollte einen geordneten Übergang ermöglichen. Wir gehen allerdings davon aus, dass der Ständerat das mit Hilfe der Verwaltung noch einmal sehr genau unter die Lupe nimmt.

Robbiani Meinrado (C, TI): Cette révision comporte des adaptations très significatives. On en a longuement discuté, que l'on pense à une planification plus précise et plus complète ou à l'introduction de tarifs forfaitaires, mais aussi à une nouvelle répartition plus précise de la participation des coûts entre cantons et assureurs. Ces adaptations impliquent d'abord des clarifications préliminaires, surtout en ce qui concerne l'introduction de critères uniformes pour la planification et qui impliquent aussi un processus décisionnel particulièrement délicat et approfondi. Par rapport à cela, le calendrier joue un rôle tout à fait particulier. Un temps suffisant doit être prévu pour permettre l'élaboration et l'application des mesures que l'on vient d'adopter, sur la base d'un critère de cohérence interne.

Face à ces considérations, le groupe PDC considère la proposition Markwalder Bär comme étant raisonnable. Son adaptation permettrait d'ailleurs de maintenir une divergence et donnerait au Conseil des Etats la possibilité d'approfondir la question et de réfléchir ultérieurement à l'adoption d'un calendrier répondant tout à fait aux tâches qui découlent de cette révision.

D'une manière générale, le groupe PDC suivra la majorité, mais il soutiendra la proposition Markwalder Bär.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous en sommes maintenant aux dispositions transitoires et à la question importante de savoir quand entrent en vigueur les dispositions relatives aux DRG, à la planification et au principe du «Cassis de Dijon». Ce sont trois problèmes qui sont résolus par les dispositions que vous avez votées jusqu'à ce jour. Mais ensuite il faut les mettre en oeuvre; et pour les mettre en oeuvre, il faut se poser quelques questions.

Est-il possible, comme le souhaite la proposition Markwalder Bär, de mettre en vigueur en même temps la planification et les DRG? J'ai quelques doutes. Je crois que les choses de-

vraient se passer un peu différemment. D'abord, la planification – peut-être pas sa mise en vigueur – doit être établie, de telle sorte que ceux qui y seront soumis introduisent les DRG.

L'argument de la majorité – ce n'est pas à moi de le reprendre, mais je crois l'avoir compris ainsi –, c'est de dire que l'introduction du système DRG exige beaucoup d'efforts et que ceux qui ne sont pas sur les listes n'auront pas d'intérêt à l'introduire puisqu'ils n'y sont pas soumis et qu'ils factureraient en fonction d'autres principes. Par conséquent, les partisans de la majorité disent qu'il faut d'abord savoir pour l'hôpital s'il sera sur la liste et au moment où il l'est, alors il investira pour introduire – avec tout ce que cela comporte de modifications dans la comptabilité, dans l'organisation de l'hôpital – le système DRG.

Par contre, si un hôpital doit introduire le système DRG en même temps qu'il apprend qu'il est sur la liste, il n'arrivera pas à s'en sortir. Evidemment, on peut répondre à cela que les cantons peuvent en principe dire aux hôpitaux qui seront sur la liste qu'ils doivent se préparer au système DRG, mais il y a quand même des possibilités de recours, il y a toute une série d'opérations qui peuvent être faites par ceux qui n'y sont pas. Alors les hôpitaux diront: «On a fait l'effort et, tout d'un coup, on nous annonce qu'on n'est même pas sur la liste.» Ce sont des problèmes très complexes.

C'est la raison pour laquelle je maintiens l'appui à la solution de la majorité. De toute façon, il y a des divergences avec le Conseil des Etats et il faudra avoir un nouveau débat dans ce dernier conseil pour mieux comprendre la portée des décisions que l'on souhaite.

En conclusion, nous soutenons la majorité, mais nous sommes disposés à rouvrir le débat sur ces problèmes au Conseil des Etats. L'essentiel, c'est qu'il y ait une divergence pour que ces problèmes restent ouverts. Il est important d'avoir déjà aujourd'hui un débat sur ces sujets. Il faudra le terminer au Conseil des Etats.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Übergangsbestimmungen regeln die Phase der Umsetzung und Einführung der neuen Spitalfinanzierung und sind daher wesentlich für das Gelingen des Systemwechsels. Nach dem Willen der Kommissionsmehrheit sollen die Übergangsbestimmungen folgende Ziele erreichen: Erstens müssen die einheitlichen Fallpauschalen ohne Verzögerung eingeführt werden. Zweitens sollen bei den Fallpauschalen Qualität und Kosteneffizienz vergleichbar gemacht werden. Diese beiden Kriterien – Qualität und Kosteneffizienz – müssen für die Aufnahme von Spitälern und Kliniken auf die Spitallisten ausschlaggebend sein. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gemäss Artikel 39 Absatz 2 Litera d KVG müssen die Kantone genügend Spitalkapazitäten auf die Spitallisten aufnehmen. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, zu dem die leistungsbezogenen Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Im Gegensatz zum Ständerat verzichtet Ihre SGK auf die Nennung von fixen Daten, sondern rechnet die Fristen ab Inkrafttreten. Im Idealfall kann die Teilrevision des Gesetzes auf 2008 in Kraft treten. Der Bundesrat legt fest, wie die getätigten Investitionen in die Tarifberechnungen einzubeziehen sind. Spätestens aber mit den Spitaltarifen im dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes müssen alle Listenspitäler aufgrund von einheitlichen Fallkosten gleich finanziert werden. Auf den gleichen Zeitpunkt soll auch die schweizweite Wahlfreiheit unter den Listenspitälern, das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip, eingeführt werden. Während der Einführungsphase vereinbaren Kantone und Versicherer die massgeblichen Vergütungsanteile. Allfällige Mehrkosten durch die Änderung der Spitalfinanzierung müssen beide Kostenträger paritätisch übernehmen. Bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen gelten die bisherigen Finanzierungsregeln. Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen müssen die Bundesvorgaben für die Planung und Anpassung der kantonalen Spitalisten nach den Planungskriterien des Bundes

innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes umgesetzt sein. Dieser Zeitplan dürfte schwer einzuhalten sein, nachdem wir jetzt mit Artikel 39 Absatz 2ter beschlossen haben, dass der Bund auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit Planungskriterien erlassen muss. Für die zu überarbeitenden Spitalplanungen gemäss dem neuen Artikel 39 müssen ja zuerst einmal die Vorgaben des Bundes vorliegen. Erst wenn sie beschlossen worden sind, können sie von den Kantonen auch umgesetzt werden. Es stellt sich daher die Frage, ob die Frist von zwei Jahren nicht etwas zu kurz ist und ob sie nicht gleich lang sein sollte wie die Phase für die Umsetzung bei der hochspezialisierten Medizin, welche wir ebenfalls in Artikel 39 geregelt haben.

Der Antrag Markwalder Bär geht in diese Richtung. Frau Markwalder Bär will, dass die Spitalplanungen spätestens im dritten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes mit der Einführung von Fallpauschalen den Anforderungen des neuen Artikels 39 entsprechen müssen. Die Kantone hätten also ein Jahr länger Zeit als mit der von der Kommission beschlossenen Fassung.

Der Antrag Markwalder Bär lag der Kommission nicht vor. Er dürfte aber zeitlich doch eher umsetzbar sein als die von der Kommission beantragte Fassung. Wie auch Herr Bundesrat Couchepin gesagt hat, wird sich der Ständerat nochmals mit diesen Übergangsbestimmungen befassen müssen. Wir müssen für diese Einführungsphase eine Frist setzen, aber sie muss auch realistisch sein. Die Übergangsfrist kann auch gestaffelt sein: Wenn gewisse Kantone schneller sind, wäre das gut; aber dass wir ihnen eine Frist von drei Jahren gewähren müssen, scheint mir sinnvoll zu sein.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/4139)

Für den Antrag der Minderheit 99 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit 66 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/4138)

Für den Antrag Markwalder Bär 168 Stimmen

(Einstimmigkeit)

Abs. 3 – Al. 3

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich halte fest, dass der Antrag der Minderheit Bortoluzzi zu Absatz 3 zurückgezogen worden ist.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. IIa

Antrag der Mehrheit

Titel

Änderung bisherigen Rechts

Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG)

Art. 34

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 53 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.

Antrag der Minderheit

(Rechsteiner Paul, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)
Streichen

Ch. IIa*Proposition de la majorité**Titre*

Modification du droit en vigueur

Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF)

Art. 34

Le Tribunal administratif fédéral connaît, conformément à l'article 53 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux.

Proposition de la minorité

(Rechsteiner Paul, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)
Biffer

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit Rechsteiner Paul haben wir bereits bei Artikel 53 KVG entschieden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. III*Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... am 1. Januar 2008 oder

Ch. III*Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... le 1er janvier 2008 ou

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Es folgen noch Fraktionserklärungen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion wird diese Vorlage ablehnen. Wir haben uns sehr dafür engagiert, dass wir mit dieser Vorlage in einem sehr wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung eine Grundlage nach dem Prinzip «bestmögliche Qualität zu tiefstmöglichen Kosten» schaffen. Deshalb haben wir auf der einen Seite die Regulierungen verstärkt, wie es in einem Anbietermarkt notwendig ist, wenn wir die Kosten unter Kontrolle behalten wollen. Wir haben die Planungskriterien des Bundes und jene der Kantone verstärkt. Wir haben in der Spitzenmedizin entsprechend gehandelt. Wir wären gerne noch weiter gegangen, mit mehr Kompetenzen beim Bund und mit der Einführung einer Bedürfnisklausel. Auf der anderen Seite haben wir Massnahmen unterstützt, die der Qualität und der Effizienz dienen: die Fallkostenpauschale und die freie Spitalwahl. Wir sind überzeugt, dass die Kosten ohne starke Regulierungen in einem Anbietermarkt nicht kontrolliert werden können. Wir sind aber ebenfalls davon überzeugt, dass es innerhalb des regulierten Marktes durchaus Freiheiten und Vergleichbarkeit geben muss.

Ich hatte gestern das Gefühl, die Katze lasse das Mäusen nicht. Die Mehrheit konnte es sich nicht verkneifen, einerseits mit dem Monismus-Artikel, aber andererseits vor allem

mit den Vertragsspitalern den regulierten Markt gerade wieder auszuhebeln. Damit haben wir ein völlig inkohärentes System. Die Kantone und der Bund müssen planen, aber per Gesetz wird diese Möglichkeit zur Planung bereits wieder ausgehebelt. Konkret: Die Kantone machen die Spitalisten, und die Spitalisten müssen per Gesetz den Bedarf an Betten abdecken. Dazu sollen jetzt aber noch die Vertragsspitäler weitere Betten zur Verfügung stellen, die über die Grundversicherung mitfinanziert werden. Jedes Bett in einem Vertragsspital ist damit aber per Gesetz eine Überkapazität. Damit schaffen wir Überkapazitäten per Gesetz und sind weiterhin kostentreibend.

Wir möchten das nicht, wir wollen kostendämpfende Massnahmen. Wir wollen, dass in diesem zentralen Bereich der Gesundheitsvorsorge die Kosten unter Kontrolle gehalten werden, die Qualität und die Effizienz gesteigert werden können. Das haben wir mit diesen inkohärenten Beschlüssen verpasst. Deswegen lehnen wir die Vorlage ab.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Wir werden dieser Vorlage zustimmen. Es scheint uns klar, dass mit dem sehr deutlichen Verdikt der Bevölkerung zur Einheitskasse ein entscheidender Systementscheid – im Übrigen zum zweiten Mal innerhalb dreier Jahre – gefallen ist. Die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger in diesem Land will eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung wettbewerbliche Reform, will keine Monopolisten und will keine überbordende staatliche Kontrolle.

Diese Weiterentwicklung haben wir nach unserer Auffassung jetzt gut und kohärent gemacht, indem jetzt klar ist, dass die wettbewerblichen Anreize im System in der nächsten Zukunft verbessert werden: Es wird Pauschalen geben, man wird die Preis- und Kostenstruktur transparenter machen, man wird die Ergebnisqualität kennen, es gibt einen Spitalinnenmarkt. Das wird Druck auf Überkapazitäten machen – und zwar wettbewerblichen Druck –, bei gleichzeitiger Akzentuierung der Qualität, und das ist es, was wir wollen. Der Staat behält seine wichtige regulatorische Rolle, er baut sie sogar etwas aus. Neu gibt es eine Harmonisierung der kantonalen Planungen, neu hat der Bund die Möglichkeit, dafür zu sorgen, dass diese planerischen Prinzipien, auch aufbauend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, umgesetzt werden. Der Staat erhält somit zunehmend die Rolle, die er haben sollte, nämlich die Rolle eines Regulators – und zwar eines strikten Regulators – des Gesundheitsmarktes, der auf Qualität und Transparenz achtet.

Wir sind also überzeugt, dass diese Vorlage in die richtige Richtung geht, werden ihr zustimmen und bitten Sie, dasselbe zu tun.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien donnera son aval à ce projet. Nous estimons que l'élément le plus important est le passage du financement par forfait journalier avec couverture du déficit par les pouvoirs publics à un système de financement des prestations fournies au patient. C'est cela qui fera la promotion de la qualité au meilleur prix. Cet élément principal du financement des hôpitaux doit maintenant pouvoir être avalisé et entrer en vigueur.

En ce qui concerne la planification, nous sommes aussi favorables à une planification mieux organisée pour la médecine de pointe. Elle doit aussi intervenir pour des raisons de qualité et de maîtrise des coûts. Nous laissons les cantons l'établir et prévoyons une épée de Damoclès s'ils ne font pas leur travail. Dans ce domaine, la Confédération pourra intervenir.

En ce qui concerne les listes des hôpitaux et la possibilité pour les personnes de se faire soigner dans toute la Suisse, nous estimons que c'est une bonne chose.

Ce projet passe au Conseil des Etats pour qu'il en évalue encore une fois les incidences du point de vue des compétences cantonales. Mais aujourd'hui, adoptons ce projet.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/4137)
Für Annahme des Entwurfes 113 Stimmen
Dagegen 54 Stimmen

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte
Proposition du Conseil fédéral
Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté

06.3009

Motion SGK-SR (04.061).
Einheitliche Finanzierung von
Spital- und ambulanten Leistungen
Motion CSSS-CE (04.061).
Financement uniforme des prestations
hospitalières et ambulatoires

Einreichungsdatum 24.01.06
Date de dépôt 24.01.06

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06

Bericht SGK-NR 23.11.06

Rapport CSSS-CN 23.11.06

Nationalrat/Conseil national 22.03.07

Antrag der Mehrheit

Annahme der modifizierten Motion
(... bis Ende 2010 eine Vorlage ...)

Antrag der Minderheit

(Goll, Fasel, Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)
Ablehnung der Motion

Proposition de la majorité

Adopter la motion modifiée
(Le Conseil l'année 2010)

Proposition de la minorité

(Goll, Fasel, Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)
Rejeter la motion

Goll Christine (S, ZH): Mit dieser vom Ständerat angenommenen Motion wird ein weiterer, grosser Schritt in Richtung Monismus gemacht, der den Krankenkassen noch mehr Entscheidungsmacht verleihen soll. Daran ändert auch die von der nationalrätlichen Kommission eingebaute zeitliche Verschiebung auf das Jahr 2010 nichts. Die Kantone würden damit an Einfluss verlieren; eine politische Steuerung wäre nicht mehr möglich; die demokratische Einflussnahme wird fundamental infrage gestellt.

Deshalb beantragen wir Ihnen die Ablehnung dieser Motion. Die Kommission des Ständerates ging ursprünglich davon aus, dass die Vorlage des Bundesrates aus den parlamentarischen Debatten hervorgehen würde, nachdem das von der ständerätlichen Kommission erarbeitete neue Modell in der ersten Runde am Widerstand der Kantone gescheitert war. Heute, auch nach diesen Beratungen hier im Nationalrat, sieht alles wieder ganz anders aus. Unser Haupteinwand gegen die vorliegende Motion ist das angestrebte monistische System im ambulanten Bereich: Bis heute ist nicht ge-

währleistet, dass der ambulante Sektor demokratisch gesteuert werden kann. Die Kantone haben heute sehr wohl Planungskompetenzen im stationären Bereich, und eine über die Kantongrenzen hinweg koordinierte Zusammenarbeit ist durchaus sinnvoll. Im ambulanten Sektor hingegen fehlen dem Bund und den Kantonen jegliche Steuerungsmöglichkeiten. Sosehr eine einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen wünschbar wäre, so wenig sind heute die gleichen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten vorhanden.

In der vorliegenden Motion wird zudem gefordert, dass die Schaffung einer Zahl- oder Clearingstelle geprüft werden soll. Was das für eine Konstruktion sein soll, wurde bisher nie ausgeführt. Klar ist aber, dass ein Prüfungsauftrag nicht Gegenstand einer Motion sein kann. Es geht hier also darum, möglichst schnell ein monistisches System einführen zu können. Das gleiche Unterfangen strebt ja auch die Mehrheit einer Subkommission der SGK an, die einen Gegenvorschlag zur SVP-Volksinitiative ausarbeiten soll. Die nun verlängerte Frist bis 2010 ist übrigens bereits wieder überholt: Wenn Sie jetzt Bilanz ziehen, sehen Sie auch, dass die Differenzen zu den ständerätlichen Beschlüssen sehr gross sind. Unter diesen Umständen ist es unzumutbar, dass der Bundesrat bereits einen neuen Entwurf unterbreiten soll, bevor die noch lange nicht zu Ende beratene Vorlage umgesetzt worden ist.

Zuerst müssten die Auswirkungen dieser Vorlage in der Praxis evaluiert werden, bevor der Bundesrat dem Parlament eine erneute Änderung vorschlägt. Ein monistisches System, das keine politische Steuerung und keine demokratische Kontrolle im Gesundheitswesen zulässt, kann nie im Interesse der Patienten und Patientinnen sein.

Borer Roland F. (V, SO): Die SVP-Fraktion wird selbstverständlich den Ständerat respektive die Kommissionsmehrheit unterstützen. Frau Goll, Sie hätten ja sagen können, was Sie wollen. Sie haben zwar in sehr blumigen Sätzen gesprochen, aber auf den Punkt gekommen sind Sie eigentlich nicht. Was Sie wollen, ist Staatsmedizin, weil es ohne Staatsmedizin keine sogenannte demokratische Kontrolle im ambulanten Bereich gibt. Demokratische Kontrolle im ambulanten Bereich heisst, dass Sie sämtliche Ärzte, sämtliche anderen Leistungserbringer politisch überwachen und kontrollieren wollen. Das wollen wir eben nicht.

Was wir wollen, ist eine wirksame Kostenkontrolle im Gesundheitswesen, und davor haben anscheinend verschiedene Leute sehr grosse Angst. Vielleicht würden die Resultate dann nicht genau das hervorbringen, was immer wieder behauptet wird, nämlich, dass eben dort, wo die öffentliche Hand im Spiel ist, die Leistungen effizienter erbracht werden können. Wir wollen wirksame Kontrollen zur Überwachung der Kosten; wir wollen Vergleiche machen können; wir wollen ein monistisches System, weil nur dieses System garantiert, dass wir nicht Äpfel mit Birnen und Kartoffeln mit anderem Gemüse vergleichen müssen. Im Übrigen wollen wir hier keine Präjudizien schaffen, dass die Zahlstelle allein die Krankenkassen werden müssen. Deswegen wird eben auch der Vorschlag gemacht, dass man dieses Problem über andere Zahl- oder Clearingstellen lösen kann.

Wir bitten Sie also hier, die Kommissionsmehrheit und damit auch die ständerätliche Lösung zu unterstützen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit unterstützen wird.

Cavalli Franco (S, TI): Ich werde mich sehr kurz fassen, weil ich schon lange der Meinung bin, dass in der Gesundheitspolitik eine vernünftige Diskussion nicht mehr möglich ist. Die Rechte, wozu ich bei der Gesundheitspolitik auch die CVP zähle, wünscht seit Langem keine vernünftige Diskussion mehr, und sie lehnt eine Diskussion ab, die auch nur annähernd wissenschaftlich ist. Was Sie seit Langem tun, ist einfach, die Interessen der Krankenkassenlobby zu vertreten – und das sehr konsequent.

Fünfte Sitzung – Cinquième séance

Montag, 24. September 2007

Lundi, 24 septembre 2007

16.30 h

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Art. 22a

Antrag der Kommission

Abs. 1 Bst. f

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

.... dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen sowie den in Artikel 84a

Art. 22a

Proposition de la commission

Al. 1 let. f

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

.... de la justice, des cantons et des assureurs ainsi que

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir behandeln die Differenz bei Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f. Der Nationalrat hat entschieden, dass bei der Datenerhebung auch Angaben bezüglich der Qualität der Leistungen zu machen sind. Darunter sind unter anderem Indikatoren bezüglich der Mortalität, der Infektionsraten usw. zu verstehen. Welche Indikatoren letztlich tatsächlich erhoben werden sollen, wird sich erst noch zeigen. Dabei ist auch auf die internationalen Erfahrungen abzustellen. Im Nationalrat wurde die Meinung vertreten, dass erst einmal mit zwei, drei Indikatoren begonnen werden soll, um entsprechende Erfahrungen zu sammeln.

Wir bitten Sie, hier dem Nationalrat zu folgen.

Bei Artikel 22a Absatz 3 schaffen wir eine Differenz zum Nationalrat. Hier wird festgehalten, dass die Daten vom Bundesamt für Statistik erhoben werden und wem diese Daten anschliessend zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Nationalrat hat auch die Kostenträger eingefügt. Angesichts der Tatsache, dass unter den Kostenträgern im ambulanten Bereich nur die Versicherer, im stationären Bereich aber Versicherer und Kantone zu subsumieren sind, schlägt Ihnen die Kommission vor, die Kantone explizit zu nennen. So wird sichergestellt, dass die Daten sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich zur Verfügung gestellt werden müssen. Dies, Herr Präsident, lediglich zuhanden des Amtlichen Bulletins.

Angenommen – Adopté

Art. 25 Abs. 2 Bst. f

Antrag der Kommission

f. Art. 41 Abs. 1ter)

Art. 25 al. 2 let. f

Proposition de la commission

f. let. b et art. 41 al. 1ter)

Art. 29 Abs. 2 Bst. b; 35 Abs. 2 Bst. i; 38

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 29 al. 2 let. b; 35 al. 2 let. i; 38

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Wir behandeln diese Bestimmungen gemeinsam, weil es dort überall um die Geburtshäuser geht.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f geht es, wie der Präsident erwähnt hat, um die Einfügung der Erwähnung der Geburtshäuser. Der Nationalrat macht mit seiner Formulierung klar, dass für den Aufenthalt in einem Geburtshaus für eine Entbindung dieselbe Finanzierung gilt wie bei einer Entbindung in einem Spital. Da die Bestimmungen nach Artikel 41 Absatz 1 bezüglich freier Spitalwahl auch für die Geburtshäuser gelten sollen, muss auch Artikel 41 Absatz 1ter, d. h. die Finanzierungsfrage, in diesem Artikel Erwähnung finden. Der Kanton hat mit der Liste ein Regulativ, mit dem dafür gesorgt wird, dass ein ausgeglichenes Angebot an Geburtshäusern, geburtshilflichen Abteilungen und anderen Einrichtungen entsteht. Auch Geburtshäuser werden damit, und dieser Nachtrag ist wichtig, der Planung der Kantone unterstellt.

In Artikel 38 wird die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 geregelt. Der Klarheit halber sei darauf hingewiesen, dass das neue Medizinalberufegesetz am 1. September in Kraft getreten ist. Darin werden die Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren in der Zulassung den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt.

Angenommen – Adopté

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2, 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2ter

.... von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

Abs. 3

.... sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der stationären Pflege und

Art. 39*Proposition de la commission**Al. 1, 2, 2bis*

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2ter

.... en prenant en considération la qualité et la rentabilité. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Al. 3

.... par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins résidentiels, une assistance médicale ainsi que

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a bis e und Absatz 2: Hier hat die Kommission einstimmig entschieden. In Artikel 39 geht es darum, Kriterien aufzulisten, welche Spitäler oder deren Abteilungen, die künftig zur Erbringung der obligatorischen Leistungen zugelassen werden sollen, erfüllen müssen. Der Nationalrat hat den Kriterienkatalog anders gegliedert und auch erweitert. Für die Planung fordert er einheitliche Planungskriterien durch den Bund auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin soll eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone eingeführt werden.

Der Nationalrat stellt grundsätzlich auf das geltende Recht ab und führt in Artikel 39 den Leistungsauftrag wieder ein. Mit dem Leistungsauftrag durch den Kanton wird dem Spital ein bestimmtes Leistungsspektrum im OKP-Bereich zugewiesen. Die Zuweisung eines Leistungsauftrages beinhaltet gleichzeitig gemäss Buchstabe e die Aufnahme des Spitals oder eines spezifischen Spektrums in die Spitalliste des Kantons. Dabei muss die Versorgungsstufe genannt und müssen in somatischen Akutspitälern die Leistungsbereiche, so zum Beispiel Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw., allenfalls auch Subspezialitäten erwähnt werden. Bei der Spitalplanung, die von einem oder mehreren Kantonen für seine oder ihre Einwohner aufgestellt wird, können alle Spitäler, das heisst inner- und ausserkantonale wie auch private, berücksichtigt werden. Einfacher ausgedrückt: Die Kantone legen fest, wo bestimmte Leistungen im OKP-Bereich für ihre Einwohnerinnen und Einwohner erhältlich sind. Dabei haben sie gemäss Beschluss des Nationalrates laut Absatz 2 ihre Planung zu koordinieren.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Herr Stähelin, möchten Sie sich noch zu Artikel 38 äussern, nachdem ich Sie offenbar nicht gesehen habe?

Stähelin Philipp (C, TG): Dem ist so. Ich glaube, dass auch die Frau Berichterstatterin von Ihnen übersehen worden ist. Ich weiss nicht, ob sie sich äussern will – dann müsste ich es nicht mehr tun.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich habe mich bereits dazu geäussert. Ich habe in meiner Berichterstattung alles erwähnt, was Sie in der Kommission erwähnt haben. Sie können das dann im Amtlichen Bulletin nachlesen, Herr Stähelin.

*Angenommen – Adopté***Art. 39a***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte noch kurz zu Artikel 39a sprechen. Der Nationalrat will den Artikel streichen. Wir haben uns dem angeschlossen, weil der Nationalrat alles, was wir auch schon beschlos-

sen haben, anders gegliedert hat. Ich habe mich vorher bereits dazu geäussert.

*Angenommen – Adopté***Art. 41***Antrag der Mehrheit**Abs. 1bis*

.... die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantones für die betreffende Behandlung gilt.

Abs. 1ter

Die Bestimmungen nach Absatz 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.

Abs. 2

.... gilt. (Rest streichen)

Abs. 3

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung

Abs. 3bis

Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.

Antrag der Minderheit

(Fetz, Brunner Christiane, Forster, Ory)

Abs. 1bis

.... Spitalliste aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung des Tarifs des Standortkantons des Listenspitals anteilmässig nach dem für den Wohnsitzkanton geltenden Kostenverteiler gemäss Artikel 49a.

*Antrag Leuenberger-Solothurn**Abs. 3*

Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49a geschuldeten Anteil.

Art. 41*Proposition de la majorité**Al. 1bis*

En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital figurant sur une liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a jusqu'à hauteur du tarif qui est en vigueur pour ce traitement dans un hôpital figurant sur la liste du canton de résidence.

Al. 1ter

Les dispositions selon l'alinéa 1bis s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.

Al. 2

.... fournisseur. (Biffer le reste)

Al. 3

.... fourni par un hôpital qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence, l'assureur

Al. 3bis

Sont réputés raisons médicales selon les alinéas 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

Proposition de la minorité

(Fetz, Brunner Christiane, Forster, Ory)

Al. 1bis

.... (hôpital figurant sur la liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur la liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de la rémunération correspondant au tarif du canton de traitement en fonction de la clé de répartition des coûts valable pour le canton de résidence selon l'article 49a.

*Proposition Leuenberger-Solothurn**Al. 3*

Si, pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier dans un hôpital situé hors de son canton de résidence qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de résidence, celui-ci rembourse la part due conformément à l'article 49a.

Abs. 1bis – Al. 1bis

Forster-Vannini (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 41 Absatz 1bis geht es um die freie Spitalwahl. Gemäss Nationalrat soll die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz verankert werden. Im Nationalrat wurde die Frage, nach welchen Kriterien die Finanzierung der freien Spitalwahl zu erfolgen habe, eigentlich eher am Rande erörtert. Ihre Kommission hat vorerst einmal die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zu dieser Frage angehört. Die GDK ist der Meinung, dass die freie Spitalwahl in einem System, bei dem die Kantone zu einer Planung verpflichtet werden, wenig Sinn mache. Wer das Bedürfnis habe, eine grössere Auswahl an Spitälern in Anspruch zu nehmen, könne – immer noch gemäss GDK – für wenig Geld eine Zusatzversicherung abschliessen. Die freie Spitalwahl bedeutet zudem für die Kantone eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung.

Ihre Kommission hat in der Folge die ganze Problematik nochmals eingehend diskutiert und schlägt Ihnen vor, im Grundsatz der freien Spitalwahl, wie sie vom Nationalrat postuliert wird, zu folgen. Ich möchte dabei nochmals festhalten, dass der Umstand, dass die Kantone in Zukunft auch private Listenspitäler im OKP-Bereich mitbezahlen, nichts mit der freien Spitalwahl zu tun hat. Das ist in der Gesetzesrevision mit der vorgegebenen Finanzierung sowieso vorgesehen. Künftig zahlen Versicherer und Kantone allen Versicherten die OKP-Kosten, egal in welchem Listenspital sie sich behandeln lassen. Dies gilt auch, wenn Sie der freien Spitalwahl nicht zustimmen sollten. Zudem haben schon heute 80 Prozent der Versicherten über eine Zusatzversicherung die nationale Wahlfreiheit.

Die meisten Spitalbehandlungen bleiben aber trotzdem regional gebunden, denn die Patientinnen und Patienten schätzen ihre Regionalspitäler, wie ja auch die kürzlich publizierte Umfrage von *comparis.ch* zeigt. Dem Anliegen der Kantone soll aber insofern Rechnung getragen werden, als bei der Behandlung in einem Listenspital die Vergütung gemäss Artikel 49a vom Kanton und den Versicherern anteilmässig zu übernehmen ist, das heisst höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Mit dieser Gesetzespräzisierung können denkbare Mehrkosten verhindert werden.

Gestatten Sie, dass ich zum besseren Verständnis noch einmal auf die nicht ganz einfache Handhabung der Finanzierung kurz eingehe. Mit der Einführung des DRG werden zwei Faktoren wichtig: zum einen der Normkostenpreis, zum anderen der DRG-Faktor. Der Faktor DRG, zum Beispiel für

eine unproblematische Blinddarmoperation, wird in der ganzen Schweiz derselbe sein. Der Normkostenpreis hingegen wird für dieselbe Operation zu Beginn von Spital zu Spital und von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Der Unterschied ist auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen an den Spitälern zurückzuführen. Mit der Zeit – genauer: je länger der Wettbewerb spielt – gleichen sich die Preisunterschiede an. Zudem ist auch davon auszugehen, dass sich für bestimmte Eingriffe Kompetenzzentren entwickeln und nicht mehr alle Spitäler das ganze Leistungsspektrum anbieten werden.

Bis zu jenem Zeitpunkt soll sich gemäss der Mehrheit Ihrer Kommission die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, richten. Nur so wird die freie Spitalwahl nicht zum Bumerang für all jene Kantone, die bei den Normkostenpreisen am unteren Rand der Bandbreite sind. Für all diejenigen Einwohnerinnen und Einwohner von Kantonen, deren Normkostenpreise für Behandlungen am unteren Rand der Bandbreite sind, heisst dies allerdings, dass Behandlungen in Kantonen, deren Preise höher sind als der Tarif, nach dem im Listenspital des Wohnkantons abgerechnet wird, auch weiterhin nur über eine Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden können. Das ist auch der Grund, weshalb Ihnen eine Minderheit der Kommission beantragt, dass die Vergütung gemäss den Tarifen des Standortkantons zu geschehen hat. Die Minderheit wird ihre Gründe selber darlegen; ich werde dazu keine Angaben machen.

Noch ein Letztes: Wenn jemand aus persönlichen Gründen ein Spital aufsuchen will, das weder auf der Liste des Wohnkantons noch auf jener des Standortkantons aufgeführt ist, kann er dies tun, aber ebenfalls unter entsprechender Kostenfolge.

Die Kommissionsmehrheit bittet Sie, ihrem Antrag zuzustimmen und den Kantonen in der Frage der Finanzierung entgegenzukommen, damit sie nicht wesentlich mehr an die Spitalfinanzierung beitragen müssen. In diesem Sinne bitte ich Sie jetzt, der Mehrheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Ich muss vorausschicken, weil die Sache kompliziert ist, worum es bei meinem Minderheitsantrag nicht geht. Es geht nicht um den Entscheid für oder gegen eine freie Spitalwahl. Diesen Entscheid werden Sie erst nachher fällen, beim Antrag Leuenberger-Solothurn. Bei meinem Minderheitsantrag geht es um Folgendes: Wenn die freie Spitalwahl eingeführt wird, dann soll sie für alle Patienten und Patientinnen gelten, unabhängig davon, ob sie eine Zusatzversicherung haben. Dies aus folgenden Gründen: Ich finde, man muss klar sehen, wer sich für eine freie Spitalwahl einsetzt, nämlich die Mehrheit Ihrer SGK, und dagegen habe ich gar nichts. Dann muss man aber konsequenterweise auch dafür sorgen, dass wir dann nicht eine freie Spitalwahl haben und zugleich ein Zweiklassenmedizin-System. Denn nur Leute mit einer Zusatzversicherung können sich die freie Spitalwahl leisten, oder ein bisschen «sec» formuliert: Wenn Sie freie Spitalwahl nur in Kombination mit der Zusatzversicherung wollen, dann können Sie geradeso gut beim Status quo bleiben, weil sich nämlich dann gar nicht wahnsinnig viel verändert.

Wir von der Minderheit sind aber für die freie Spitalwahl, und zwar nicht zuletzt aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Wir finden jedoch, dass das Recht dann tatsächlich auch allen zustehen muss, auch jenen, die keine Zusatzversicherung haben. Deshalb ist es notwendig, dass die Tarife, die bei der freien Spitalwahl bezahlt werden, jene des Standortspitals sind und nicht jene des Wohnortes der Patientin oder des Patienten.

Jetzt argumentieren einige, das sei dann viel zu teuer; da würden die Kosten explodieren. Ich möchte einfach darauf hinweisen, dass es bereits heute so ist, dass ausserkantonale Behandlungen aus medizinischen Gründen nach dem Tarif des Standortkantons bezahlt werden. Das würde also keine Änderung am Prinzip bedeuten. Wir wissen auch aus Befragungen von Patienten und Patientinnen, dass die aus-

serkantonalen Behandlungen nicht einfach sprunghaft ansteigen werden. Ein Teil der Krankenversicherer hat Angst, dass dann die Patienten sofort nur noch in irgendwelche Luxus-Universitätsspitäler gehen. Ich bin sicher, davor muss man keine Angst haben, denn das ist bei Ihnen und mir, bei jedem Menschen so: Wenn er nicht unbedingt wegmuss, zum Beispiel aus medizinischen Gründen oder weil er in einem Grenzkanton lebt und hundert Meter ennet der Grenze ein entsprechend qualitativ gutes Spital ist, geht er auch nicht weg.

Man will in das nächstgelegene, regionale Spital. Einfach so wird man nicht von Basel nach Genf gehen wollen, ausser es ist medizinisch notwendig; das ist aber heute schon gesichert. Etwas ist aber nicht gesichert, das wissen wir von den Patientenorganisationen: Es gibt Hunderte von Fällen, in welchen Patienten aus den Grenzkantonen notfallmässig eingeliefert werden und sich im Nachhinein herausstellt, dass es sich zwar in Bezug auf die Schmerzen um einen Notfall handelte, aber kein Notfall im Sinne der Liste der Notfälle bestand. Die Patientenorganisationen werden heute mit Anfragen von Patienten überhäuft, die erst nachträglich mit exorbitanten Rechnungen konfrontiert werden und bei denen sich der Wohnkanton weigert, diese Tarife zu bezahlen, nur weil sie sich in einem Grenzkanton – und das ist in der kleinen Schweiz schnell der Fall – befanden und meinten, sie seien ein Notfall. Das ist das Problem, und das ist die wichtige Frage, die Sie bei meinem Minderheitsantrag entscheiden müssen: Wenn Sie das nicht zulassen wollen, wenn Sie freie Spitalwahl wollen, dann dürfen Sie jene, die keine Zusatzversicherung haben, nicht diskriminieren, ausser Sie wollen offen zu einem Zweiklassensystem stehen. Das ist sicher nicht die Idee.

Vielleicht noch zu jenen, die Angst haben – es sind verständlicherweise auch die Gesundheitsdirektoren –, dass nachher die Behandlungen und die Preise sozusagen explodieren: Das hat wiederum nichts mit der Minderheit zu tun, die ich vertrete, sondern hat damit zu tun, ob Sie sich für eine freie Spitalwahl entscheiden oder nicht. Ich persönlich glaube und bin überzeugt, dass die Preise – und die entsprechenden Daten zeigen das auch – in Zukunft nicht explodieren werden, und zwar, weil wir mit der Spitalplanung gleichzeitig die Fallpauschalen einführen. Das DRG-Prinzip wird es uns erlauben, sowohl die Kosten wie die Qualität der Spitäler zu vergleichen. Das ist im Interesse der Patientinnen und Patienten.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag der Kommissionsminderheit zuzustimmen und die freie Spitalwahl für sämtliche Patientinnen und Patienten möglich zu machen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich wundere mich eigentlich, dass das Votum von Frau Fetz nicht bereits bei Absatz 1 gekommen ist und weshalb Absatz 1 von Artikel 41 bis jetzt in der ganzen Diskussion überhaupt nie zu irgendwelchen Fragen und Bemerkungen Anlass gegeben hat. Schauen Sie sich das an, dort werden beim ambulanten Bereich die Kosten ebenfalls höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person und in deren Umgebung gilt, verrechnet. Also auch dort gilt der Wohn- bzw. Arbeitskanton. Das ist exakt das gleiche System, welches wir hier in Absatz 1bis nun auch für den stationären Teil übernehmen. Wenn man ringsum im ganzen Land freie Wahl – wie hoch und wie spezialisiert und wie auch immer – gewähren möchte, dann hätte man das systemgerecht auch bei Absatz 1 einbringen müssen. Das haben wir aber nicht getan. Dieses System dort funktioniert für den ambulanten Bereich seit jetzt bald zehn Jahren so. Ich habe noch selten viel darüber reklamieren hören. Es wirkt eben auch in jenem Bereich, unter anderem wegen dem schönen Wörtlein «höchstens», etwas in eine Richtung, welche kostenmindernd wirkt – darauf möchte ich hinweisen –, wenn wir eben den Tarif anwenden, welcher im Wohnkanton gilt. Das bedeutet übrigens, dass die freie Spitalwahl, Frau Fetz, für Basel-Städter wohl völlig ungehindert gilt, weil nämlich die Tarife in Basel-Stadt recht hoch angesetzt sind. Die Basel-Städter können hin, wo sie wollen.

Hingegen ist es umgekehrt etwas anders. Wenn dann ein Einwohner eines Kantons mit tiefen Tarifen eben an einen anderen Ort will, der die genau gleiche Behandlung anbietet – vielleicht ein Universitätsspital für den Blinddarm, obwohl die Blinddarmoperation selbstverständlich im eigenen Spital auch angeboten wird, allerdings zu einem etwas günstigeren Tarif –, dann muss eben das zu seinen Lasten gehen und nicht zulasten der Prämien- und Steuerzahler seines Wohnkantons. Darum geht es doch am Schluss, nicht wahr? Die Mehrkosten zahlen dann die Versicherten und die Steuerzahler des Wohnkantons. Da gibt es eine Verteilung, und wer sich eine teure Behandlung leisten will, der macht das auf Kosten aller anderen.

Das ist vielleicht auch eine solidarische Art und Weise – mir behagt diese nicht. Ich sage es noch einmal: Das wirkt kostensteigernd. Wenn Sie bei unserem System bleiben, bei der Mehrheit, dass eben der Tarif des Wohnkantons gilt, dann bedeutet das unwillkürlich, dass problemlos vom teuren Tarifkanton zum anderen gewechselt werden kann, dass umgekehrt aber eine Schwierigkeit besteht. Das bedeutet, dass der teure Kanton auch einem gewissen Druck ausgesetzt wird, seine Tarife nach unten zu korrigieren. Übrigens läuft dafür die Sache für den Kanton und den Prämienzahler des Hochtarifkantons besser; sie zahlen dann tendenziell auswärts weniger. Beides wirkt im Effekt in eine kostendämpfende Richtung. Ich glaube, das wollen wir ja alle.

Sie haben darauf hingewiesen, dass hier eine Zweiklassengesellschaft entstehen könnte. Ich höre dieses Argument bei praktisch allen Verbesserungen des KVG, welche kosten-senkend wirken. Hier kann ich Sie beruhigen: Ich bin völlig überzeugt, wenn diese Mechanik der Anwendung des tieferen Tarifs des Wohnkantons zum Spielen kommt, dann wird das Auswirkungen auf das neue System der DRG haben. Dann wird das tendenziell dazu führen, dass sich die DRG-Tarife der ganzen Schweiz anpassen. Machen wir das aber nicht, dann haben die Spitäler des Hochtarifkantons gar keine Veranlassung, die Tarife zu senken; je höher, desto besser das Geschäft. Weshalb sollen sie die Tarife senken? Zahlen müssen der auswärtige Wohnkanton und die dortige Krankenkasse ohnehin. Auch das lenkt in eine falsche Richtung.

Sie haben auch das Beispiel Notfall angeführt und gesagt, wie hier Hunderte von Fällen zu Schwierigkeiten führen. In der Praxis – da kann ich Sie beruhigen – läuft das anders. Natürlich gibt es immer mal wieder auch einen Notfall, der sich schlussendlich nicht als Notfall herausstellt. Wie geht das? Die Spitäler wissen haargenau, dass sie das zu prüfen haben, und die Spitäler setzen auch alles daran, dass in solchen Fällen eben die Behandlung allenfalls stattfindet, dann aber der Patient raschestmöglich wieder in seinen Wohnkanton zurückkommen kann und dort eben wieder zu tieferen Kosten behandelt wird. Das ist der Normalfall, und das läuft eigentlich in der Praxis bis jetzt gar nicht so schlecht ab. Insgesamt stehen wir hier vor der Frage: Wollen wir die Kantone – und deren Versicherte –, welche heute alles daran setzen, ihre Kosten und demzufolge ihre Tarife tief zu halten, verpflichten, ausserkantonal höhere Auslagen zu generieren? Wollen wir das? Dann belasten wir auch das Gesamtsystem. Dann müssen wir uns aber auch nicht wundern, wenn dann eben die Prämien insgesamt wieder ansteigen. Ich bitte Sie, hier den richtigen Weg zu wählen, nämlich jenen, welcher im Effekt in die Richtung von tieferen Preisen wirkt.

Ich bitte Sie, mit der Mehrheit zu stimmen.

Schwaller Urs (C, FR): Im Grundsatz geht es dann eigentlich auch um die Frage, ob der Status quo beibehalten oder ein Schritt in Richtung einer gewissen Öffnung getan wird. Wenn ich den vorgelegten Artikel nehme, so stelle ich fest, dass drei Absätze, nämlich die Absätze 1 und 1bis sowie der nachher zu diskutierende Absatz 3, eng miteinander verzahnt sind. Ich unterstütze jeweils die Mehrheit. Ich möchte in dieser Diskussion versuchen, die Fragestellung noch einmal kurz in den Kontext einzubetten. Dreh- und Angelpunkt der ganzen Vorlage sind für mich einerseits die

schweizweit angeordneten und alsdann zu veröffentlichen Betriebsvergleiche zwischen Spitalern, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität, sowie andererseits die ebenfalls schweizweit auf der gleichen Grundlage einzuführenden Fallpauschalen. Mit diesen beiden Instrumenten werden wir die Kosten besser in den Griff bekommen, wie zudem in Sachen Qualität und Behandlungsergebnisse auch etwas mehr Transparenz geschaffen wird.

Ist dies der Fall, so ist es für mich nur folgerichtig, dass der Patient sein Spital und seine Leistungserbringer auch wählen kann. Es kann ja nicht sein, dass ich als Patient, nur weil ich keine Zusatzversicherung habe, gezwungen bin, in ein Spital zu gehen, das mir vom Kantonsplaner vorgegeben wird, und dies, obwohl gerade dieses Spital punkto Qualität und Behandlungsergebnisse schlechtere Resultate aufweist als ein anderes Spital in der Nähe oder auch in einem anderen Kanton. Mit der Bedingung nun, dass die Wahl nur aus den auf der Liste des Wohn- und Arbeitsortes aufgeführten Spitälern stattfinden kann, wie ebenfalls mit der Einschränkung, dass der Wohnkanton ausser bei Notfällen und bei medizinischer Notwendigkeit höchstens den Kostenanteil zu bezahlen hat, der auch im teuersten Listenspital dieses Kantons anfallen würde, haben wir in der Kommission mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit genug Bremsen zugunsten unserer Kantone eingebaut. Mit diesen Bremsen, wenn ich das so ausdrücken darf, ist auch die notwendige finanzielle Sicherheit für die zahlenden Kantone gegeben.

Man sagte uns auch vonseiten der Kantone – und in den letzten Tagen haben wir entsprechend viel Post erhalten –, dass mit diesem ersten Schritt zur freien Spitalwahl keine kantonale Planung mehr möglich sei. Das stimmt so aber nur sehr bedingt. Bereits heute können sich ja Zusatzversicherer ausserhalb des Kantons oder sogar im Ausland behandeln lassen. Eine umfassende und abgesicherte kantonale Planung ist ja bereits heute nicht möglich. Im Übrigen bleibt der Widerspruch zwischen Planung und Wettbewerb ja immer bestehen und wird so lange bestehen bleiben, wie wir den Schritt zum Monismus nicht gemacht haben. Diesen Schritt wollen die Kantone aber ebenfalls nicht. Die Vorlage nimmt nun als Ausgangspunkt, dass inskünftig weniger der Kanton, sondern der Patient sagen soll, wo er hingehen und sich auch behandeln lassen will. Ich meine, wir können nun endlich auch den nur grundversicherten Patienten für mündig erklären und ihm die Wahl des Spitals zutrauen. Und ich meine, dass mit unserem Mehrheitsantrag auch den Interessen der Kantone Genüge getan ist.

In diesem Sinne lade ich Sie denn auch ein, die Mehrheit zu unterstützen. Mir scheint es in dieser ganzen Diskussion wichtig zu sein, dass sich nun etwas bewegt und dass wir nicht beim Status quo bleiben.

Brändli Christoffel (V, GR): Meine Interessenbindung ist, glaube ich, bekannt.

Ich möchte doch zu diesem Thema auch etwas sagen. Frau Fetz hat einen sehr visionären Antrag gestellt. Er funktioniert sogar, wenn wir einmal so weit sind, dass die DRG greifen, dass die Tarife sich gesamtschweizerisch nach den günstigen Spitalern ausrichten, die Preisdifferenzen nicht sehr gross sind; dann könnte ich diesem Antrag sofort zustimmen. Aber wir haben heute eine andere Situation. Wir haben unter den Spitalern für die gleichen Leistungen Differenzen von über 100 Prozent. Wir haben sehr teure Spitäler, und wir haben günstige Spitäler. Das ist entstanden, weil wir über Jahrzehnte hinweg immer die Kosten voll entschädigt haben. Nun ist es so, dass die DRG vielleicht in zehn Jahren greifen werden; wenn wir keine Kostenkontrolle einführen, wahrscheinlich nicht einmal in zwanzig Jahren. Wir sind weit weg davon, die Kosten mit dem, was wir hier beschliessen, in den Griff zu bekommen.

Nun möchte ich Ihnen am Fall Basel-Stadt doch die Differenz zwischen dem Antrag der Kommissionsminderheit und dem der Kommissionsmehrheit darlegen. Ein Basler hat die freie Spitalwahl – vielleicht kann er nicht nach Genf gehen –, weil er eben sehr hohe Tarife hat. Und die Basler Spitäler können gemäss dem Antrag der Minderheit Fetz Kunden in

der ganzen Schweiz anwerben, weil ja jeder Kanton verpflichtet ist, die hohen Tarife von Basel zu bezahlen. Das gibt natürlich keine Anreize für Basel, die Kosten zu senken, effizienter zu produzieren. Es gibt auch keinen Konkurrenzdruck. Was wir mit dem Antrag der Mehrheit wollen – zumindest während einer Übergangsfrist –, ist, dass die teureren Spitäler ihre Tarife überprüfen, dass sie wettbewerbsfähiger produzieren oder aufhören zu produzieren. Diesen Wettbewerbsdruck also wollen wir schaffen. Was ist die Konsequenz? Die Konsequenz wird sein: Man wird nicht nach Basel in ein teures Spital gehen, sondern nur die Wahl zwischen Spitalern treffen, die kostengünstig sind. Diesen Druck müssen wir doch jetzt schaffen, zumindest in der Übergangszeit, bis diese DRG greifen. Ich verstehe nicht, dass man jetzt einen Antrag stellt, der eigentlich das ganze Kostendenken, das all diese Probleme geschaffen hat, die wir haben, über Jahre hinweg zementieren will. Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Ich muss nach dem Votum von Kollege Brändli schon noch ganz kurz etwas sagen, damit hier keine Missverständnisse entstehen: Ich weiss, die Materie ist derart komplex, dass es relativ einfach ist, hier Behauptungen in den Raum zu stellen. Mein Minderheitsantrag hat überhaupt nichts damit zu tun, dass ich zufällig die Kantonsvertreterin von Basel-Stadt bin. Der Antrag der Minderheit wird von Leuten aus mehreren Kantonen unterstützt – einfach, damit das hier klar gesagt ist!

Wenn Sie, Herr Brändli, sagen, DRG bringe nicht die Transparenz und Vergleichbarkeit, die wir uns hier alle wünschen, können wir die Übung gleich ganz abbrechen. Das ist ja das Kernelement der Spitalfinanzierung! Und die freie Spitalwahl ist eigentlich eine Folge dieses Kernelementes, dass wir nämlich mit der Zeit einen Spitalmarkt Schweiz und nicht einen Spitalmarkt mit 26 kleinen Märktlein haben, wo man die Patientinnen und Patienten zwingt, dorthin zu gehen, wo sie wohnen, unabhängig davon, wie die Qualität und die Preise des Spitals sind. Das kann doch nicht sein!

Ich sage es nochmals: Wer für die freie Spitalwahl ist, muss konsequenterweise auch sagen, dass diese für alle Versicherten und nicht einfach für jene, die eine Zusatzversicherung haben, gelten soll. Eine andere Diskussion ist, ob Sie diese Freiheit wollen. Wir wissen, die Kantone sind dagegen. Ich stelle hier einfach Folgendes fest: Bis jetzt habe ich vor allem Stimmen gehört, die sich um die Gesundheitsdirektoren Sorgen machen, Stimmen, die sich um die Kassenvertreter, also um die Kassen, Sorgen machen. Aber ich habe noch keine Stimme gehört, die sich um die Patientinnen und Patienten Sorgen macht, und ich vertrete hier nur diesen Teil. Für diesen Teil ist es elementar wichtig, ob er bei einer freien Spitalwahl eine Zusatzversicherung haben muss oder nicht. Wenn dies der Fall ist, muss man so ehrlich sein und sagen: Die freie Spitalwahl ist nur für jene, die eine Zusatzversicherung haben. Dann muss man das aber offen und ehrlich sagen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich wollte nur sagen, DRG ohne Kostenkontrolle bringen nichts. Das habe ich gesagt. Ich möchte schon sagen, wenn man sich für tiefere Prämien und gegen hohe Kosten einsetzt, dann setzt man sich eben auch für die Patienten ein. Ich bin also nicht einverstanden mit Ihrer Behauptung, dass Sie die Patientenvertreterin hier in diesem Hause sind, nachdem Sie sich für eine Lösung einsetzen, die kostentreibend ist.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Brändli a dit tout à l'heure que la proposition de la minorité Fetz était «visionnaire». De temps en temps, il faut interpréter le ton sur lequel les choses sont dites. Quand on dit d'une proposition qu'elle est visionnaire, c'est pour mieux la combattre ou, au contraire, cela force un peu l'admiration.

Je ne sais pas si c'était positif ou critique de la part de Monsieur Brändli. Mais ce qui est vrai, c'est que, certainement, dans dix ou vingt ans, on sera absolument étonné d'imaginer une période où le marché suisse de la santé était comparti-

menté comme il l'est aujourd'hui, ou comme il l'était au XIXe siècle, quand il y avait des péages véritablement à toutes les frontières des cantons: ainsi, lorsqu'on voulait sortir d'un canton, il y avait des problèmes qui se posaient pour aller dans un hôpital – même si c'était de l'autre côté du pont.

Je crois que le système actuel est condamné et, un jour, il y aura la liberté de circulation des patients. Il est vrai, Monsieur Stähelin l'a dit, qu'on ne l'a pas prévue dans le système ambulatoire. Mais quand même, dans le système ambulatoire les choses sont moins graves. Il y a des différences de points, c'est vrai, mais les choses sont quand même moins graves. En tout cas, à terme il faudra y arriver. Or ce que je crains, dans toute l'opération qu'on est en train de mener avec le régime tarifaire Swiss DRG, c'est qu'après avoir ouvert des perspectives de concurrence par le biais du système DRG, on rétablisse, par le biais de la valeur des points, des frontières cantonales – voire à l'intérieur des cantons – infranchissables. Le système Swiss DRG permet des comparaisons, encore faut-il que la tarification n'entraîne pas de telles difficultés que la comparaison devienne impossible.

Les cantons protestent contre l'idée de la libre circulation des patients en disant que cela va tuer la planification. Qui ira dans un autre canton se faire soigner à l'hôpital si ce n'est pas nécessaire? Peut-être qu'un Glaronnais ira à Zurich parce que sa famille est à Zurich et que, finalement, cela fait partie du bien-être du patient d'être opéré là où se trouve sa famille. Mais ce sera une petite minorité de patients: 1, 2 ou 3 pour cent, ce n'est pas significatif. En tout cas, ça ne peut probablement pas «tuer» la planification hospitalière, parce que 1, 2 ou 3 pour cent des patients, c'est dans les prévisions dont une planification doit tenir en compte.

Je peux vous citer le cas du Valais: si l'hiver est beau, les gens se cassent une jambe – cela fait peut-être 1 ou 2 pour cent de personnes en plus dans les hôpitaux; si l'hiver est médiocre, il y en a qui se cassent une jambe, mais moins.

Donc, 1 ou 2 pour cent de patients qui vont se déplacer d'un canton à l'autre, cela ne remet pas en cause la planification hospitalière. Par contre, c'est un indicateur qui signale si tendanciellement les patients sont plus ou moins contents d'un hôpital et s'éloignent d'un système pour aller vers un autre. C'est un indicateur important qui peut être intéressant à terme.

On a plusieurs problèmes avec ce système. Le premier, c'est évidemment que, si on introduit la libre circulation des patients, il faut éviter que les hôpitaux universitaires soient surchargés par des cas bénins. Là, il faudrait de toute façon, si on y arrive un jour, prévoir des possibilités de limitation pour les hôpitaux à hautes qualifications. Je ne crois pas en effet qu'il serait justifié de laisser aller vers les hôpitaux précités des personnes qui n'ont besoin que de soins tout à fait ordinaires.

Le deuxième problème, c'est celui de savoir, lorsque les cantons doivent participer financièrement, s'ils doivent payer le tarif de l'hôpital où va se faire soigner le patient ou le tarif appliqué dans le canton d'origine. Alors, je dois dire, Monsieur Stähelin, que j'ai souri intérieurement quand vous avez dit, avec une prudence que je fais mienne régulièrement: «Évitons de faire des pas trop grands.» Je me souviens de la discussion qu'on a eue au début de ces débats, à propos de la révolution que vous vouliez déclencher avec l'introduction immédiate du système moniste: là, il fallait être visionnaire et prendre des risques. Et tout à coup, je vous ai convaincu et vous devenez plus prudent que le Conseil fédéral, et vous dites: «Allons pas à pas, lentement, mais sûrement, car sinon, le canton de Thurgovie risque d'être un peu en difficultés alors qu'il a très bien travaillé jusqu'à maintenant.» J'accepte cette conversion et ce ralliement à un drapeau sans panache qui évite un conflit direct avec les cantons.

J'allais dire que, comme député, je serais tenté de voter la proposition de la minorité Fetz; mais, comme conseiller fédéral, je crois que je ne peux pas recommander de voter en sa faveur, car c'est aller de manière frontale contre l'opinion des cantons; c'est littéralement les provoquer. Malgré toute la sympathie que j'ai, à titre personnel, pour cette cause, à la

fin, comme conseiller fédéral, je me vois contraint de vous dire que la solution de la majorité est probablement la plus prudente et la plus acceptable.

Encore faut-il qu'on fasse le pas suivant, ultérieurement. Et cela, c'est l'éternel problème dans ce pays: quand fera-t-on le pas suivant? J'espère qu'au moins, cette petite ouverture vers la libre circulation – c'est passer à l'abandon d'un marché de la santé compartimenté digne du XIXe siècle, à l'abandon des «péages» – obligera les cantons à commencer à faire de la planification supracantonale. Car au fond – et c'est peut-être là l'avantage le plus extraordinaire de la proposition de la majorité –, si les cantons ne sont plus sûrs de conserver leur clientèle captive, ils devront commencer à réfléchir au niveau des régions. Or lorsqu'on parle de régions, on dépasse le cadre des cantons.

En conclusion, je suis personnellement, affectivement, en faveur de la solution Fetz. Mais politiquement, je crois que c'est entrer dans un conflit tel que je vous recommande de rejeter la proposition de la minorité Fetz et de voter la solution de la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 30 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 6 Stimmen

Abs. 1ter – Al. 1ter

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 2 – Al. 2

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat hat entschieden, dass sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt, richtet, wenn bei ambulanten Behandlungen aus medizinischen Gründen ein anderer Leistungserbringer beansprucht wird. Wir schliessen uns dem an. Wir sind aber der Meinung, dass die medizinischen Gründe nicht nur für die ambulanten, sondern auch für die stationären Fälle geregelt werden müssen. Wir haben das in Absatz 3bis aufgenommen. Wir schliessen uns hier an, aber nur für den ersten Satz.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 3 – Al. 3

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es um die Frage, wie die Finanzierung künftig zu regeln ist, wenn versicherte Personen bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital gehen. Da im Regelfall die Vergütung gemäss Tarif des Wohnkantons zur Anwendung kommt, muss neu auch definiert werden, dass bei einer Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, eben dieselbe Finanzierungsregelung wie im Wohnkanton zur Anwendung kommt.

Leuenberger Ernst (S, SO): Eine Vorbemerkung: Ich bin Herrn Schwaller sehr dankbar, dass er die Zusammenhänge zwischen der Regelung in Absatz 1bis und der Regelung in Absatz 3 aufgezeigt hat. Es wäre auch möglich gewesen, das alles in einem Aufwisch zu behandeln. Ich muss jetzt halt noch einmal auf einen Teil der Geschichte zurückkommen.

Ich pflege eigentlich immer die Quelle zu nennen, wenn ich etwas nicht selber erfunden habe: Mein Antrag kommt aus der Küche der Departemente Gesundheit und Finanzen des Kantons Solothurn und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Somit bin ich im Bismarck'schen Sinne ein Gesandter; ob ich auch ein Geschickter bin, wird sich noch weisen. Ich habe den Antrag zu Beginn der letzten Woche verteilen lassen, damit niemand überrumpelt wird. Die Echos sind nicht ausgeblie-

ben. Ich habe mir viel Kritik angehört. Immerhin darf ich die geneigten Leserinnen und Leser darauf aufmerksam machen, dass der Wortlaut meines Antrages der ursprünglichen Fassung des Bundesrates von Absatz 3 entspricht.

Einige an dieser Diskussion Beteiligte sind klassische Wiederholungstäter, ich schliesse mich nicht aus. In der Erstberatung vom 20. September 2005 – diese Erinnerung müssen Sie mir erlauben – waren wir mit sehr lebhaften Reaktionen aus den Kantonen konfrontiert, und die Diskussion hier ergab, dass wir einem Antrag Wicki zustimmten, der eine Rückweisung an die Kommission vorsah, mit der Auflage, eine Vernehmlassung bei den Kantonen durchzuführen. Einen Antrag, der verlangte, es sei für die Spitalfinanzierung eine tragfähige Lösung mit den Kantonen zu suchen, hatte ich damals zugunsten des mildereren Antrages Wicki zurückgezogen.

Am 8. März 2006 stand die Vorlage erneut zur Beratung im Ständerat an. Zu Absatz 3 von Artikel 41 brachte ich, inspiriert durch meinen Kanton, auch damals einen Antrag ein, der dem heutigen sehr ähnlich war. Die Debatte damals ergab, beispielsweise in Voten von Herrn Schwaller, Frau Forster und Herrn Stähelin, dass das aufgeworfene Problem eigentlich durch Interpretation zu lösen sei. Ich zog dann meinen Antrag zurück und hatte den Eindruck, dass die Kantone grosso modo zufrieden seien.

Heute, in der Differenzbereinigung, liegt wiederum ein Vorschlag vor, der ganz offensichtlich die Kantone in Wallung bringt, wie vor zwei Jahren. Deshalb versuche ich diese Diskussion noch einmal aufzuwerfen. Jene, die es genau wissen möchten – ich bin gefragt worden: Was soll denn dieser Antrag? –, möchten allenfalls in der Botschaft auf Seite 5577 nachlesen, wie der Bundesrat seinen ursprünglichen Antrag begründet hat.

Ich komme zurück auf die freie Spitalwahl und zitiere wörtlich, was mir mein Kanton dazu schreibt – Ständeräte sind ja gelegentlich nicht nur Vertreter von Krankenkassen, sondern auch noch von Kantonen –: «Mit der freien Spitalwahl müssen die Kantone neu alle Spitalbehandlungen mitfinanzieren. Dies gilt insbesondere auch für die ausserkantonalen Spitalbehandlungen, die problemlos im Wohnkanton möglich wären.» Der Kanton Solothurn verfügt nicht über ein kompaktes Kantonsgebiet, dementsprechend lassen sich 44 Prozent aller solothurnischen Patienten ausserkantonal behandeln, während es gesamtschweizerisch offenbar an die 14 Prozent sind. Das ist ein wichtiger Grund dafür, dass die mit der freien Spitalwahl verbundenen Zusatzkosten für den Kanton weit überproportional steigen. Mein Kanton rechnet mir eine Kostenfolge von jährlichen Mehrkosten in der Höhe von 60 Millionen Franken vor oder aber gegen 4 Prozent des Kantonsbudgets. Dass sich in dieser Situation nicht nur der Gesundheits-, sondern auch der Finanzdirektor und mit ihnen die ganze Regierung zur Wehr setzen, ist wohl verständlich. Mein Kanton fährt dann wörtlich weiter: «Die gewinnorientierten Zusatzversicherungen werden mit 60 Millionen Franken Steuergeldern subventioniert. Diese Umverteilung zulasten der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler unseres Kantons ist inakzeptabel. Die freie Spitalwahl» – das geht ein bisschen auf das ein, was vorhin Herr Stähelin ausgeführt hat – «wird zudem eine erhebliche Kostensteigerung auslösen, insbesondere weil der sogenannte Wettbewerb unter den Spitälern über angebotsinduzierte Nachfrage erfolgt, was zu einer Mengenausweitung führt. Bezüglich der Spitalplanung wird ein Druck entstehen, öffentliche Spitäler zugunsten von Privatspitälern ohne effektiven finanziellen Nutzen zu schliessen.» Daher finden die Kantone, findet auch mein Kanton, es sei die freie Spitalwahl in dieser Vorlage auszunehmen.

Herr Bundesrat Couchepin hat sich über die kantonalen Aufwahlen etwas lustig gemacht, indem er gesagt hat: Die sollen doch ein Referendum versuchen; freie Spitalwahl ist im Volk sehr populär. Das stimmt. Aber das Gegenteil davon stimmt auch: Wenn irgendwo in diesem Land ein Regionalspital geschlossen werden soll, dann gibt es regionale Aufwahlen, die bis zur Abwahl des kantonalen Gesundheits-

direktors führen. Ich nehme an, dass auch dieser Stimmung Rechnung zu tragen ist.

Es dürfte Ihnen wohl kaum entgangen sein, dass am vergangenen 17. September – das ist eine Woche her – an einer Medienkonferenz mehrere Kantonsvertreter die zur Behandlung anstehende Vorlage kritisch gewürdigt und dringend vor einem Schnellschuss in Richtung Einführung der freien Spitalwahl gewarnt haben. Damit es in Erinnerung gerufen ist: Es handelte sich um den Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz, Herrn Regierungsrat Dürr aus Luzern, um Herrn Landammann Hasler, Gesundheitsdirektor des Kantons Aargau, um Herrn Regierungsrat Gasche, Finanzdirektor des Kantons Bern, um Herrn Wanner, Finanzdirektor des Kantons Solothurn und Vizepräsident der Finanzdirektorenkonferenz, und um Herrn Staatsrat Burgener, Gesundheitsdirektor des Kantons Wallis. Parteipolitisch könnte man problemlos sagen, das sei ein klassischer Vierfärber und könne durchaus ernst genommen werden.

In einem Communiqué, das die Gesundheitsdirektorenkonferenz an diesem 17. September publiziert hat, wird zusammenfassend festgehalten: «Die mit der Revision vorgesehene Kostenverschiebung zulasten der Kantone ist jedoch inakzeptabel. Insbesondere ist die Frage der freien Spitalwahl aus der laufenden Revision zu streichen.» Als wichtiger Grund wird in dieser Publikation erneut genannt, es sei anzunehmen, dass sich viele Leute lieber in einem Unispital behandeln lassen als in einem Regionalspital. Das verteuere das System gleich doppelt. Unispitäler haben a priori höhere Kosten als Regionalspitäler. Die Regionalspitäler müssen die Kapazitäten für den Notfall dennoch aufrechterhalten, mit Kostenfolge bei schlechterer Auslastung. Die Kantonsvertreter haben an dieser Pressekonferenz die jährlichen Mehrkosten, die den Kantonen – insgesamt über alle Kantone berechnet – entstünden, auf annähernd eine halbe Milliarde Franken geschätzt. Diese Kostenberechnungen beziehen sich offenbar auf die ursprüngliche Lösung des Nationalrates. Nachdem die SGK-SR die Vorlage nur leicht zugunsten der Kantone modifiziert hat, sei es zulässig, von diesen Zahlen auszugehen, es sei denn, Kommission und Bundesrat wären heute in der Lage, andere Zahlen zu nennen.

Mich hat beeindruckt, dass die grössten Beträge bei den berechneten Mehrkosten in absoluten Zahlen, aufgeschlüsselt nach Kantonen, wie folgt aussehen: für den Kanton Basel-Landschaft 77 Millionen Franken, für St. Gallen 58 Millionen, für Solothurn 57 Millionen, für Aargau 36 Millionen, für Zürich 36 Millionen, für Thurgau 29 Millionen und für die Kantone Bern und Freiburg je 20 Millionen Franken. Ich bitte also darum, bei dieser Differenzbereinigung entweder auf die freie Spitalwahl gänzlich zu verzichten oder diese so stark einzuschränken, dass die von den Kantonen kritisierte Kostenfolge ausbleibt.

Sie erlauben mir zum Schluss noch einen kleinen Hinweis auf Artikel 41a, damit ich nicht nochmals reden muss. Dazu haben jene, die mich gesandt haben, festgehalten, Artikel 41a sei stark interpretationsbedürftig, es sei zum Beispiel unklar, ob der Leistungsauftrag des Standortkantons oder jener des Wohnortkantons gemeint sei. Dass die Kantone die zweite Variante bevorzugen, ist selbstverständlich. Es sei auch unklar, ob es im Ermessen des Standortkantons läge, die Aufnahme von ausserkantonalen Wahleingriffspatienten im Rahmen von Leistungsaufträgen zu unterbinden. Das hat an sich mit meinem Antrag nichts zu tun, aber vielleicht können Sie dazu präventiv im Rahmen der Beratung von Artikel 41a noch Stellung nehmen.

Ich bitte Sie also, meinem Antrag, den Sie jetzt dann zerzausen werden, am Schluss doch noch zuzustimmen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich war ja auch einmal Finanzdirektor, und ich war auch einmal Gesundheitsdirektor, aber ich verstehe den Antrag nicht, ich muss das hier ganz ehrlich deklarieren. Ich habe jetzt aufmerksam zugehört und habe insbesondere den Ausführungen von Kollege Leuenberger entnommen, dass an sich hier die Kantone gegen die freie Spitalwahl seien und dass deshalb dieser Antrag hier ge-

stellt werde. Aber ich halte mich an den Text, und ich habe Mühe, den Text zu verstehen.

Wenn man Artikel 41 Absatz 3, wie ihn die Kommission vorschlägt, mit dem neuen Antrag Leuenberger-Solothurn vergleicht, stellt man fest, dass es erstens bei beiden um die stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen geht. Was das für Gründe sind, steht in Absatz 3bis unten. Es geht um den Notfall, und es geht um jene Leistungen, die bei stationärer Behandlung nicht in einem Spital angeboten werden, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist – im Übrigen innerkantonal wie ausserkantonal.

Jetzt steht im Antrag Leuenberger-Solothurn zweitens noch das Wort «ausserhalb» drin, das fehlt in unserem Antrag; die Formulierung lautet «ausserhalb des Wohnkantons». Damit will man also offenbar noch unterstreichen, dass ganz sicher jene Spitäler innerhalb des Kantons, welche nicht auf der Spitalliste sind, ausgeschlossen sind. Aber wenn Sie unseren Antrag lesen, sehen Sie, dass das ohnehin auch so ist. Ich sehe hier keine Differenz.

Dann sehe ich hier, dass der Wohnkanton nach dem neuen Antrag Leuenberger-Solothurn den nach Artikel 49a geschuldeten Anteil vergütet. Ich finde hier, wie ich ehrlicherweise gestehen muss, im Gegensatz zum Antrag der Mehrheit die Versicherer nicht mehr. Soll das nun bei einer Auslegung, die ja auch einmal kommen müsste, bedeuten, dass dann die Versicherer hier nichts zahlen? Dann stellt sich die zweite Frage: Wenn nur der Wohnkanton vergütet, vergütet er den gesamten Anteil nach Artikel 49a, oder vergütet er nur jenen Anteil, welcher den Wohnkanton trifft? Diese Frage kann man sich, glaube ich, bei einer Auslegung dieses Textes stellen. Nicht wahr, er bezieht sich eben nicht mehr – wie die Fassung des Bundesrates – auf Artikel 49, sondern auf Artikel 49a; das ist eine kleine Differenz. Also, bezahlen hier nur noch der Bund und der Kanton alleine, oder bezahlen die Versicherer mit? Diese Frage stellt sich mir.

Dann haben wir noch eine Ausnahme, dass nämlich für die Abgeltung des Wohnkantons im Falle einer Behandlung ausserhalb des Kantons aus rein medizinischen Gründen – mit Ausnahme des Notfalls – eine Bewilligung dieses Wohnkantons für diese Behandlung notwendig ist, wenn die gleiche Leistung im eigenen Kanton von einem Spital auf dessen Liste auch angeboten wird. Jetzt kann man sagen: Ja gut, Bewilligungen sind nie schön. Aber was bewirkt hier die Bewilligung, die wir aufgenommen haben? Diese bewirkt, dass der Patient vorher schon weiss, ob er noch etwas mehr zahlen muss, und dies nicht erst im Nachhinein erfährt, wenn das abgehandelt wird. Ich sehe, Sie haben ganz kleine Differenzen; ich sehe aber die Grunddifferenz nicht, das muss ich Ihnen sagen. Oder sonst verstehe ich den Antrag schlicht und einfach nicht.

Ich glaube, in das System, wie wir es vorschlagen, passt der Antrag der Mehrheit. Ich weiss aber nicht, ob Sie jetzt besser drausgekommen sind als ich.

Schwaller Urs (C, FR): Ich bin ja beileibe nicht dafür bekannt, die kantonalen Interessen zu vergessen. Ich habe aber mit der Haltung der Gesundheitsdirektorenkonferenz immer mehr Mühe; es ist nun das zweite oder dritte Mal, dass sie entsprechend interveniert. Vereinfacht gesagt, wollen die Kantone überhaupt nichts. Die Kantone wollen den Status quo, sie wollen überhaupt keine Veränderung gegenüber dem heutigen System.

Kollege Leuenberger nimmt nun diesen Antrag oder diese Idee auf – ich lasse noch offen, ob der Antrag am richtigen Ort gestellt ist. Aber wenn ich Sie, Herr Leuenberger, richtig verstanden habe, geht es Ihnen an und für sich darum zu sagen, dass es mit der Annahme Ihres Antrages beim Status quo bleiben würde und wir überhaupt nichts verändern würden. In diesem Sinn kann dieser Antrag gerade auch nur abgelehnt werden. Wenn wir nämlich die Kosten etwas besser in den Griff bekommen wollen, müssen wir uns auch in dieser Spitalfrage bewegen.

Wir machen heute mit der Mehrheitsmeinung, die wir vorhin übernommen haben – 30 zu 6 Stimmen –, einen Zwischen-

schritt. Es ist richtig, was Herr Bundesrat Couchepin gesagt hat. Vielleicht hätte man etwas mutiger sein sollen, aber es ist wahrscheinlich ein Zwischenschritt, der heute auch akzeptabel ist.

Ich will nicht wiederholen, was ich bereits einmal gesagt habe. Mit der Bedingung, dass man nur aus der Liste der Spitäler, die am Wohn- und Arbeitsort aufgeführt sind, auswählen kann, wie auch mit der Einschränkung, dass der Wohnkanton – das scheint mir doch das Entscheidende zu sein! – nicht mehr zu bezahlen hat, ausser in Notfällen oder bei medizinischen Notwendigkeiten, als das, was er auch in seinem teuersten Spital zu bezahlen hat, haben wir meines Erachtens für die Kantone genügend Sicherheiten eingebaut. Gerade bei den planbaren Operationen wird mir das Universitätsspital Basel wahrscheinlich sagen: «Nein, wenn wir hier nur den Anteil erhalten, den der Kanton Freiburg für die gleiche Operation im Kantonsspital bezahlt, können wir dich nicht nehmen.» Mir scheint, wir hätten den Kantonen damit die notwendige Sicherheit gegeben, um zu verhindern, dass es zu einer Kostenexplosion von Hunderten von Millionen Franken kommt.

Ich lade Sie ein, den Antrag Leuenberger-Solothurn abzulehnen und sich damit eigentlich direkt oder indirekt auch für diese beschränkt freie Spitalwahl auszusprechen. Mir scheint, es ist ein notwendiger Schritt, sonst höhlen wir die ganze Vorlage aus.

Heberlein Trix (RL, ZH): Auch ich habe Mühe, den Antrag Leuenberger-Solothurn zu verstehen. Was will er eigentlich? Herr Stähelin hat diese Frage auch bereits gestellt. Der Antrag bringt nichts in Bezug auf die freie Spitalwahl, ausser er wäre am falschen Ort gestellt worden. Wir haben die freie Spitalwahl bereits sehr stark eingeschränkt; Herr Bundesrat Couchepin hat das betont. Ich wäre auch für eine sehr viel weiter gehende Lösung gewesen. Wir sind den Kantonen stark entgegengekommen, und es gibt nicht nur den Kanton Solothurn. Der Kanton Zürich und verschiedene andere Kantone befürworten diese Lösung. Eine Differenz gibt es vielleicht noch im Bereich der Bandbreite der Kostenübernahme – zwischen 45 und 50 oder 55 Prozent. Hier sind die Kantone nicht alle der gleichen Meinung. Auch der Kanton Graubünden sähe eine sehr viel weiter gehende Lösung, als wir sie getroffen haben. Die Kantone gehen immer noch davon aus, dass sie die OKP-Kosten in Nichtlistenspitälern nicht bezahlen müssen. Sie haben damit gespart in all den Jahren, seit das KVG in Kraft ist. Diese Rechnung machen sie nie; das ging zulasten der Krankenkassen, der Prämienhöhe oder der Versicherten.

Wir müssen hier alles mit einbeziehen. Die GDK konnte sich immer wieder äussern. Sie hat die Vorlage gekannt; sie hat die Übergangsbestimmungen, die wir jetzt eben eingeführt haben und die auch nochmals zugunsten der Kantone lauten, vielleicht noch nicht genügend zur Kenntnis genommen. Ich möchte dies hier mindestens einschieben. Wir haben die Wahlfreiheit sehr stark eingeschränkt, und ich möchte Sie bitten, der Kommission zuzustimmen. Es ist keine «mutige» Lösung; wir müssen diesen Schritt jetzt endlich machen. Wir müssen die Diagnosis Related Groups (DRG) gezielt einführen, wir müssen die Kostentransparenz, die Vergleichbarkeit von Qualität und Leistung einführen. Die Zusammenarbeit der Kantone auf diesem Gebiet ist unerlässlich, und ich möchte die GDK aufrufen, mit den gemeinsamen Spitalisten doch besser zusammenzuarbeiten. Gespart werden kann nur durch eine bessere Zusammenarbeit und Koordination der angebotenen Leistungen.

Büttiker Rolf (RL, SO): Ich gebe Herrn Schwaller Recht, dass die Frage, wo eingegriffen werden muss, in diesem Gesetz gestellt werden muss. Denn Herr Leuenberger hat nichts anderes getan, als Artikel 41 Absatz 3 des ursprünglichen Entwurfes des Bundesrates zu übernehmen. Wenn ich das richtig sehe, ergibt dies dann ein Durcheinander im Entscheidmechanismus und auf der Fahne.

Zur Ehrenrettung meines Standeskollegen möchte ich aber doch auch sagen, dass es tatsächlich stimmt, Herr Bundes-

rat, dass uns die Regierung in den Schraubstock gespannt hat. Der Gesundheitsdirektor hat eingespannt, und der Finanzdirektor hat den Schraubstock zugezogen. So ist das gelaufen. Man muss aber bezüglich der Diskussion vorhin über Prämienzahler und Konsumentinnen und Konsumenten sehen, dass es natürlich auch noch Steuerzahlerinnen und Steuerzahler gibt. Diese muss man auch vertreten. Als Steuerzahler des Kantons Solothurn – die anderen Kantone sind aufgezählt worden – möchte ich den gewinnorientierten Zusatzversicherungen eigentlich nicht einfach 60 Millionen Steuerfranken zuwenden und diese subventionieren. Diesen Mechanismus muss man dann auch sehen. Eine solche Umverteilung auf dem Buckel der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler meines Kantons ist nicht akzeptabel. Ich gehe davon aus, dass dies auch in anderen Kantonen nicht akzeptabel ist.

Die Solothurner Regierung hat über das Wochenende hinweg noch einmal nachgerechnet, und sie ist, Herr Schwaller, wie der Mechanismus auch immer ausgestaltet ist, auf die besagten 60 Millionen Franken gekommen. Der Mechanismus von 120 000 jährlichen ausserkantonalen Pflügetagen à 500 Franken ergibt die 60 Millionen Franken. Es ist natürlich tatsächlich so, dass von den Patienten aus unserem Kantonsgebiet fast die Hälfte in ausserkantonalen Spitälern versorgt wird. Demgegenüber ist es im schweizerischen Mittel nur etwa jeder siebte, achte.

Ich weiss nicht, ob wir mit dieser Art der freien Spitalwahl richtigliegen. Von mir aus gesehen ist das eine interessante Option, und sie ist auch politisch richtig. Aber wir müssen schon aufpassen, wie wir das einführen. Wenn ich die ursprüngliche Formulierung des Bundesrates anschau und nachdem wir Absatz 1bis beschlossen haben, bin ich mir nicht ganz so sicher, ob das diesbezügliche Vorgehen richtig ist. Ich bin mir auch nicht so sicher, Herr Schwaller, ob wir hier eine kostendämpfende Massnahme beschlossen haben; denn die Geschichte wird angebotsorientiert verlaufen. Ich befürchte hier eine Angebots- bzw. Mengenausweitung, und eine Mengenausweitung hat insgesamt in der Regel eine Kostensteigerung zur Folge. Die Solothurner Regierung hat auch noch gesagt, dass sie jetzt im Vergleich zu den Nachbarkantonen büssen muss, die eben viel mehr Spitäler auf die Spitalliste gesetzt haben, als das mein Kanton gemacht hat.

Fazit: Ich werde dem Antrag Leuenberger-Solothurn zustimmen, auch in dem Sinne, dass der Zweitrat diese Regelung nochmals anschaut. Ich bin dafür, dass man eine Differenz schafft und dann diese Spitalwahl etwas sorgfältiger, abgeklärter und vielleicht noch etwas eingeschränkter einführt.

Lauri Hans (V, BE): Ich habe nicht unbedingt im Sinn gehabt, das Wort bei diesem Punkt zu ergreifen. Nachdem ich den Eindruck gewonnen habe, dass die finanziellen Konsequenzen dieser Vorlage für die Kantone etwas in den Hintergrund geschoben wurden, drängt es mich nun doch, noch zwei, drei Sätze dazu zu sagen.

Ich habe mich in meinem Kanton kundig gemacht. Mein Kanton Bern ist nicht etwa ein Kanton, der im Bereich Spitalplanung nichts gemacht hat. Er hat über die Grenzen hinweg geplant, er hat in den letzten Jahren viele Spitäler geschlossen, er hat in bestehenden Spitälern viele Abteilungen geschlossen. Er ist also à jour, er hat seine Hausaufgaben gemacht. In dieser Situation sagt man mir nun, man schätze, dass aus diesem Gesetz Mehrbelastungen zwischen 160 und 200 Millionen Franken auf den Kanton zukämen. Ich bin mir bewusst, dass angesichts der Grösse des Kantons diese Zahlen vielleicht noch nicht sehr viel aussagen. Wenn man sie aber mit anderen Finanzierungen in Vergleich setzt, dann müssen wir uns bewusst sein, dass wir beispielsweise für den öffentlichen Verkehr gesamthaft 120 Millionen Franken ausgeben, für die öffentliche Sicherheit 230 Millionen Franken, für die somatische Spitalversorgung rund 900 Millionen Franken.

Was mich auch etwas stört an dieser Übung: Wenn ich das nun in Vergleich setze zum NFA – zu einem Geschäft, das wir während rund vierzehn Jahren bearbeitet haben, das wir

als das Ereignis für den Föderalismus bezeichnet haben, das am Schluss, für den Kanton Bern und für andere, mit etwas mehr Handlungsfreiheit von einigen Dutzend Millionen Franken endete –, so gibt mir das schon sehr zu denken. Nun kommt hier eine Vorlage, die offenbar sehr stark «einschenkt» und nicht nur finanziell, sondern auch politisch das, was wir bei diesem NFA in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen lange diskutiert haben, mehr oder weniger vom Tisch wischt; das ist mindestens mein Eindruck als Nichtkommissionsmitglied. Ich kann mir gut vorstellen, dass das, was jetzt für den Kanton Solothurn ausgeführt wurde – ich kann das in der Tendenz nur bestätigen –, auch für andere Kantone gilt. Ich glaube, es ist am Platz, dass man hier in dieser Debatte noch einmal darauf hingewiesen hat – wie auch immer man sich dann bei dieser konkreten Frage in der Abstimmung verhält.

Stähelin Philipp (C, TG): Zum letzten Votum: Es trifft natürlich zu, dass die Kantone durch diese Vorlage mehr belastet werden. Das kann man nicht «wegschlecken». Keine Geiss kann das, wir können dies auch nicht. Aber man muss auch wissen, wo der Grund dafür liegt. Er liegt nicht darin, dass hier über die Kantonsgrenze hinweg freie Wahl besteht, sondern darin, dass auch Privatkliniken, anders als bisher, in den Genuss der Mitzahlpflicht der Kantone kommen. Diesbezüglich habe ich an sich nichts dagegen gehört. Absatz 3 ändert daran nichts; das müssen wir auch zur Kenntnis nehmen.

Die Kantone haben es in der Hand, ob sie diese Spitäler in die Spitallisten aufnehmen wollen oder nicht. Das haben wir auch so vorgesehen. Auch das muss man bei den Zahlen, die herumgeboten werden, zur Kenntnis nehmen. Die Kantone haben auch in ihrer Spitalplanung noch ziemlich viel Handlungsspielraum. Ich möchte darauf nur hingewiesen haben.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte doch noch einmal betonen, was auch Herr Kollege Stähelin soeben gesagt hat: Der Umstand, dass die Kantone in Zukunft auch private Listenspitäler im OKP-Bereich mitzuzahlen haben, hat eben nichts mit der freien Spitalwahl zu tun; das zum Ersten.

Zum Zweiten: Ich bin Kollege Leuenberger für seine Ausführungen dankbar. Ich habe jetzt auch verstanden, dass er im Prinzip auf die freie Spitalwahl verzichten will. Wir haben diese Frage in der Kommission sehr ausführlich diskutiert. Wir haben auch Kenntnis davon genommen, dass sich der Nationalrat mit einem deutlichen Mehr für die freie Spitalwahl ausgesprochen hat. Wir sind den Kantonen entgegengekommen, indem wir ihrem Anliegen insofern Rechnung getragen haben, als wir sagen: Bei der Finanzierung müssen die Versicherer und der Wohnkanton bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a übernehmen. Aber eigentlich geht es bei Ihrem Antrag ja darum, dass Sie auf die freie Spitalwahl überhaupt verzichten möchten. Ich habe ein gewisses Verständnis für das Anliegen Ihres Kantons. Übrigens hat man mir auch in meinem Kanton dieselben Vorhalte gemacht. Ich muss Ihnen aber sagen: Wir haben versucht, eine Lösung zu finden, die auf der einen Seite den Kantonen, aber auf der anderen Seite eben auch dem Nationalrat entgegenkommt, der sich sehr deutlich für die freie Spitalwahl ausgesprochen hat.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Leuenberger a fait référence au message, mais il n'est plus relevant sur un certain nombre de points parce qu'on a changé de système. Donc, oublions un certain nombre d'arguments qui étaient dans le message.

Madame Forster, Messieurs Schwaller et Stähelin ont dit avec raison qu'une partie des coûts supplémentaires ne viennent pas de la liberté de choix, mais de la décision du Tribunal fédéral en son temps, qui est maintenant admise, et selon laquelle, lorsqu'on a une assurance complémentaire, le canton doit aussi payer une part des coûts. Le Tribunal fé-

déral a dit que, même un citoyen qui a une assurance complémentaire, a droit à l'égalité de traitement; après tout, il paie des impôts comme les autres et le canton doit payer une participation à son hospitalisation s'il a une assurance complémentaire. C'est vrai que ça réduit le coût de la compagnie d'assurance qui assure la couverture complémentaire, mais ce n'est pas quelque chose qui me paraît aller contre l'équité et la justice sociale. Tout le monde paie des impôts et tout le monde devrait bénéficier du minimum de participation des cantons. C'est ce qui a été décidé en son temps. Mais souvent, les cantons protestent contre cette décision. Ils disent: «Autrefois, lorsqu'il y avait une assurance complémentaire, c'était l'assurance qui payait tout. Maintenant, même lorsqu'il y a une assurance complémentaire, il faudra payer une partie.» Est-ce que c'est juste ou non? Moi, je trouve assez juste que le canton paie une partie, même à celui qui a une assurance complémentaire; la même partie que celle qu'il payerait à celui qui n'a que l'assurance de base.

Ensuite, qu'en est-il des chiffres? Quand le canton de Soleure, qui a, sauf erreur, 250 000 habitants, dit: «Cela nous coûte 60 millions de francs de plus!», le problème n'est pas là. Si on accepte que le canton de Soleure doive payer pour l'assurance de base, ces 60 millions de francs ne concerneraient au fond que les gens qui iraient en dehors du canton sans raisons médicales, c'est-à-dire qui feraient usage du libre choix qu'on a maintenant, simplement par confort. On paie en effet aujourd'hui déjà pour ceux qui y vont pour des raisons médicales.

Alors, est-ce que, dans le canton de Soleure qui compte 250 000 habitants, il y aura beaucoup de gens qui iront à l'extérieur? A ma connaissance, comme le canton de Soleure n'a pas de médecine de pointe sur place, on doit aller pour cela à Zurich, à Bâle ou à Berne. 60 millions de francs représentent 6000 cas à 10 000 francs. Alors, est-ce qu'il y aura 6000 personnes disposant d'une assurance complémentaire qui iront se faire hospitaliser en dehors du canton sans raisons médicales, par pure complaisance, par pur confort personnel? Je ne crois pas! Cela me paraît exagéré. Le problème des cantons, que ce soit celui de Berne ou d'autres, c'est qu'il leur faut maintenant payer la participation de base lorsqu'il y a une assurance complémentaire, ce qui n'était pas le cas autrefois.

Cela dit, venons-en à la proposition Leuenberger-Solothurn. J'ai aussi eu beaucoup de difficultés à la comprendre, et je ne suis d'ailleurs pas sûr de l'avoir bien comprise, mais essayons de lire les textes. Le texte proposé par Monsieur Leuenberger remplace et annule une partie du texte que vous avez voté. Il établit une distinction entre ceux qui se font soigner dans le canton, et qui ont seulement le droit d'aller dans un hôpital qui figure sur la liste hospitalière du canton de résidence, et ceux qui vont hors du canton et qui ont droit aux montants de base. Et Monsieur Leuenberger, vous allez même plus loin que Monsieur Stähelin et que la solution de la majorité, puisque selon celle-ci, «à l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire». Et vous supprimez cela! Par conséquent, vous allez plus loin que la solution de la majorité, puisque vous n'avez même plus besoin, en dehors des cas d'urgence, de l'autorisation médicale.

Donc, avec le point de vue du canton de Soleure – et Dieu sait si j'ai de l'affection pour ce canton historiquement exemplaire, pourvu que ça dure! –, on va plus loin, plus loin dans les obligations que si on acceptait la proposition de la majorité, où on ne peut aller à l'extérieur du canton que s'il y a une obligation médicale. On peut y aller si on a une assurance complémentaire – «freie Wahl» –, et si on n'a pas d'assurance complémentaire, on ne peut y aller qu'avec une raison médicale.

Vous, Monsieur Leuenberger, allez plus loin: vous autorisez à aller hors du canton de résidence même sans autorisation médicale. Objectivement, je crois que votre proposition n'est pas dans l'intérêt du canton de Soleure. Elle correspond à une conception qui a été abandonnée en cours de route et

que les directrices et directeurs cantonaux de la santé n'ont pas suivie.

Pour la cohérence du système, il faut repousser la solution Leuenberger-Solothurn, qui n'apporte rien pour les cantons, qui tend à résoudre un problème qui n'est pas lié à la libre circulation des patients: celui de la prise en charge des coûts même si les patients ont des assurances complémentaires. Cette solution fait en outre une distinction entre le cas où on se fait traiter dans le canton de domicile, là il n'y a pas de liberté, et le cas où on se fait traiter dans un autre canton, où il y a plus de liberté que selon la version de la majorité. C'est donc, en théorie, contraire à l'objectif des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Je vous invite donc à repousser la proposition Leuenberger-Solothurn, qui a suscité un débat intéressant.

Cela me rappelle ce que m'a dit un président de tribunal militaire: «Dans un jugement, il faut toujours introduire une phrase incompréhensible pour préserver la majesté du tribunal et permettre le recours.» Dans une loi, un texte incompréhensible ne préserve ni la majesté du législateur ni la possibilité de recours.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 28 Stimmen

Für den Antrag Leuenberger-Solothurn 3 Stimmen

Abs. 3bis – Al. 3bis

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es darum, die medizinischen Gründe nach den Absätzen 2 und 3 zu definieren, und zwar bei ambulanter wie bei stationärer Behandlung. Diese liegen bei einem Notfall oder eben dann vor, wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 41a

Antrag der Kommission

Titel

Aufnahmepflicht

Abs. 1

Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).

Abs. 2

Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantones des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Abs. 3

Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

Art. 41a

Proposition de la commission

Titre

Obligation d'admission

Al. 1

Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux figurant sur une liste sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

Al. 2

Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital figurant sur une liste, l'obligation d'admission ne s'applique que dans les cas d'urgence et si elle est basée sur des mandats de prestations.

Al. 3

Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat ist offenbar davon ausgegangen, dass alle Spitäler einer Aufnahmepflicht unterstellt sind. Da wir einerseits die

freie Spitalwahl einführen und die Kantone andererseits zu einer Planung verpflichten, ist es nach Meinung Ihrer Kommission notwendig, zu definieren, gemäss welchen Bestimmungen die Spitäler verpflichtet sind, einen Patienten oder eine Patientin aufzunehmen. Mit dieser Bestimmung wird nur Bundesrecht definiert und nicht in die Bestimmungen der Kantone eingegriffen. Mit der Formulierung, wie Sie sie aus der Fahne ersehen, wird deutlich gemacht, dass gemäss unserer Lösung die Listenspitäler erstens im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten und zweitens für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmepflicht zu gewährleisten haben. Andernfalls gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

Angenommen – Adopté

Art. 49

Antrag der Kommission

Abs. 1

.... Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren

Abs. 3 Bst. a, Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49

Proposition de la commission

Al. 1

.... le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties

Al. 3 let. a, al. 8

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

Festhalten, aber:

.... mindestens 55 Prozent

Abs. 4

Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche gemäss Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, die jedoch die Voraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a bis c erfüllen, können die Versicherer Verträge

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49a

Proposition de la majorité

Al. 2

Maintenir, mais:

.... à 55 pour cent au moins

Al. 4

.... avec les hôpitaux ou les maisons de naissance qui ne figurent pas sur la liste hospitalière au sens de l'article 39, mais qui remplissent les conditions fixées à l'article 39 alinéa 1 lettres a à c, des conventions

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Das ist der zweite wesentliche Artikel in dieser Differenzvereinbarung. In diesem Artikel wird der für alle Einwohner eines Kantons geltende Anteil der Vergütung nach Absatz 49 Absatz 1 festgelegt.

Wir haben uns das letzte Mal entschieden, dass der kantonale Mindestanteil künftig 60 Prozent betragen soll. Dabei gingen wir davon aus, dass die Prämienzahler mit dieser

Aufteilung keine Mehrkosten zu tragen haben. Da der Anteil der Kantone heute eine beträchtliche Spannweite von 37 bis 67 Prozent beträgt, haben wir uns gleichzeitig für eine Bandbreite des Kantonsanteils von 45 bis 60 Prozent ausgesprochen. Nur so können einseitige, massive Kostenverschiebungen zulasten der Kantone verhindert werden. Der Nationalrat hat nun den kantonalen Mindestanteil auf 55 Prozent festgelegt und will auf die Bandbreite verzichten. Die GDK befürchtet laut eigenen Aussagen beim Vorschlag des Nationalrates Mehrkosten für die Kantone von rund 500 bis 700 Millionen Franken, wenn die Leistungen von bisher nicht subventionierten Spitälern künftig von den Kantonen mitfinanziert werden. Gemäss GDK würde eine Anbindung an die OKP-Bruttokosten für die Finanzierung so oder so eine solidere Basis bilden.

Aus der Sicht der Kommission möchte ich dazu noch einmal in aller Deutlichkeit festhalten, dass genaue Zahlen im heutigen Zeitpunkt nicht eruiert werden können. Da die Leistungen, die heute von den Versicherern aus der Grund- und der Zusatzfinanzierung an Privatspitäler oder Privat- und Halbprivatabteilungen bezahlt werden, künftig in das Finanzierungssystem eingespiessen werden, kommen auf jeden Fall Mehrkosten auf die Kantone zu; wir haben Ihnen das vorher ja bereits dargelegt. Da dies weitgehend mit der Planung des OKP-Bettenbereichs der Kantone zusammenhängt, ist eine Aussage betreffend Mehrkosten zum heutigen Zeitpunkt problematisch.

Ihre Kommission beantragt Ihnen nun, dem Nationalrat insofern entgegenzukommen, als sie bereit ist, auf die 55 Prozent als Anteil der Kantone einzuschwenken. Angesichts der Tatsache, dass die Kantone Tessin, Thurgau, Aargau und Appenzell Innerrhoden eine Kostenbeteiligung von zum Teil relativ weit unter 50 Prozent aufweisen, beantragt Ihnen die Mehrheit der Kommission aber, bei unserem ursprünglichen Konzept zu bleiben. Das heisst, den Kantonen, deren Durchschnittsprämie die schweizerische unterschreitet, soll ein gewisser Spielraum belassen werden.

Gleichzeitig beantragen wir Ihnen dann bei den Übergangsbestimmungen – wir werden später noch darauf zurückkommen, es hat aber einen inneren Zusammenhang mit diesem Artikel –, eine sogenannte 2-Prozent-Regel einzuführen. Damit soll die jährliche Anpassung des kantonalen Anteils bis zu den vorgegebenen 55 Prozent in jedem Fall maximal lediglich 2 Prozent betragen. Mit dieser Regel kommen wir einem Anliegen der Kantone entgegen, können doch damit zu grosse Anpassungssprünge verhindert werden.

Ich bitte Sie, gemäss Antrag der Mehrheit dem Nationalrat beim Anteil von 55 Prozent zu folgen, aber die genannte Bandbreite zu belassen.

Fetz Anita (S, BS): Die Minderheit Brunner Christiane beantragt Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen. Vielleicht erinnern Sie sich noch: Die Debatte über die Spitalfinanzierung führen wir schon sehr lange, und als wir noch über den ursprünglichen Entwurf des Bundesrates gesprochen haben, war die Rede vom Prinzip der dual-fixen Beiträge. Das heisst, der Finanzierungsschlüssel zwischen Versicherern und Kantonen soll fix sein. Der Ständerat hat sich dann für ein Modell entschieden, das ich «dual-flex» nennen würde: Der Schlüssel zwischen Versicherern und Kantonen soll also innerhalb einer gewissen Bandbreite flexibel sein. Dies nochmals zum Hintergrund.

Warum beantragen wir Ihnen jetzt Zustimmung zum Nationalrat, also zum dual-fixen Modell mit der entsprechenden gleichen Prozentzahl? Das unterscheidet uns ja nicht. Die 55 Prozent Kantonsanteil würden 45 Prozent Prämienanteil bedeuten. Der Kantonsanteil bedeutet ja immer, dass diese Kosten über Steuern finanziert werden. Prämienanteil bedeutet, dass die Kosten über die Kopfprämien der Leute finanziert werden. Dahinter steht natürlich die Grundsatzfrage, welchen Finanzierungsanteil man als den sozialeren betrachtet. Das ist ein Grund, weshalb wir uns wie der Nationalrat für das Fixum bei den Kantonen entscheiden möchten. Ein zweiter Grund war aber im Nationalrat ausschlaggebend – und dieser Artikel wurde dort mit 113 zu 58 Stimmen

angenommen –: Dieser Grund ist der, dass es natürlich hochkompliziert wird, den flexiblen Anteil der Kantone, welche um die schweizerische Durchschnittsprämie floaten – einmal sind sie darüber, einmal sind sie darunter –, jedes Mal neu zu berechnen. Das hat natürlich starke Auswirkungen, sowohl auf die Kantonsbudgets als auch auf die Fixierung der Prämienhöhe. Es scheint uns wenig sinnvoll, derartige jährliche Schwankungen zu haben.

Noch ein Wort zur GDK-Kostenschätzung: Ich glaube, da sind sich die Mehrheit und die Minderheit einig. Bei den Kosten, welche die GDK uns hier vorlegt, muss man schon wissen, dass das erstens reine Schätzungen sind und zweitens Schätzungen auf der Grundlage, wonach die heute nicht subventionierten Spitäler neu in den Leistungsauftrag aufgenommen werden – und das ist jetzt tatsächlich durch die Kantone steuerbar! Wir haben zwar in dieser Vorlage die privaten Spitäler aufgenommen. Das war sicher nicht die Idee der Minderheit, sondern die Mehrheit von Ihnen wollte das. Aber kein Kanton wird gezwungen, in seine Spitalliste Privatspitäler aufzunehmen: Das ist ganz allein sein Entscheid. Deshalb, meine ich, ist es schon – ich sage jetzt einmal: – nicht ganz «lupenrein», hier Kosten zu berechnen, die eigentlich rein fiktiv sind und erst noch in der Hand der Kantone liegen.

Kurz: Der Entscheid zwischen Mehrheit und Minderheit ist nur der, ob Sie ein fixes, klar berechnetes Modell mit einem Kostenanteil von 55 Prozent für die Kantone und 45 Prozent über die Prämien wollen oder ob Sie, wie die Mehrheit, einen Teil flexibel gestalten wollen. Wir finden, dass die Flexibilität mit extrem viel administrativem Aufwand verbunden ist und sich deshalb nicht lohnt.

Stähelin Philipp (C, TG): Wenn ich hier für den Antrag der Mehrheit votiere, beisse ich im Grunde genommen in einen sauren Apfel – ich beisse als Thurgauer sogar zweimal in einen sauren Apfel, weil wir erstens nur süsse Äpfel haben und weil zweitens unser Kanton heute einen Beitrag von 38 Prozent an die Spitalversorgung leistet. Damit muss er, wenn man der Mehrheit folgt, wenn man also auch nach unten auf 45 Prozent gehen kann, immerhin noch recht ordentlich nach oben zulegen. Wenn Herr Büttiker da wäre, würde ich sagen: Hier geht es jetzt tatsächlich um die Steuerzahler! Die von Ihnen vorgeschlagene Regelung dreht die Höhe der Beiträge für den Thurgauer Steuerzahler nach oben. Sie zwingen damit einen Kanton, der unter dem Strich eigentlich immer dafür gesorgt hat, dass sein Gesundheitswesen gut dasteht, auch in finanzieller Hinsicht, zu Mehrausgaben. Da muss man schon fragen: Ist das eine gescheite Lösung? Das gilt nicht nur für den Kanton Thurgau, das gilt selbstverständlich für andere Kantone auch.

Schauen Sie, Frau Fetz, wenn Sie argumentieren, Sie würden für eine dual-fixe Lösung eintreten, stimmt das eben gerade nicht. Sie haben den Text offenbar etwas speziell interpretiert, wenn Sie die mindestens 55 Prozent als dual-fix anschauen. Das ist grundsätzlich die gleiche Formulierung, die wir heute schon haben. Und es ist eben keine dual-fixe Lösung, sondern zumindest nach oben ist sie offen. Weshalb soll man nicht auch nach unten gehen können, wenigstens bis auf 45 Prozent?

Zu dem Argument der sozialeren Finanzierungsanteile: Schauen Sie, ich bin der festen Überzeugung, dass es für den Bürger und die Bürgerin hier wesentlich wichtiger ist, dass insgesamt die Prämien und das Steuerbetreffnis tief sind, als dass im einzelnen Kanton das eine so und das andere so aussieht. Der Kanton, in welchem man tiefe Prämien und tiefe Steuern zahlt – ich sage jetzt nicht welcher –, ist wahrscheinlich sozialer als der andere, in welchem es hohe Prämien und wahrscheinlich nicht wesentlich tiefere Steuern zu zahlen gibt. Das ist sozial. Ich glaube, für eine soziale Gesetzgebung ist auch die Anwendung, ist das, was man daraus macht, entscheidend; dass der Bürger unter dem Strich möglichst wenig für möglichst gute Leistungen zahlt. Das wollen wir hier erreichen.

Auch Ihren Hinweis auf die Privatspitäler, die neu dazukommen, muss man relativieren. Es sind ja nicht zuletzt die Kan-

tone, welche eben eine sehr zurückhaltende Spitalplanung betrieben haben und eine Spitalliste mit eher wenig Spitälern präsentieren, welche schlussendlich auf der einen Seite eine tiefe Prämienbelastung und auf der anderen Seite auch relativ tiefe Spitalausgaben haben. Wenn Sie einen solchen Kanton dann zwingen, noch mehr Geld auszugeben, mehr Steuergeld auszugeben, dann belohnen Sie gerade diese kostensenkende Politik ja nicht. Also, unter dem Strich meine ich, hier den Zwang zu Mehrausgaben statuieren zu wollen gehe in eine falsche Richtung.

Ich bitte Sie, mit der Mehrheit zu stimmen.

Frick Bruno (C, SZ): Die Neuregelung der Spitalfinanzierung bringt total, je nach Schätzung – wir wissen es erst später genau –, sicherlich aber rund 600 bis 800 Millionen Franken an Mehraufwendungen. Nun stellt sich die Frage: Wer trägt diese Mehraufwendungen? Die Mehraufwendungen erfolgen nicht, weil Leistungen ausgeweitet werden, sondern, wie vorhin diskutiert, weil heute die Privatversicherten bestraft werden, indem die Kantone keinen Beitrag leisten. Diese Ungerechtigkeit beseitigen wir; das bringt Mehrkosten mit sich; das macht den Hauptharst dieser 600 bis 800 Millionen Franken aus. Wer aber soll sie bezahlen?

Wenn wir bei der Lösung des Nationalrates bleiben, gehen diese Aufwendungen zulasten der Kantone. Wenn wir die Kantonsbeiträge auf 55 Prozent senken, dann teilen sich die Krankenversicherer und die Kantone diese Summe in etwa auf. Würden also, wie Sie, Frau Fetz, zu insinuierten pflegen, hier in diesem Saal die Krankenversicherungen und deren Vertreter dominieren, müssten wir uns ja für den Beschluss des Nationalrates und damit für den von Ihnen vertretenen Minderheitsantrag Brunner Christiane starkmachen. Sie bevorzugen die Versicherungen und belasten die Kantone.

Warum tun wir das trotzdem nicht? Es braucht einfach in dieser politisch heiklen und schwierigen Situation eine Verteilung der Schmerzen, indem Kantone und Krankenversicherer den in etwa gleichen Beitrag leisten. Daher ist unsere Kommission mit grosser Mehrheit der Überzeugung, dass es eine gleichmässige Tragung der Lasten sein sollte. Darum sind wir auf diese 55 Prozent gekommen.

Ich bitte im Sinne eines eidgenössisch ausgewogenen Lastenpaketes: Unterstützen Sie den Antrag der Kommissionmehrheit!

Brändli Christoffel (V, GR): Es wird immer wieder gesagt, es gehe hier um eine Auseinandersetzung zwischen den Kantonen und den Versicherern; es gehe also darum, wer mehr bezahlen solle. Aber das ist überhaupt nicht die Frage. Es stellt sich hingegen die Frage: Soll der Prämienzahler oder soll der Steuerzahler für die Mehrkosten aufkommen, die Herr Frick hier dargelegt hat? Damit haben wir es hier mit einer sozialpolitisch hochbrisanten Frage zu tun, die wir beantworten müssen.

Wenn ich an die ursprünglichen Ziele denke – die hat man etwas vergessen, damals hiess es: keine Mehrbelastung für den Prämienzahler –, muss ich sagen, dass wir natürlich davon abgewichen sind. Denn eine neutrale Situation für den Prämienzahler ergibt sich bei einer Aufteilung von 60 Prozent für die öffentliche Hand und 40 Prozent für die Prämienzahler. Wir haben dann in unserem letzten Antrag noch diese 45 Prozent für die Kantone hineingeschmuggelt, die tiefe Prämien haben. Für mich war es eigentlich immer die Idee, dass das im Sinne einer Übergangslösung sei. Wir haben das dann aber generell formuliert, also auch die Möglichkeit geschaffen, dass die Kantone hier eine Absenkung vornehmen können. Das haben wir auch jetzt so formuliert. Ich muss hier einfach schon klar festhalten: Mit dem Vorschlag von 55 Prozent, wie Sie ihn auch ausgestalten, kommt es gezwungenermassen zu Prämienhöhungen. Und mit dem Vorschlag 55/45 Prozent kommt es selbstverständlich zu noch grösseren Prämienhöhungen.

Es ist ein politischer Entscheid, ob Sie das wollen oder nicht. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass der Steuerzahler schon dadurch entlastet wird, dass in Zukunft Investitionen ebenfalls in die Tarife eingerechnet werden. Hier sind die

Auswirkungen noch nicht so klar, wie sie hie und da von gewissen Kreisen präsentiert werden.

Ich möchte auch darauf hinweisen, warum ich hier eine eher kritische Haltung einnehme: Ich tue das vor allem deshalb, weil die neuesten Daten an der Kostenfront keineswegs erfreulich sind. Sie deuten darauf hin, dass wir 2009 schon von den Kosten her mit erheblichen Prämienerrhöhungen rechnen müssen. Eine Kompensierung über Reserven wird dannzumal kaum mehr möglich sein. Wir müssen schon auch Sorge tragen, dass man jetzt nicht hier und in der Pflegeversicherung Beschlüsse fasst, die die Prämienlast noch mehr belasten – und zwar nicht die Krankenversicherer. Ich habe es gesagt: Es ist der einzelne Bürger, der diese Prämien schlussendlich bezahlen muss.

Wenn Sie allenfalls 55 und 45 Prozent beschliessen, dann schaffen Sie eine Differenz zum Nationalrat. Ich bin aber der Meinung, dass sich der Nationalrat dann Gedanken darüber machen muss, wie er diese 45 Prozent ausgestaltet. Es ist nachvollziehbar, wenn man sagt, in einer Übergangsphase könne man für die Kantone, deren Prozentsatz heute schon darunterliege – der Kanton Thurgau hat diese Differenz –, allenfalls eine Lösung suchen. Aber ich würde mich dagegen wehren, wenn man sage, ein Kanton, der jetzt schon 60 Prozent habe, der könne gestützt auf diese Bestimmung auf 45 hinuntergehen. Denn das würde dann zu erheblichen Prämienerschüben führen. Ich wollte Ihnen diese Zusammenhänge hier aufzeigen. Wehren Sie sich vor und nach den Wahlen auch für die Prämienzahler.

Lauri Hans (V, BE): Ich bin der Mehrheit der Kommission sehr dankbar, dass sie hier einen Kompromiss gesucht hat, der offenbar bei den Kantonen und bei der GDK einigermaßen auf Akzeptanz stossen kann. Wenn ich das Wort noch einmal ergreife, dann nicht aus dem Grund, hier zu unterstützen, sondern weil ich der Auffassung bin, dass in dieser etwas aufgeladenen politischen Situation zwischen den Kantonen und uns wichtige Anliegen oder Fragen hier auch aus Kantonensicht behandelt werden sollten.

Damit komme ich zu meinem Anliegen: Wir haben hier bei Absatz 2 die Situation, dass für die Abgeltung der stationären Leistungen an der Durchschnittsprämie für Erwachsene angeknüpft wird. Nun sagt man mir, dass diese Anknüpfung problematisch sei, weil die Prämien nicht allein von den Kosten bestimmt würden. So hätten die Versicherer bei den Prämienanträgen an das BAG durchaus einen unternehmerischen Spielraum. Die Prämien seien überdies teilweise von versicherungstechnischen Komponenten wie Reserven und Rückstellungen oder von Vermögenserträgen, also vom Börsengang, abhängig. Ich glaube, die Frage ist berechtigt, Frau Kommissionspräsidentin, und ich bitte Sie oder den Bundesrat, hier noch einmal zu erklären: Warum knüpft man an die Durchschnittsprämie an, die eben einen unternehmerischen Handlungsspielraum beinhaltet, und warum knüpft man nicht an die Kosten an?

Wenn es keine überzeugende Antwort gäbe – was ich jetzt nicht zum Voraus weiss –, dann würde ich die Kommission des Nationalrates bitten, darüber noch einmal nachzudenken.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich darf hier meinem Vorredner gerne eine Antwort geben: Wenn Sie an die Kosten anknüpfen, dann stellt sich primär einmal die Frage, an welche Kosten. Woher wollen Sie die Kostenzahlen haben? Die Prämienhöhe haben Sie; wer eruiert die Kosten? Niemand zurzeit. Wären es die Kantone, dann wären diese selbst jene, die hier Kosten präsentieren und davon dann ihre Bezahlung abhängig machen würden. Es gibt heute schlicht und einfach keine solchen Kostenstatistiken. Das ist der Grund dafür. Ich habe diese Eingabe auch gelesen, habe mir Gedanken gemacht, habe auch mit dem Gesundheitsdirektor meines Kantons gesprochen: Wir verfügen über keine solchen Zahlen. Sie wären auch, wenn sie existieren würden, in keiner Art und Weise irgendwie abgesichert.

Fetz Anita (S, BS): Nur kurz zu Kollege Stähelin: Ich möchte das sehr unterstützen. Ich glaube, bei allen Differenzen, die wir hier oft im Detail haben, ist es eines der Grunddärgernisse in diesem Land, dass die verschiedenen Akteure immer noch nicht fähig sind, sich an einen Tisch zu setzen und endlich mal die Zahlen offenzulegen. Die Kantone müssen das tun, die Krankenkassen müssen das tun, der Bund muss das tun. Wir haben viel zu viele verschiedene Daten. Wir können nicht einheitlich eruiieren, wo die Finanzströme wirklich durchfliessen. Solange wir diese Transparenz nicht haben, bewegen wir uns bei vielen Fragen im Gesundheitsbereich ständig im Bereich der Halbbehauptungen, ob etwas jetzt kostendämpfend oder «kostenexplodierend» wirke. Je nachdem, welchen Hut die verschiedenen Akteure tragen, schauen sie, dass sie nicht betroffen werden. Ich glaube, das wäre der Hauptdurchbruch, den dieses Land schaffen müsste: Die Akteure, die alle über eigene Datenbanken verfügen – das ist ja noch das Verrückte! –, sollten sich endlich an einen runden Tisch setzen und ihre Zahlen abgleichen, sodass wir endlich eine gemeinsame Basis haben, auf der wir nachher echte Zukunftsszenarien für das Gesundheitswesen in der Schweiz entwickeln können. Das musste auch mal gesagt sein.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Nur ganz kurz, weil Herr Lauri mich direkt angesprochen hat: Ich kann nur das bestätigen, was durch Kollege Stähelin bereits ausgeführt worden ist. Es liegt wirklich daran, dass keine Kostenstatistiken vorliegen. Ich gehe davon aus, dass sich die Kantone angesichts dieser Tatsache bemühen, bald eine solche Kostenstatistik vorzulegen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Stähelin a répondu à Monsieur Lauri. Le problème des coûts est quelque chose de très difficile à définir parce qu'il y a en particulier les investissements, il y a toute une série de coûts qui sont relativement opaques. D'autre part, nous avons un grand problème: c'est que les coûts, en tout cas ceux payés par l'assurance-maladie, nous sont connus seulement deux ans après qu'ils ont été produits. Par conséquent, il y a une zone d'incertitude pour fixer les primes d'assurance de l'année suivante.

Avec le système DRG, les cantons ne feront plus d'investissements. Tout sera contenu dans le prix payé pour la prestation, et les cantons seront libérés d'une partie de leurs coûts vu qu'ils n'auront plus à payer les investissements; ils paieront leur part. Cela rend le calcul assez difficile à faire. Mais je crois qu'en gros, tout le monde est d'accord pour dire qu'à 55 pour cent, globalement – il peut y avoir des différences d'un canton à l'autre –, à la charge des cantons et 45 pour cent à la charge de l'assurance, lorsqu'il y aura le système DRG – c'est-à-dire que les cantons ne paieront plus les investissements –, on sera à l'équilibre. En d'autres termes, les cantons ne paieront ni plus, ni moins qu'actuellement. Il faut reconnaître qu'il peut y avoir des problèmes, mais en gros, pour l'ensemble de la Suisse, 55 pour cent/45 pour cent, c'est à peu près, à quelques millions de francs près, ce que paient les cantons aujourd'hui.

Par conséquent, dès l'instant où l'on descend en dessous de 55 pour cent, on charge davantage l'assurance obligatoire des soins, et je suis d'accord avec Monsieur Brändli pour dire que cela signifie qu'on augmentera les primes. Je suis d'ailleurs toujours frappé par le vocabulaire qu'on utilise. Si on veut décharger les assurés, on dit: «On décharge les primes d'assurance.» Mais quand on veut mettre quelque chose à la charge des assurés, on dit: «C'est à la charge de l'assurance-maladie», comme si celle-ci avait une existence indépendante des assurés. Finalement, les assureurs-maladie transfèrent les coûts. D'ailleurs, j'ai parfois le sentiment qu'ils les transfèrent sans plus-value.

Quand j'entends Monsieur Brändli – et je ne peux pas être d'accord avec lui sur ce point – annoncer déjà des augmentations massives des primes pour 2009, quand j'entends les assureurs parler comme ça, je vois un oeil qui rit: «Magnifique, une augmentation du chiffre d'affaires!» et un oeil qui

pleure: «Nos pauvres assurés, si seulement l'Etat avait su faire ce qu'on lui avait demandé!» On ne sait plus très bien ce que veulent les assurés.

Si j'étais du côté des assureurs-maladie, lorsque je verrais les coûts augmenter – ce qui est par exemple le cas cette année dans le domaine ambulatoire hospitalier –, je demanderais un rendez-vous avec le Conseil fédéral, avec les directrices et directeurs cantonaux de la santé, et je leur dirais: «Que peut-on faire concrètement pour bloquer l'explosion des coûts dans le domaine ambulatoire hospitalier? Est-on en mesure de trouver une solution?» Or, lorsque les coûts augmentent, les représentants des assurances-maladie donnent des interviews pleurnichardes et ne font rien.

Pour le reste, je suis d'accord avec Monsieur Brändli pour dire qu'ici, si on descend au-dessous de 55 pour cent, on charge les assurés et on va faire augmenter les primes d'assurance-maladie. C'est une décision politique que vous allez prendre dans quelques instants. D'après nos calculs, avec la solution du Conseil des Etats et si les cantons utilisent tous la possibilité de réduire jusqu'à 45 pour cent leur participation – ce n'est pas sûr qu'ils le fassent –, on met à la charge, non pas des assurances-maladie mais des assurés, 350 millions de francs, ce qui représente 1,2 ou 1,3 pour cent d'augmentation des primes.

La solution du Conseil des Etats représente donc 1 à 1,5 pour cent d'augmentation des primes. Il faut le dire! Si vous la votez – et vous avez le droit de le faire –, ne dites pas que vous êtes surpris, vous augmentez les primes, en 2009, de 1 à 1,5 pour cent. Si vous en restez à 55 pour cent, c'est neutre pour les cantons. Il y aura une petite augmentation, probablement aussi pour les assurances-maladie, mais c'est neutre pour les cantons. Voilà la réalité.

Je crois qu'on peut se battre très longtemps, mais à la fin, il s'agit de décider: voulez-vous augmenter les primes, en plus des coûts des augmentations normales dues aux progrès techniques, dues au vieillissement? Voulez-vous, oui ou non, augmenter de 1 à 1,5 pour cent les primes? Si vous voulez le faire, choisissez la solution de la majorité de la commission, si vous ne voulez pas le faire, choisissez la solution du Conseil national.

Pour ce qui me concerne, je souhaite que vous adhérez à la décision du Conseil national.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 29 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 4 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 53

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Noch eine Bemerkung zuhanden des Amtlichen Bulletins: Artikel 53 beschlägt das Beschwerdeverfahren. Die Bestimmung wurde im Nationalrat gemäss der Totalrevision der Bundesrechtspflege angepasst.

Buchstabe e – ganz unten auf der Fahne – hat in der Kommission eine längere Diskussion ausgelöst. Wir haben letztlich entschieden, uns dem Nationalrat anzuschliessen. Zuhanden des Amtlichen Bulletins möchte ich noch einmal festhalten, dass die Anforderungen, welche die Kantone bei ihrer Planung erfüllen müssen, vom Bundesrat aufgestellt werden. Wenn ein Kanton offensichtliche Planungsentscheidungen trifft, die einen Leistungserbringer benachteiligen, so liegt ein Ermessensmissbrauch vor, der angefochten werden kann. Hat ein Kanton hingegen aus objektiv nachvollziehbaren Gründen einen Entscheid gefällt, so ist das Beschwerdeverfahren nicht möglich.

Heberlein Trix (RL, ZH): Ich möchte in diesem Zusammenhang die Diskussion, die wir hier bei der Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates geführt haben, zuhanden des Amtlichen Bulletins kurz wiederholen. Nach dem Wortlaut von Absatz 2 Litera e könnten die Kantone die von National- und Ständerat angestrebte qualitative Verbesserung der Spitalplanung ohne Konsequenzen durchbrechen. Das Fehlen der materiellen Rechtssicherheit wäre beim Verzicht auf die Rüge der Unangemessenheit, die hier enthalten ist, problematisch. Die Planungen in verschiedenen Kantonen, insbesondere bezüglich der angemessenen Berücksichtigung von Privatspitälern, beinhalten – das ist zuzugeben – eine gewisse Willkür, insbesondere auch eine politische Willkür; aber es sind politische Entscheide der Kantone. Andererseits dauerten die Rekursentscheide des Bundesrates zu lange. Dass eine Straffung des Verfahrens stattfinden muss, ist eine Forderung, die wir alle unterstützen können. Zuständig ist ja neu das Bundesverwaltungsgericht.

Nun muss bei dieser doch sehr eingeschränkten, gegenüber unserer ersten Fassung aber ausgedehnten Rekursmöglichkeit festgehalten werden, dass die bei Artikel 39 neu beschlossenen objektivierten Kriterien, nach welchen die Planung geprüft werden muss, auch die Prüfung der Angemessenheit beinhalten. Gemäss Artikel 53 ist ja Artikel 49 des Verwaltungsgerichtsgesetzes für das Verfahren anwendbar. Danach bestehen drei Rekursmöglichkeiten. Ich zitiere das übersetzte Protokoll und die Aussage von Herrn Bundesrat Couchepin: «Artikel 49 sieht drei Rekursmöglichkeiten vor: 1. Verletzung von Bundesrecht; darin inbegriffen sind, und dies ist entscheidend, die Prüfung des Ermessensmissbrauchs und der Ermessensüberschreitung; 2. die unvollständige oder ungenaue Sachverhaltsfeststellung.» Ich möchte diese beiden Voraussetzungen betonen, mit unserem ersten Entscheid hatten wir diese Möglichkeit ausgeschlossen. Die Überprüfung der Unangemessenheit kann damit wegfallen. Ich möchte das hier betonen und verweise auf das deutsche Protokoll, Seite 10, weil diese Kriterien eben dann für die Anwendung durch das Bundesverwaltungsgericht entscheidend sind. Es ist dies eine Abweichung vom normalen Verfahren des Bundesverwaltungsgerichtes. Mit den Erklärungen, die Bundesrat Couchepin in der Kommission abgegeben hat und die er, so hoffe ich, heute entweder bestätigt oder dann durch sein Stillschweigen akzeptiert, möchte ich die Bedenken der Privatkliniken entkräften, die Litera e wieder streichen wollten.

Ich möchte Bundesrat Couchepin bitten, diese Aussagen zu bestätigen: Die Angemessenheit wird im vorhergehenden Verfahren bereits geprüft, auch wenn wir hier die Rüge der Unangemessenheit nicht zulassen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Forster l'a aussi confirmé: les dispositions légales telles qu'elles ont été présentées par Madame Heberlein valent à l'égard de tous, y compris du Conseil fédéral, en particulier du chef du Département fédéral de l'intérieur. Ces lois doivent être respectées. Et la LAMal prévoit ce qu'a dit Madame Heberlein. Je le confirme.

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten müssen bis spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt:

- die Einführungsmodalitäten;
- das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tariffberechnung einbezogen werden.

Abs. 2bis

Streichen

Abs. 3

Kantone und Versicherer beteiligen sich bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen.

Abs. 4

Streichen

Abs. 5

Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab der erstmaligen Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

Abs. 6

Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen.

Abs. 7

Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 41 Absatz 1bis erfolgt ebenfalls zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, aber:
.... Einführungsphase nach Absatz 1 die jeweiligen

Ch. II

Proposition de la majorité

Al. 1

L'introduction des forfaits liés aux prestations selon l'article 49 alinéa 1, ainsi que l'application des règles de financement selon l'article 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doit être terminée au plus tard avant le 31 décembre 2011.

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe:

- a. les modalités d'introduction;
- b. la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification ont pris en compte dans le calcul du tarif.

Al. 2bis

Biffer

Al. 3

Les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction selon l'alinéa 1, conformément aux règles de financement en vigueur avant la modification de loi.

Al. 4

Biffer

Al. 5

Les cantons fixent leur part au financement selon l'article 49a alinéa 2, au plus tard au 1er janvier 2012. Jusqu'au 1er janvier 2017, l'adaptation annuelle de cette part, à partir de son point de fixation initial, peut s'élever au maximum à 2 points de pour cent.

Al. 6

Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences de l'article 39, au plus tard à la date d'introduction selon l'alinéa 1.

Al. 7

La réglementation selon l'article 41 alinéa 1bis est également mise en oeuvre à la date d'introduction selon l'alinéa 1.

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil national, mais:

.... dans la phase d'introduction selon l'alinéa 1, des parts de rémunération

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In den Übergangsbestimmungen werden die Einführungsmodalitätä-

ten betreffend die leistungsbezogenen Pauschalen sowie die Anwendung der Finanzierungsregel festgelegt. Der Nationalrat hat sich für eine zeitlich gestaffelte Einführung entschieden. Die Einführungsmodalitäten wie der Zeitpunkt sollen dem Bundesrat überlassen werden. Hingegen soll der Bundesrat das Verfahren betreffend getätigte Investitionen bestimmen. Im Nationalrat wurde darauf hingewiesen, dass unsere Kommission die Übergangsbestimmungen auf Divergenzen überprüfen soll.

Die Kommission hat sich dieser Aufgabe zusammen mit dem Departement unterzogen und möchte Ihnen nach eingehender Überprüfung beliebt machen, auf die gestaffelte Einführung zu verzichten. Mit Artikel 1 gemäss Ihrer Kommission wird verlangt, dass sowohl die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen als auch die Anwendung der Finanzierungsregelung bis am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein müssen. Die Staffelung auf Vertrags- und Einverständnisebene unter den verschiedenen Partnern wie die Planungsanpassung, das Einfließen der Investitionskosten in die Tarife usw. wird vorher individuell erfolgen. Mit dieser klaren zeitlichen Vorgabe wären alle Beteiligten gezwungen, alles daranzusetzen, die nicht ganz einfache Umstellung auf ein bestimmtes Datum durchzuziehen. Gemäss den uns vorliegenden Angaben ist der Zeitpunkt zwar ambitiös, aber durchaus realistisch.

Gemäss Absatz 2 bestimmt der Bundesrat die Einführungsmodalitäten und das Verfahren, nach dem die Investitionskosten und die Tarifberechnung einzubeziehen sind; gemäss Absatz 3 müssen sich die Kantone und die Versicherer bis zum Einführungszeitpunkt entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen beteiligen.

Zu Absatz 5: Gemäss Artikel 49a Absatz 2 werden die Finanzierungsanteile von den Kantonen festgelegt. Gemäss unseren Beschlüssen beträgt der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent, mit einer Bandbreite bis 45 Prozent. Die Umsetzung hat spätestens bis zum 1. Januar 2012 zu geschehen. Kantone, die bereits vor diesem Zeitpunkt in der Lage sind, auf Pauschalen und die neue Finanzierung umzustellen, können dies tun. Wie bereits bei Artikel 49a dargestellt, geht es aber darum, Budgetsprünge zu vermeiden. Damit kommen wir, wie ich bereits gesagt habe, einem Anliegen der Kantone entgegen, die vor Budgetsprüngen warnen und eine Glättung der Anpassung fordern.

Gemäss unserem Beschluss dürfen die Kantonsbeiträge im Zeitraum von 2012 bis 2017 nur in Schritten von 2 Prozentpunkten angepasst werden. Damit kann eine mögliche Prämiendynamik vermieden werden. Nach fünf Jahren ist gemäss der Kommission davon auszugehen, dass das System eingespielt ist und keine wesentlichen Sprünge mehr zu erwarten sind, weshalb wir den Zeitraum bis zum Jahr 2017 begrenzen möchten.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Die Vertreterin der Minderheit, Frau Fetz, lässt mitteilen, dass wir mit dem Entscheid zu Artikel 49a Absatz 2 auch über Ziffer II Absatz 5 entschieden haben.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. IIa

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. IIa

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 2

Antrag der Kommission

.... am 1. Januar 2009 oder

Ch. III al. 2*Proposition de la commission*

.... le 1er janvier 2009 ou

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Es geht hier lediglich darum, dass ein Inkrafttreten am 1. Januar 2008 unrealistisch ist. Deswegen soll der 1. Januar 2009 vorgesehen werden.

Angenommen – Adopté

06.3009

**Motion SGK-SR (04.061).
Einheitliche Finanzierung von
Spital- und ambulanten Leistungen**

**Motion CSSS-CE (04.061).
Financement uniforme des prestations
hospitalières et ambulatoires**

Einreichungsdatum 24.01.06Date de dépôt 24.01.06

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06

Bericht SGK-NR 23.11.06

Rapport CSSS-CN 23.11.06

Nationalrat/Conseil national 22.03.07

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07

Antrag der Kommission

Zustimmung zur Änderung

Proposition de la commission

Approuver la modification

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Die Kommission beantragt, die Motion in der vom Nationalrat beschlossenen Fassung anzunehmen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es nur darum, dass der Nationalrat die Jahreszahl geändert hat. Wir können uns diesem Beschluss anschliessen.

Angenommen – Adopté

07.3555

**Motion SGK-SR (04.061).
Datenbereitstellung
für die Einführung von Swiss DRG**

**Motion CSSS-CE (04.061).
Communication de données
pour l'introduction de Swiss DRG**

Einreichungsdatum 28.08.07Date de dépôt 28.08.07

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Es geht darum, dass die gesetzlichen Grundlagen betreffend die Datenbereitstellung immer wieder Anlass zu Diskussionen geben. Um die Spitalfinanzierung nicht mit dieser Frage zu belasten, hat sich die Kommission entschieden, eine Motion einzureichen, mit welcher der Bundesrat eingeladen wird,

die Frage zu prüfen und die notwendigen Anpassungen vorzunehmen.

Wir bitten Sie, diesem Anliegen zuzustimmen. Der Bundesrat ist ja auch bereit, die Motion anzunehmen.

Angenommen – Adopté

07.464

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.**

**Verlängerung des Bundesgesetzes
über die Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen**

**Initiative parlementaire
CSSS-CE.**

**Prorogation de la loi fédérale
sur l'adaptation
des participations cantonales
aux coûts des traitements hospitaliers
dispensés dans le canton**

*Erstrat – Premier Conseil*Einreichungsdatum 28.08.07Date de dépôt 28.08.07

Bericht SGK-SR 28.08.07 (BBI 2007 6541)

Rapport CSSS-CE 28.08.07 (FF 2007 6183)

Stellungnahme des Bundesrates 12.09.07 (BBI 2007 6549)

Avis du Conseil fédéral 12.09.07 (FF 2007 6191)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Nur ganz kurz: Die Gültigkeit des dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung läuft Ende 2007 aus. Das Parlament hatte dieses Gesetz am 20. Dezember 2006 bereits um ein Jahr bis Ende 2007 verlängert. Die Verlängerung war unbestritten. Sie erfolgte deshalb nur um ein Jahr, weil die Erwartung eines raschen Abschlusses der Spitalfinanzierungsvorlage signalisiert werden sollte. Mit der Spitalfinanzierungsvorlage wird das dringliche Bundesgesetz nicht mehr nötig sein.

Da die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung nicht wie vorgesehen per 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt werden kann, drängt sich eine nochmalige Verlängerung des fraglichen Bundesgesetzes um ein Jahr auf. Die vorgeschlagene Verlängerung der Übergangsregelung soll wiederum in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden.

Gestatten Sie, dass ich noch zwei, drei zusätzliche Bemerkungen mache. Nachdem die Vorlage über die Spitalfinanzierung in der Differenzvereinbarung ist und eine möglichst rasche Inkraftsetzung gewünscht wird, ist unsere Kommission davon ausgegangen, dass die Verlängerung der geltenden Regelung um ein Jahr genügen soll. In seiner Stellungnahme vom 12. September – sie lag uns in der Kommission noch nicht vor – weist nun der Bundesrat darauf hin, dass das dringliche Bundesgesetz, welches dem fakultativen Referendum entzogen war, durch die erneute Verlängerung weiterhin dem Referendum entzogen würde. Aus diesem Grund müsse, so der Bundesrat, das dringliche Bundesgesetz nicht um ein Jahr verlängert werden, sondern um zwei Jahre. Damit wird es dem Referendum unterstellt und nach Ablauf der Referendumsfrist rückwirkend in Kraft gesetzt.

Wie gesagt lag die Stellungnahme des Bundesrates unserer Kommission noch nicht vor. Wir haben uns dann für die Ver-

Zweite Sitzung – Deuxième séance

Dienstag, 4. Dezember 2007

Mardi, 4 décembre 2007

08.00 h

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung

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

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07
Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBI 2008 9)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)
Text des Erlasses 2 (BBI 2008 19)
Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die SGK des Nationalrates hat sich an ihrer Sitzung vom Oktober mit den Entscheiden des Ständerates auseinandergesetzt. Teilweise folgt die Kommissionsmehrheit den Beschlüssen des Ständerates, insbesondere bei der Ausgestaltung der Freizügigkeit bzw. der freien Spitalwahl und der Frage der Aufnahmepflicht der Spitäler. Namentlich beim Kostenverteiler zwischen Kantonen und Versicherern und den entsprechenden Übergangsbestimmungen hält die Kommission am nationalrätlichen Entscheid vom Frühjahr dieses Jahres fest.

Bei meinen einleitenden Ausführungen beschränke ich mich auf diejenigen Bestimmungen, bei denen die Kommission an

der nationalrätlichen Fassung festhält, eine Differenz zum Ständerat bleibt und kein Minderheitsantrag vorliegt.

Festhalten beantragt die SGK bei Artikel 39 Absatz 2ter KVG. Gemäss Ständerat erlässt der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Nationalrat hat ein drittes Kriterium, die Grundversorgung, eingeführt. Der Begriff «Grundversorgung» ist indes missverständlich, weil er mit einem anderen Inhalt besetzt ist. Es geht da nicht um ein auf die Grundversorgung beschränktes Spitalangebot, sondern es geht um eine Mindestversorgung, welche auch in Randregionen sichergestellt werden muss. Die SGK beantragt daher, den Begriff «Grundversorgung» durch jenen der «Versorgungssicherheit» zu ersetzen. Es heisst dann: «Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit.» Die SGK ist nach längerer Diskussion zum Schluss gekommen, neben dem Begriffspaar der Qualität/Wirtschaftlichkeit auch die Mindestversorgung aufzunehmen, und beantragt Ihnen daher Festhalten an der nationalrätlichen Fassung mit dem Ersatz des Begriffs «Grundversorgung» durch jenen der «Versorgungssicherheit».

Bei Artikel 49a hält die Kommission ebenfalls am nationalrätlichen Beschluss fest und beantragt Ihnen, den kantonalen Anteil bei mindestens 55 Prozent zu belassen. Wir haben diese Bestimmung in der Kommission nochmals eingehend diskutiert. Es ist einerseits verständlich, dass die Kantone auch nach unten eine gewisse Flexibilisierung wünschen, andererseits geht es aktuell insbesondere um zwei Kantone, um die Kantone Aargau und Thurgau, welche einen Kostenanteil von massiv unter 55 Prozent bezahlen. Es ist aber nicht sicher, ob die zur Verfügung stehenden Zahlen überhaupt stimmen. Gerade der Kanton Thurgau liess im Sommer verlauten, dass der Kostenanteil des Kantons auch über 50 Prozent liege.

Die ständerätliche Fassung schafft Rechtsunsicherheit und könnte zu massiven Prämiensprüngen führen. Nimmt ein Kanton eine Reduktion vor, werden damit keine Kosten gespart, sondern die Kosten werden einfach auf die Krankenversicherer und damit auf die Prämienzahlenden verlagert.

Eine weitere Differenz haben wir noch bei Absatz 2bis der Übergangsbestimmungen. Die SGK beantragt Ihnen, dass die Kantone ihre Spitalplanungen bis spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt des Gesetzes an die neuen Bundesvorgaben anpassen müssen. Der Ständerat will hingegen die kantonalen Spitalplanungen mit der Einführung der neuen Finanzierung umgesetzt haben. Aus vollzugstechnischen Gründen ist der Antrag unserer SGK sachgerecht. Die Kantone müssen künftig die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit in der Spitalplanung berücksichtigen. Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen transparent, messbar und vergleichbar gemacht werden, bevor die Spitalisten angepasst werden können. Ansonsten machen die Bundesvorgaben keinen Sinn. Erst aufgrund der Vergleichbarkeit können die Spitalisten angepasst werden. Es muss eine längere Frist zugestanden werden, damit die Spitäler die Voraussetzungen gemäss den neuen Vorgaben transparent darlegen und die Spitalisten aufgrund dieser Kriterien erstellen können.

Sowohl bei Absatz 3 der Übergangsbestimmungen wie auch bezüglich der anschliessend zu behandelnden parlamentarischen Initiative der SGK-SR, «Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen», hat sich gezeigt, dass Ungereimtheiten und Mängel in der Koordination bestehen. Das muss die ständerätliche Kommission nochmals überprüfen, wenn sie dieses Geschäft in der nächsten Runde behandelt.

Bei der Ausgestaltung der Freizügigkeit bzw. bei der freien Spitalwahl und der Frage der Aufnahmepflicht der Spitäler schliesst sich die Mehrheit der Kommission dem Ständerat an. Ich verzichte im Moment darauf, auf Einzelheiten einzugehen, weil wir Minderheitsanträge vorliegen haben und ich

die Überlegungen der Kommissionmehrheit bei der Detailberatung darlegen kann.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Mehrheit der Kommission zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Dans le traitement des divergences concernant le financement hospitalier, la commission a examiné quelques articles que je vais brièvement résumer.

A l'article 39 alinéa 2ter, nous avons introduit la notion de sécurité de l'approvisionnement en soins, qui complète les autres références, comme celle de l'économicité; nous avons aussi tenu une discussion sur l'utilisation, dans la version française, de la terminologie liée à la rentabilité, qui a été modifiée et remplacée par la notion d'économicité, ce concept étant celui qui est en général utilisé dans la LAMal.

Nous reviendrons encore sur l'article 41 relatif au libre choix de l'hôpital, puisqu'une proposition de minorité Ruey a été déposée. Nous vous proposons de vous rallier à la décision du Conseil des Etats.

En ce qui concerne la problématique de la part des cantons au financement hospitalier, nous vous proposons de maintenir la position de notre conseil. Effectivement, il nous paraît important de ne pas lier la part de financement hospitalier à la charge des cantons au niveau de la prime moyenne de chaque canton, puisque, effectivement, il y a une incohérence entre les deux concepts: la détermination de la prime contient pour une seule partie seulement les éléments liés au financement, aux coûts hospitaliers; pour le reste, cela relève de la composante liée aux coûts ambulatoires, et il y a également dans la détermination de la prime une dimension stratégique qui est celle de la politique institutionnelle des caisses. Par conséquent, nous ne voulons pas que la part du canton dans le financement hospitalier soit déterminée par des éléments qui ne sont pas strictement en relation avec le contenu de la prime, qui relève strictement du financement hospitalier.

Il nous paraît donc peu approprié de mêler les deux éléments. Nous vous proposons donc, à l'article 49a alinéa 2, de maintenir la part cantonale au taux de 55 pour cent qui avait été arrêté lors de la première lecture par notre conseil, sachant que la moyenne se situe plutôt autour de 60 pour cent.

Voilà les éléments principaux que je souhaitais mettre en évidence dans cette introduction.

Art. 22a Abs. 3; 25 Abs. 2 Bst. f

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 22a al. 3; 25 al. 2 let. f

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 2ter

... von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit. Er hört ...

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 2ter

... en prenant en considération la qualité, le caractère économique et la sécurité de l'approvisionnement en soins. Il consulte ...

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41, 41a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)

Festhalten

Art. 41, 41a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)

Maintenir

Le président (Bugnon André, président): A l'article 41, nous avons une proposition de minorité Ruey, de même qu'à l'article 41a. Il s'agit d'un concept. Nous allons traiter les deux propositions en un seul débat.

Ruey Claude (RL, VD): Nous sommes là effectivement à un carrefour. Vous savez que ce que nous voulons avec le nouveau financement hospitalier, c'est permettre d'atteindre la meilleure performance possible, et qui dit meilleure performance possible dit rapport qualité/coûts. Dans ce contexte, lors de son débat en première lecture, notre conseil, et sa commission pour commencer, a introduit, outre le système des DRG, c'est-à-dire un financement par prestation calculé de manière forfaitaire par type de prestation – ce qui permet de mieux comparer les prix et d'avoir une certaine unité de vision dans le domaine des prestations hospitalières –, le libre choix par le patient de son hôpital. Libre choix signifie libre circulation des personnes, un peu, on l'a dit en commission, selon le principe du «Cassis de Dijon».

Ce libre choix, vous l'avez adopté en première lecture. Or, le Conseil des Etats, dans son dernier débat, l'a limité, je dirai même qu'il l'a en réalité quasiment vidé de sa substance. Et pourquoi? Tout d'abord, rappelons-nous que le système hospitalier est très opaque; que les prix sont actuellement des prix administrés; que les structures hospitalières sont différentes d'un canton à l'autre et à l'intérieur des cantons; que les modes de financement sont différents: dans certains cas les investissements sont pris en compte, dans d'autres cas ils sont pris en charge par l'Etat – un financement qui est parfois public, parapublic ou privé. Par conséquent, les comparaisons ne sont pas possibles.

Il est clair qu'avec l'introduction du système des DRG, nous pourrions avoir les mêmes prestations au même prix et faire de meilleures comparaisons. En revanche, dans la mesure où nous limiterions le système des DRG à un exercice à l'intérieur d'un seul canton, nous empêcherions, si vous voulez, toutes les comparaisons possibles entre les cantons, nous n'irions pas jusqu'à la transparence, que nous souhaitons et les uns et les autres, et nous n'irions pas jusqu'au bout de la logique de ce que nous voulons, c'est-à-dire d'établir une fluidité dans les possibilités d'être soigné dans des hôpitaux en Suisse et de le faire librement et dans la transparence.

Le résultat d'une telle sectorisation, c'est qu'en réalité on protège des prés carrés; on n'a pas de véritable concurrence et on risque de ne pas pouvoir avoir une maîtrise des coûts telle que nous la souhaitons. En d'autres termes, on va risquer de dépenser plus pour des prestations semblables.

Dans le système du Conseil des Etats, on fait un pas dans le sens de ce que nous avons voulu, à savoir la libre circulation et le libre choix de son hôpital. J'ouvre une brève parenthèse à ce sujet: le libre choix de l'hôpital ne va pas provoquer une avalanche de déménagements de patients d'un canton à l'autre. Cela a été chiffré par le Conseil fédéral et je relisais encore les déclarations de Monsieur le conseiller fédéral Couchepin tout à l'heure dans le procès-verbal de la commission: ce sont seulement 1 à 2 pour cent de patients

qui se trouveront dans cette situation. Ce n'est donc pas une avalanche.

En revanche, le fait, comme l'a décidé le Conseil des Etats, de ne pas vouloir permettre le financement égal d'un canton à l'autre par les assureurs et par les cantons de domicile, conduit à pénaliser les plus faibles économiquement: ils se verront vraiment privés du libre choix de leur hôpital. Pourquoi? Parce qu'à partir du moment où le financement ne suit pas le patient, on devra prendre une assurance complémentaire, une assurance-maladie complémentaire privée, et là je ne comprends pas tout à fait la gauche et le centre gauche qui s'opposent précisément à cette égalité de traitement entre tous les patients.

C'est donc au nom de l'égalité de traitement entre les patients, c'est au nom de la transparence des prestations, de la transparence des coûts, au nom de la performance, du rapport qualité/coûts, que nous vous proposons, dans le cadre de la minorité, d'en rester à un système de liberté, d'en rester à un système de libre choix, qui ne coûtera pas les sommes énormes que les cantons ont bien voulu nous indiquer. Là aussi l'administration fédérale a tout à fait combattu les chiffres avancés, de l'ordre de 600 millions de francs. Qui plus est, même s'il s'agissait de 600 millions de francs, cette somme est bien dépensée! De toute manière, ces 600 millions de francs sont dépensés par les assureurs plutôt que par les cantons, si bien que sur le plan du coût global de la santé, nous nous trouverions dans une situation qui ne serait pas bonne si nous suivions le système du Conseil des Etats.

Je vous invite donc à postuler la liberté, et la liberté dans sa logique jusqu'au bout.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt bei Artikel 41 Absatz 1 die Mehrheit und damit eine Lösung, die für alle Beteiligten verdaubar ist und gleichwohl den Druck auf eine überregionale, kantonsübergreifende Versorgungsplanung aufrechterhält.

Was soll neu für den Patienten bzw. die Patientin gelten? Offen steht einer Patientin jedes Spital des Wohnkantons, sofern es auf der Spitalliste ist. Offen stehen ihr auch ausserkantonale Spitäler, sofern sie im betreffenden Kanton auf der Liste sind und sofern es sich um eine Behandlung handelt, die medizinisch indiziert oder notfallmässig ist und die also im Wohnkanton nicht vorgenommen werden kann. Das entspricht der heutigen Regelung. Neu sollen Patienten auch dann in ein Listenspital eines anderen Kantons gehen können, wenn es keine medizinisch zwingenden Gründe dafür gibt, d. h., einfach wenn sie es wünschen, beispielsweise weil es geografisch sinnvoller ist oder sie von der Qualität jenes Spitals mehr überzeugt sind. Bezahlt werden muss dieser Spitalaufenthalt normal durch die Krankenkasse und den Wohnkanton. Der Wohnkanton muss aber höchstens so viel an die Behandlung bezahlen, wie sie kosten würde, wenn sie im eigenen Kanton vorgenommen würde. Ist der Behandlungskanton teurer als der Wohnkanton, dann verbleibt eine Differenz, die von der Patientin oder vom Patienten getragen werden muss beziehungsweise für die eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden muss.

Was sind die Folgen dieser teilweise freien Spitalwahl?

1. Es entsteht eine grössere Wahlfreiheit für die Patientin; dadurch entsteht tendenziell mehr Druck in Bezug auf die Qualität.

2. Wir haben die Wahlfreiheit in einem regulierten Markt. Die Wahlfreiheit besteht also, sie ist aber reguliert. Das heisst, dass sie nur im Rahmen der Spitäler gilt, die auf der Liste im Wohn- oder im Behandlungskanton eingetragen sind. Die Kostenkontrolle durch die Kantone wird beibehalten, weil sie nur so viel für ausserkantonale Behandlungen bezahlen müssen, wie sie auch für die Behandlung im eigenen Kanton bezahlen müssten. Es entsteht ferner Druck in Bezug auf die überregionale Planung, weil quasi natürliche Versorgungsregionen entstehen, die den Wünschen der Patientinnen und Patienten entsprechen, und weil die Versorgungsregionen nicht mehr an den Kantonsgrenzen Halt machen.

Wo sind die Risiken einer solchen teilweise freien Spitalwahl? Für die Kantone wird es sehr viel schwieriger, eine optimale Versorgung zu planen. Wenn ein Spital mal gebaut und plötzlich weniger ausgelastet ist, weil es, sagen wir, Mode wird, für bestimmte Eingriffe in ein anderes Spital zu gehen, das auf der anderen Seite der Kantonsgrenze liegt, dann trägt der Kanton die Last der plötzlich entstehenden Überkapazität. Baut er diese ab und kommen die Patientinnen und Patienten dann doch wieder zurück, fehlt Kapazität, respektive der Kanton hat Mühe, sie in kurzer Zeit wieder zur Verfügung zu stellen. Dieses Risiko bleibt auch mit der ständerätlichen Lösung zu einem gewissen Teil bestehen; wirklich minimieren können das die Kantone nur mit einer tatsächlich und vertraglich abgesicherten überregionalen Planung und Versorgungsorganisation.

Die Minderheit Ruey will die Kantone hier noch mehr unter Druck setzen, indem sie ihnen auch die Kostenkontrolle entzieht. Dabei geht wohl etwas vergessen, dass Spitäler und Spitalabteilungen nicht von heute auf morgen in Betrieb genommen oder geschlossen werden können. Spitalbetten produziert man nämlich nicht über Nacht wie frisches Brot. Es geht also bei diesem Kompromissvorschlag des Ständerates, den die Mehrheit unterstützt, auch darum, den Schutz der Investitionen der Kantone zu stärken. Das schweizerische Gesundheitswesen funktioniert nach dem Prinzip des regulierten Wettbewerbs. Wollte man, wie die Minderheit, die Wettbewerbselemente verstärken, müsste man redlicherweise den Versorgungsauftrag der Kantone einschränken und sie dort entlasten. Mit anderen Worten: Nicht mehr die Kantone wären dann für die wirkliche Versorgungssicherheit zuständig, sondern man würde diese Aufgabe an den Markt delegieren. Angesichts der Tatsache, dass das Anbieten von Spitalbetten nicht dasselbe ist wie das Verkaufen von Brot, ist das eine etwas theoretische Position.

Wenn wir hier dem Ständerat folgen, folgen wir dem Mittelweg. Die Kantonsgrenzen verlieren an Bedeutung, die Versorgungseinheiten werden gesundheitsökonomisch und für die Patientinnen und Patienten sinnvoller und logischer, und die Qualität wird durch die grössere Wahlfreiheit gestärkt. Die SP-Fraktion bittet Sie deshalb, die Mehrheit zu unterstützen und damit, einer guten Lösung zuliebe, auch einen Schritt auf die Kantone zu zu machen.

Eng verbunden mit dieser Frage der freien Spitalwahl ist die Frage des Aufnahmewzangs, wie er in Artikel 41a geregelt ist. Hier wird die Marktlogik der Minderheit Ruey geradezu pervers – sie will nämlich auf einen Aufnahmewang verzichten. Spitäler dürfen zwar auf einer Liste sein, teilweise sind das ja auch Privatspitäler, sie wären aber nicht an einen Aufnahmewang gebunden. Das heisst, sie würden zwar von den Vorteilen eines Listenspitals profitieren – sprich von kantonalen Steuergeldern –, wären aber nicht an einen Aufnahmewang gebunden. Das ist keine Lösung, die gesundheitspolitisch zu verantworten ist. Spitäler, die das Privileg oder den Vorteil haben, auf einer Liste zu sein, müssen auch den Pflichten der Listenspitäler nachkommen, sprich: Es ist jedem Privatspital freigestellt, ob es auf die Liste will oder nicht. Wenn es auf der Liste ist, wird es in diesem Bereich wie ein öffentlich-rechtliches Spital behandelt.

Ich bitte Sie auch hier, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Triponez Pierre (RL, BE): Natürlich geht es hier nicht darum, wie meine Vorrednerin gesagt hat, in einer Bäckerei Brot zu kaufen, aber es geht um ein doch recht wichtiges Thema. Es geht nämlich um den Grundsatz der freien Spitalwahl in diesem Lande. Es ist die eigentliche innovative Bestimmung in dieser Vorlage. Ich erinnere mich mit Interesse an die erste Runde, vor der Differenzbereinigung, zurück. Da war man über alle Parteigrenzen hinweg – Sozialdemokraten, CVP, FDP bis hin zur SVP – klar der Meinung, dass wir hier einen Schritt vorwärts machen sollten: Man soll die freie Spitalwahl einführen, es soll nicht mehr so sein, dass Personen nicht in einem Nachbarkanton ins Spital gehen können; diese Öffnung muss passieren. Wir waren uns hier einig, und wir hatten in der ersten Runde nicht einmal einen Minderheitsan-

trag dazu. Wir haben also klar festgelegt, dass die freie Spitalwahl gelten soll. Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit Ruey zu unterstützen.

Was ist in der Zwischenzeit passiert? Die Kantone haben insbesondere gegenüber unserem Vorschlag der freien Spitalwahl finanzielle Bedenken geltend gemacht. Sie haben die Befürchtung geäußert, dass hier eine Völkerwanderung – zumindest eine halbe – ausgelöst werden könnte und dass das zu sehr hohen Kosten führen könnte. Man hat Zahlen von mehreren Hundert Millionen Franken in den Raum gestellt. Der Ständerat hat sich davon beeindruckt lassen. Er hat am Grundprinzip der freien Spitalwahl festhalten wollen, mit uns zusammen, hat dann aber eine Limite gesetzt, nämlich die, dass eine Kostenübernahme durch den Versicherer und den Wohnkanton höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, angemessen sei.

Wir müssen uns bewusst sein: Wenn wir das so beschliessen, dann sind wir praktisch beim Status quo. Schon heute gibt es die Möglichkeit, Frau Jacqueline Fehr hat das auch angedeutet, dass man in bestimmten Situationen in einem Nachbarkanton behandelt wird. Wenn wir aber diesen Zwischenschritt hier so beschliessen, sind wir doch praktisch bei der heutigen Praxis. Das würde bedeuten, dass sich nur jene Personen in einem anderen Kanton behandeln lassen könnten, welche das selber bezahlen bzw. über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen würden.

Die Kommissionsminderheit ist davon überzeugt, dass es schade wäre, wenn wir nicht dieses klare Signal setzen würden, dass wir im Gesundheitswesen in Richtung des Cassis-de-Dijon-Prinzips marschieren wollen, dass wir die Öffnung der kantonalen Grenzen für die Patientinnen und Patienten wollen und dass das – und hier kommt der entscheidende Punkt – dank all der flankierenden Massnahmen, die wir haben werden, mittel- und längerfristig sogar zu einer Verbilligung bzw. zu einer Vergünstigung der Krankenhausversorgung führen wird. Das ist also das Instrument, das erlauben wird, den Wettbewerb zumindest einigermassen einzuführen bzw. zu verstärken.

Im Namen der FDP-Fraktion ersuche ich Sie also, bei den Artikeln 41 und 41a dem Antrag der Minderheit Ruey zuzustimmen.

Wehrli Reto (CEg, SZ): Ich spreche zu Artikel 41 Absatz 1 und Absatz 1bis. Die CVP/EVP/glp-Fraktion empfiehlt Ihnen, bei der Regelung der Wahl des Spitals bei stationärer Behandlung und bei der Kostenübernahme den Antrag der Kommissionsmehrheit zu unterstützen und somit dem Beschluss des Ständerates zu folgen. Dem Antrag, nicht an unserem vormaligen Beschluss festzuhalten, liegen folgende Überlegungen zugrunde:

1. Der wichtigste Grund ist ein «erledigungspolitisch». Unser dringliches Ziel muss es sein, die Revision der Spitalfinanzierung vor Ende Jahr unter Dach und Fach zu bringen. Dies verlangt – der bisherige Verlauf der Debatte hat es gezeigt – ganz offensichtlich Kompromisse. Hier, bei der freien Spitalwahl, gibt es Spielraum, wie er nötig ist, um Kompromisse eingehen zu können. Der vormalige Beschluss des Nationalrates zur Umsetzung der freien Spitalwahl wäre zwar der konsequentere, der klarere Weg gewesen; er verlangt die nationale freie Spitalwahl nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich. Das ging dem Ständerat aber zu weit. Er ist grundsätzlich für die freie Spitalwahl, aber – Sie haben es bereits gehört – der Tarif des Wohnsitzkantons ist bei ihm die Grenze für die Kostentragung durch Versicherer und Kanton. Dem können wir von der CVP zustimmen; wir wollen in dieser Frage lieber den Spatz in der Hand; wir wollen den Grundsatz der freien Spitalwahl jetzt endlich im Gesetz verankern.

2. Skeptiker argumentieren nun damit, dass mit dem Beschluss des Ständerates die freie Spitalwahl an der Kantongrenze ende. Das wird sich noch zeigen; aber es muss überhaupt nicht der Fall sein, denn auch mit der Regelung, nach welcher der Tarif im Wohnsitzkanton massgebend ist, wird die Marktöffnung erreicht. Ganz sicher werden die

Leute in Grenzgebieten nun dorthin gehen, wo es ihnen am leichtesten fällt hinzugehen, dorthin, wo es ihnen passt; es wird niemand mehr von Bergdietikon in ein Aargauer Spital gehen, wenn er direkt nach Dietikon hinuntergehen und dort Leistungen in Anspruch nehmen kann.

3. Sollte sich in Zukunft zeigen, dass die Variante des Ständerates die Einführung der freien Spitalwahl de facto verhindert und es mit dem Spitalinnenmarkt nicht vorwärtsgeht, wird in diesem Bereich halt noch einmal legiferiert werden müssen.

Damit wir die Revision der Spitalfinanzierung noch vor Jahresende abschliessen können, bitte ich Sie im Namen unserer Fraktion also, den Antrag der Minderheit abzulehnen und dem beschriebenen Antrag der Mehrheit zu folgen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir sind ja hier bei der Spitalfinanzierung in der Differenzvereinbarung. Aber auch hier sollten wir natürlich die Zielsetzung, die wir einmal gehabt haben, nicht aus den Augen verlieren. Was wollen wir denn mit dieser Vorlage? Wir wollen, dass die stationären Einrichtungen in unserem Land aufgrund von wirtschaftlichen und qualitativen Kriterien vergleichbar gemacht werden. Das ist das Ziel, und dazu braucht es eine leistungsbezogene Abgeltung. Die Qualität muss mit geeigneten Mitteln erhoben und auch vergleichbar gemacht werden. Um das qualitative Angebot aber zu stärken, braucht es gleichzeitig einen freien, ungehinderten Zugang der Nachfrager, in diesem Fall der Patienten. Bei dem Minderheitsantrag geht es ja um den freien Zugang zu den stationären Einrichtungen, welche auf einer kantonalen Spitalliste aufgenommen sind – über die Kantongrenzen hinaus, das ist entscheidend.

Die Mehrheit Ihrer Kommission folgt dem Ständerat und beantragt Ihnen, unseren Beschluss mit der wirklich freien Spitalwahl wieder zu kippen, während die Minderheit sagt: Der Zugang zu den stationären Einrichtungen soll ohne Vorbehalte gewährt werden. Statt in der Gesundheitspolitik endlich für die Zukunft wegweisende Entscheide zu fällen, zieht die Mehrheit Ihrer Kommission wie der geschlagene Hund winselnd von dannen.

Wenn Sie hier der Mehrheit folgen, beseitigen Sie einen der innovativsten Teile dieser Vorlage. Dann kann man sich auch fragen: Braucht es diese Vorlage überhaupt noch? Der heutige Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes beauftragt die Kantone seit über zehn Jahren, Betriebsvergleiche anzustellen; sie weigern sich aber standhaft. Ich gehe davon aus, dass sie auch in Zukunft Widerstand leisten werden, unter dem Druck der Gesundheitsdirektoren der Kantone, die vor allem ihre uneingeschränkte Macht in diesem Bereich erhalten wollen und denen wir, wegen der staatlichen Planwirtschaft und der Staatsgläubigkeit in diesem Bereich, einen schönen Teil des Anstiegs der Prämien zu verdanken haben. Unter diesem Druck verzichten sie auf wirksame Korrekturen. Unkoordinierte Fehlinvestitionen sollen weiterhin möglich sein, vor allem zulasten der Steuer- und Prämienzahler. Die Kantone wollen eigentlich gar keine Veränderung. Das ist die Botschaft, die in diesem Antrag der Mehrheit und im Beschluss des Ständerates steckt.

Wo liegt das Problem wirklich? Wir haben ein massives Überangebot an stationären Einrichtungen. Das kostet zu viel Geld, und ohne vergleichbare betriebswirtschaftliche Grundlagen werden Korrekturen nicht durchsetzbar sein. Dazu gehört eben auch die Abschaffung der Zwangsversorgung, wobei man in diesem Bereich die Kantongrenzen nur mühevoll überschreiten kann. Es ist doch nicht so, dass die Gesundheitsdirektoren die Einzigen sind, die wissen, was für die erwachsenen Bürger gut ist. Ich meine, diese Politik müsste endlich der Vergangenheit angehören. Während in einigen Kantonen ja nun ernsthaft darüber diskutiert wird, Leistungen über die Landesgrenzen hinaus zuzulassen, will man hier die Kantongrenzen weiterhin um jeden Preis aufrechterhalten.

Ich bitte Sie also: Halten Sie an Ihrer Entscheidung der ersten Runde fest – dort haben Sie nämlich einen wegweisenden Entscheid getroffen –, das heisst: Stimmen Sie der Minderheit Ruey zu. Das wird die SVP-Fraktion tun.

Fasel Hugo (G, FR): Die grüne Fraktion wird den vom Ständerat gefundenen Kompromiss unterstützen, und zwar aus folgenden Gründen: Wir haben hier einen Weg zu finden zwischen der Wahlfreiheit der Versicherten einerseits und der Bedeutung der kantonalen Planung andererseits. Mit der Lösung, die der Ständerat erarbeitet hat, haben wir die Wahlmöglichkeit für die einzelnen Versicherten verbessert, aber diese Wahlfreiheit hat dort ihre Grenze, wo der Wohnkanton die Kosten für eine Behandlung im Spital eines Nachbarkantons übernehmen müsste, die teurer zu stehen kommt als eine Behandlung im eigenen Kanton. Insofern stimmt auch nicht, was Herr Ruey gesagt hat, dass mit der von der Mehrheit vorgeschlagenen Lösung die kleineren und mittleren Einkommen bestraft würden. Es ist gerade umgekehrt! Wenn jemand in Freiburg wohnt und sich anschliessend in Bern behandeln lassen will, kann er dies tun, sofern es in Bern billiger zu stehen kommt.

Umgekehrt kann der Sinn einer Lösung nicht darin bestehen, dass wir die Wahlfreiheit über alles setzen. Dann tun wir nämlich genau das, was wir aus den USA kennen: Die grossen Spitalketten bieten nicht mehr medizinische Leistungen an, sondern machen vor allem Marketing. Man wird also überall grosse Veranstaltungen haben, wo von ihnen gesagt wird, man solle in ihre Spitäler kommen; und ich gehe dann ins teuerste Spital, weil der Kanton es bezahlt. Das kann ja nicht der Sinn sein, und das ist auch der Grund, weshalb man in den USA das teuerste Gesundheitssystem, aber lange nicht die beste Qualität hat. Deshalb ist es sinnvoll, den Weg zu gehen, den die Mehrheit, zusammen mit dem Ständerat, erarbeitet hat. Er besteht darin, die Wahlfreiheit zu vergrössern; sie soll bis dorthin gehen, wo im Nachbarkanton eine günstigere Lösung möglich ist. Daher bitten wir Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Bortoluzzi disait il y a quelques minutes que la proposition faite par la minorité de la commission est une proposition très innovante. Je me réjouis de voir Monsieur Bortoluzzi se rallier aux propositions innovantes, mais, de temps en temps, il faut se demander si l'on peut atteindre le résultat qu'on espère atteindre en soutenant la solution qui va le plus loin. Or, le Conseil fédéral est d'avis, même si cette proposition est innovante, même si à terme – j'y reviendrai – je suis sûr qu'on aura un jour la libre circulation des patients non seulement dans l'espace sanitaire suisse mais à l'échelle européenne, qu'il ne faut pas tout vouloir tout de suite, parce que finalement on risque de ne rien obtenir, et ceci pour les raisons suivantes. Monsieur Ruey, en parlant du système des DRG, a dit qu'on aurait un seul système pour toute la Suisse, ce qui est exact. Les DRG, c'est une structure tarifaire, la description d'actes médicaux, mais ce n'est pas encore un tarif unique, parce qu'une fois qu'on a décrit l'acte, il faut ensuite l'affecter d'un coefficient qui sera décidé par les partenaires tarifaires. Il y aura des tarifs qui seront négociés, des tarifs qui seront différents, et il n'y aura pas un financement DRG au même coût dans toute la Suisse; il y aura la même définition du même acte dans toute la Suisse, mais il y aura un certain nombre de tarifs différents.

Personnellement, j'espère que l'on distinguera les tarifs des hôpitaux universitaires de ceux des hôpitaux régionaux, mais qu'on ne distinguera pas les tarifs selon les cantons, parce que si on a des DRG tarifés différemment d'un canton à l'autre, alors très probablement un des buts de la réforme ne sera pas atteint. Ce qui est souhaitable, c'est qu'on ait le même système de DRG partout, c'est-à-dire la description des actes médicaux, mais ensuite des tarifs qui soient fonction de la «qualité» de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un hôpital universitaire ou non.

Dès l'instant où il existera des tarifs différents pour le même système de DRG, on aura des problèmes assez difficiles d'application: si un patient se déplace d'un canton à l'autre, quel est le montant que doit payer le canton? 55 pour cent du montant qui aurait été payé dans l'hôpital le meilleur marché du canton d'origine du patient ou 55 pour cent du montant à payer dans l'hôpital choisi par le patient?

Ces problèmes sont concrètement difficiles à résoudre, et ils pourraient provoquer des effets pervers, raison pour laquelle le Conseil des Etats a choisi un pas intermédiaire qui consiste à dire que les cantons doivent payer, chaque fois qu'un patient se déplace, le montant qu'ils auraient payé dans le canton d'origine. Quant à la différence, elle doit être payée soit par le patient lui-même, soit par l'intermédiaire de son assurance complémentaire. Il est exact de dire que cette approche donne un avantage à ceux qui ont une assurance complémentaire, puisqu'ils ont une liberté que d'autres n'ont pas. Mais aujourd'hui, seuls ceux qui ont une assurance complémentaire relativement chère peuvent se déplacer d'un canton à l'autre. A l'avenir, l'assurance complémentaire, pour donner cette liberté supplémentaire aux citoyens, aux patients, sera moins chère puisque les cantons paieront un montant de base comme le souhaite le Conseil des Etats. Donc tout bien considéré, je crois qu'il faut faire un pas en avant. Mais il ne faut pas prendre le risque de provoquer l'opposition frontale des cantons et des difficultés d'application qui finiraient par dégoûter le citoyen contribuable, patient et votant, d'un progrès qui, à terme, sera complet en ce sens qu'un jour – mais dans une étape ultérieure –, il y aura la libre circulation des patients à l'échelle de la Suisse. C'est bien la moindre des choses me semble-t-il, mais cela ne peut pas se faire en une seule fois.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons avec conviction à soutenir la solution de la majorité, c'est-à-dire à adhérer à la décision du Conseil des Etats, tout en ne perdant pas de vue le but final qui viendra par le biais d'une autre révision et qui sera la libre circulation complète des patients d'un canton à l'autre.

Nous vous invitons donc à voter en faveur de la solution de la majorité de la commission et à éliminer ainsi une divergence supplémentaire importante, peut-être même décisive, avec le Conseil des Etats.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Der Ständerat relativiert die Wahlfreiheit insofern, als die Unkosten eines Patienten nur bis zum Betrag, der im eigenen Kanton anfallen würde, gedeckt sein sollen. Geht aber ein Patient in ein teureres ausserkantonales Spital, hat er bei Wahleingriffen die Differenzkosten selber zu bezahlen. Bei medizinisch indizierten Fällen hingegen richtet sich die Kostenübernahme bei beiden Kostenträgern – also bei Versicherern und Kantonen – nach dem Tarif des Standortkantons. Das heisst eigentlich – das wurde bis jetzt nicht gesagt –, dass die Kantone sich bei medizinisch indizierten Fällen in einem gewissen Sinne auch entlasten können. Die ständerätliche Lösung gewährt nicht die volle, uneingeschränkte Spitalfreizügigkeit in der gesamten Schweiz; sie ist aber eine innovative, pragmatische und sachgerechte Lösung, welche die Opposition der Kantone entkräftet.

Insbesondere folgende drei Gründe sprechen für die ständerätliche Fassung:

1. Die Gleichschaltung mit dem ambulanten Bereich, in welchem wir jetzt dieselbe Form der Freizügigkeit haben. Die Wahlfreiheit gilt in der gesamten Schweiz. Die Kosten sind aber nur gemäss dem Tarif des Wohn- und Arbeitsortes gedeckt. Darüber hinausgehende Kosten müssen über eine Zusatzversicherung abgedeckt werden.
2. Die unterschiedliche Prämiensituation: Wir haben bekanntlich in den Kantonen sehr unterschiedliche Prämienhöhen. Die Prämien sind primär abhängig von der jeweiligen kantonalen Gesundheitspolitik, das heisst von der Anzahl Leistungserbringer und vor allem auch von den Preisen. Kantone mit einer restriktiveren Spitalplanung und eher tieferen Preisen haben entsprechend auch tiefere Prämien. Solange diese Realitäten existieren, ist es gerechtfertigt, dass Kantone und Versicherer die Preise des Wohnkantons des Patienten übernehmen müssen.
3. Es wird durch diese Lösung ein gewisser Kostendruck entstehen, namentlich in Grenzregionen, wo die Freizügigkeit eingeschränkt wird. Das allenfalls zu hohe Kostenniveau im Nachbarkanton wird zweifellos einen Kostendruck auf die entsprechenden Spitäler ausüben.

Die Kommission hat mit 13 zu 10 Stimmen bei 0 Enthaltungen der ständerätlichen Fassung zugestimmt. Ich bitte Sie, in diesem Punkt Rücksicht auf die Kantone zu nehmen, vor allem aber, mit Rücksicht auf die unterschiedlichen kantonalen Kosten- und Prämienstrukturen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: J'aimerais aborder deux éléments complémentaires relatifs à cet article qui est le point central de ces divergences. Le premier point concerne les principes qui ont été discutés tout au long de la révision et qui se retrouvent dans cette discussion sur le libre choix de l'hôpital. Effectivement, comme Messieurs Bortoluzzi et Ruey l'ont évoqué tout à l'heure, il est bien évident que tout le monde veut le meilleur rapport qualité/prix; c'est un élément de la discussion. Mais un autre élément a été peu abordé, c'est celui qui concerne l'autre but de toute cette révision et qui est aussi présent dans toute la discussion sur l'initiative populaire soutenue par l'UDC, c'est l'introduction de davantage de concurrence entre les hôpitaux. Avec l'ouverture du libre marché dans le domaine hospitalier, la question de l'affaiblissement, voire de la suppression de la planification, donc de la régulation se pose. Je crois que c'est aussi un aspect qui est à l'origine de cette proposition de la minorité.

Cette question-là pose problème dès lors que dans la révision on impose en même temps des éléments supplémentaires de planification. On demande aux cantons de véritablement mettre sur pied une planification et le Conseil fédéral va introduire des critères uniformes. Alors, d'un côté on leur dit: «Vous devez planifier», puis, de l'autre, on ouvre les frontières et on affaiblit ou on rend finalement impossible cette planification. Je crois que cet élément a motivé les cantons à réagir. Bien sûr, comme l'a dit Monsieur le conseiller fédéral Couchepin, nous sommes dans une situation intermédiaire, dans une situation de compromis. On ne peut pas tout simplement, comme vient de le dire Monsieur Bortoluzzi, affirmer que les cantons ne veulent rien et qu'ils détiennent la vérité. Ce n'est pas si simple. Ce sont les cantons qui, dans le domaine de la gestion et de la planification du secteur hospitalier, sont un acteur central dans ce pays, pour ne pas dire l'acteur central du système hospitalier. Par conséquent, on ne peut pas tout simplement balayer d'un revers de main les critiques provenant des cantons.

Je vous invite à soutenir cette solution de compromis. Il y a un flou quant aux coûts, quant à la possibilité de gérer à la fois une planification plus rigoureuse et une ouverture du marché. Pour les cantons, avec la mise à égalité des hôpitaux publics subventionnés et privés, un pas très important est franchi. Il nous incombe de ne pas aller plus loin pour éviter l'échec de la démarche.

Je vous remercie de soutenir la majorité de la commission.

Le président (Bugnon André, président): Il n'y aura qu'un seul vote sur les articles 41 et 41a.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/22)

Für den Antrag der Mehrheit ... 97 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 87 Stimmen

Art. 49 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 49 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Kommission

Abs. 2

Festhalten

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Zemp

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 49a

Proposition de la commission

Al. 2

Maintenir

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Zemp

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Zemp Markus (CEg, AG): Ich stelle Ihnen bei Artikel 49a Absatz 2 einen Einzelantrag und bitte Sie, der Version des Ständerates zuzustimmen.

Worum geht es? Für die Kostenbeteiligung bei der stationären Leistung sieht die Version des Nationalrates vor, dass durch die Kantone fix 55 Prozent zu bezahlen sind. Der Ständerat will im Gegensatz dazu eine Bandbreite von 45 bis 55 Prozent. Er will damit sicherstellen, dass in denjenigen Kantonen, die bisher tiefe Kosten hatten, keine massiven Erhöhungen erfolgen. Zwar sollen Kantone, in denen die Durchschnittsprämien für Erwachsene unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen, die Möglichkeit haben, die Bandbreite auszunutzen, das heisst, bis 45 Prozent nach unten zu gehen.

Wie sieht es heute aus? Die Spannweite bei der kantonalen Kostenbeteiligung liegt zwischen 37 und 67 Prozent. Es gibt Kantone, die sich durch tiefe Kosten auszeichnen, wie Thurgau, Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Tessin. Dies kann man durchaus auch als hohes Kostenbewusstsein sehen. Diese Kantone werden in der Version des Nationalrates am meisten zur Kasse gebeten, wenn sie Kostenbeteiligungen von 55 Prozent leisten müssen.

Bei dieser Revisionsvorlage wurde zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Santésuisse vereinbart, dass die Mehrkosten, welche aus der Gesetzesrevision entstehen, geteilt werden. Die Vorlage wurde aber unterdessen erweitert. Es kamen ausserkantonale Spitalaufenthalte und die Zwangssubventionierung der Privatspitäler dazu. Damit haben wir eine andere Ausgangslage. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz beziffert die Mehrkosten in der Grössenordnung von 500 bis 700 Millionen Franken. Der Ständerat hat seine Version gegenüber der Version des Nationalrates mit 29 zu 4 Stimmen gutgeheissen.

Ich bitte Sie, meinen Einzelantrag zu unterstützen.

Wehrli Reto (CEg, SZ): Unsere Fraktion empfiehlt Ihnen, bei der Abgeltung der stationären Leistungen den Beschluss des Ständerates zu unterstützen und dem Einzelantrag Zemp zuzustimmen. Dieser verlangt – Sie haben es gehört –, dass der kantonale Mindestanteil bei der Vergütung der stationären Behandlung 55 Prozent beträgt. So weit entspricht der ständerätliche Beschluss demjenigen des Nationalrates. Weiter will der Ständerat den Kantonen aber einen gewissen Spielraum bei der Art der Finanzierung belassen. Im Gegensatz zum Nationalrat macht der Ständerat die Festsetzung des Kantonsanteils von der Durchschnittsprämie abhängig. Wenn diese unter dem Schweizer Schnitt liegt, können die Kantone ihren Anteil weiter, auf 45 Prozent, senken. Denn es sollen – das ist die Absicht – jene Kantone, welche unterdurchschnittliche Prämien haben, nicht gezwungen werden, mehr Geld ins System einzuschliessen. Auch hat die Bevölkerung mit dieser Lösung einen grösseren Handlungsspielraum in Bezug auf die Fragen, wie viel sie über die Steuergelder überhaupt ins Gesundheitssystem einbringen und ob sie die Prämienzahler stärker belasten will.

Zwar ist der Antrag Zemp in der Konsequenz viel komplizierter, basiert auf unsicheren Daten, wird wahrscheinlich einen grossen bürokratischen Aufwand generieren und verknüpft Kantonsanteil und Prämie, was sachfremd ist. Trotzdem unterstützen wir, ein bisschen à contrecœur, diesen Antrag eben darum – ich habe es bereits ausgeführt –, weil man damit diese zwei, allenfalls drei Kantone, die im Moment eben tiefere Ausgaben haben, nicht politisch vergewaltigen will.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich mache es kurz: Der Antrag Zemp ist natürlich nicht ganz unberechtigt. Wir haben ja in der ersten Runde einen solchen Antrag als Minderheit eingebracht, weil, wie wir gesagt haben, wir uns im Moment bei dieser Vorlage auf die Einführung der vergleichbaren Elemente konzentrieren wollen, auf die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität; die Finanzierung durch die Kantone, auch im Sinne der Akzeptanz der Finanzhoheit der Kantone, lassen wir einmal bleiben. Aber an sich ist natürlich aus der Diskussion – ähnlich wie beim vorherigen Antrag – klar ersichtlich, dass man auch hier die Vergleichbarkeit zwingend anstreben müsste. Das setzt die Kantone natürlich unter Druck. Es sind zwei, drei Kantone, die von dieser Massnahme – 55 Prozent Mindestbeteiligung – vor allem betroffen sind. Dabei muss ich Ihnen sagen, dass es noch schwierig ist zu wissen, ob es dann wirklich so schlimm herauskommt, wie die betroffenen Gesundheits- und Finanzdirektoren behaupten, weil nämlich die Vergleichbarkeit bezogen auf die Investitionen nicht gegeben ist, weil diese ganzen Finanzierungsflüsse nach wie vor undurchschaubar sind. Wenn der Bundesrat dann die Regeln für die Vergleiche aufstellt, dann sollten die Finanzierungsflüsse eben auch transparenter werden.

Es geht auch darum, dass wir eine Differenz wollen. Darum sagen wir in diesem Moment, dass wir der Kommission zustimmen. Die SVP-Fraktion wird der Kommission zustimmen, mit Ausnahme vielleicht der Kolleginnen und Kollegen aus den stark betroffenen Kantonen – dafür habe ich ein gewisses Verständnis, auch für Kollege Zemp aus dem Aargau. Aber wir wollen hier der Kommission vor allem deshalb zustimmen, um die Sache mit den Ständeräten nochmals zu diskutieren. Dann haben wir eine Differenz. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Finanzierung die zweite Ebene in dieser Vorlage ist und auch nicht unbedingt als prioritär angesehen werden müsste.

Ich bitte Sie auch im Sinne der Schaffung einer Differenz gegenüber dem Ständerat, hier der Kommission zu folgen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Auch die SP-Fraktion ist für Festhalten und bittet Sie, den Antrag Zemp abzulehnen. Die Argumente liegen auf dem Tisch. Es scheint uns von Beginn an untauglich, ein Bandbreitenmodell einzuführen, das sich jährlich an den Durchschnittsprämien orientiert und damit auch jährlich einen neuen Kostenverteiler zur Folge hätte. Wir sind auch der Meinung, dass dann, wenn Transparenz hergestellt ist, diese 55-Prozent-Lösung eine durchaus taugliche Lösung ist. Zudem ist für uns natürlich das Argument, dass man jene Kantone schont, die heute einen geringeren Kantonsanteil zahlen, kein Argument, weil wir der Meinung sind, der steuerfinanzierte Anteil an den stationären Kosten sei nicht zu senken und es seien nicht jene Kantone zu belohnen, die einen möglichst tiefen steuerfinanzierten Anteil haben.

In diesem Sinne bitten wir Sie, dem Nationalrat zu folgen und den Antrag Zemp abzulehnen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Une des questions qui nous a préoccupés tout au long de la discussion de cette loi, c'est de savoir quelle sera la charge des différents acteurs qui participeront aux coûts de l'hospitalisation lorsque la loi sera adoptée. Quelle sera la part des cantons? Quelle sera la part des assurés, c'est-à-dire des assurances? En principe, selon nos calculs, si l'on voulait en rester à la même répartition des coûts qu'aujourd'hui, il faudrait fixer la part des cantons à 60 pour cent et les assurances auraient à payer

environ 40 pour cent. Or, comme vous le voyez, la commission vous propose de mettre 55 pour cent à la charge des cantons et 45 pour cent à la charge des assurés, en l'occurrence des assurances. C'est un pas qui a été fait en direction des cantons pour essayer de vaincre un certain nombre de résistances et d'inquiétudes de leur part.

Mais certains cantons ne sont pas satisfaits de cette solution et souhaiteraient aller encore plus loin et pouvoir exceptionnellement, j'allais dire en dérogation à la règle générale, fixer leur contribution en dessous de 55 pour cent. Ils argumentent en indiquant que leur participation actuelle est inférieure à la moyenne suisse et que, par conséquent, il n'y a pas de raison de les forcer à faire un pas trop important en une seule fois. Mais toujours est-il que si l'on prend l'ensemble des participations cantonales, la solution qui est préconisée dans la loi est favorable aux cantons. Elle est moins favorable à certains, plus favorable à d'autres, mais dans l'ensemble elle est favorable aux cantons.

La solution du Conseil des Etats est pratiquement inapplicable: 55 pour cent sauf exception, l'exception étant faite pour les cantons dont la prime moyenne est inférieure à la prime moyenne suisse. Or, comme l'a dit Monsieur Rossini en ouverture des débats, la prime moyenne ne dépend pas seulement des tarifs hospitaliers, mais aussi des prestations ambulatoires. En outre, la prime moyenne change d'année en année. Elle ne correspond pas toujours aux coûts, car dans certains cas, la politique des caisses les pousse à maintenir des primes plus basses ou à les augmenter plus rapidement en fonction d'une politique commerciale ou du besoin de réserves ou, au contraire, de la possibilité de réduire des réserves qui seraient par trop abondantes.

Donc vous allez fixer, si vous adoptez la solution du Conseil des Etats, une règle aléatoire qui dépend d'événements extérieurs au système du financement hospitalier et qui dépend aussi beaucoup de la politique commerciale ou de la politique des primes des assurances dans un ou deux cantons importants, Berne ou Zurich. Cela aurait une influence sur la politique de financement en Thurgovie ou sur la politique de financement des hôpitaux dans le canton du Tessin ou du Jura.

La solution du Conseil des Etats est inapplicable. Elle n'est pas réaliste puisqu'elle tient compte d'éléments tout à fait extérieurs au financement des hôpitaux. En plus, globalement, elle accentuerait encore le transfert des charges des cantons aux assurances, en l'occurrence aux assurés.

C'est pour cela que nous vous invitons à soutenir la proposition de la commission et à repousser la proposition Zemp.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir diskutieren hier gewissermassen eine Lex «Gau», weil es insbesondere um die Kantone Aargau und Thurgau geht, welche heute deutlich unter den 55 Prozent Kostenbeteiligung sind und sich gegen die beantragte Lösung zur Wehr setzen.

Ich möchte Sie aber einfach an die heutige Regelung erinnern. Heute bezahlen die Krankenversicherer rund 40 Prozent der Betriebskosten, und die restlichen 60 Prozent der Betriebskosten, wie auch 100 Prozent der Investitionskosten, werden von den Kantonen finanziert. Ich frage mich daher schon auch, wie die Zahl von 39 Prozent zustande kommt. Das kann nur deshalb so sein, weil die Zusatzversicherten weitgehend die Grundversicherten subventionieren. Gerade diese Regelung möchte man ja korrigieren, und deshalb entstehen auch Mehrkosten.

Herr Zemp hat zwei Punkte angeschnitten, auf die ich kurz eingehen möchte. Er hat gesagt, man wolle keine Zwangssubventionierung von Privatkliniken. Ich möchte Sie daran erinnern, dass die Innovation dieses Gesetzes eigentlich darin liegt, dass wir einen Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung vornehmen. Das heisst, dass die Patienten künftig einen Anspruch auf einen Beitrag des Kantons und auf einen Beitrag der Krankenversicherung haben. Es werden nicht mehr nur öffentliche Institutionen finanziert. Die Folge davon ist natürlich, dass auch Patientinnen und Patienten in Privatkliniken, welche auf den Spitalisten stehen, Anspruch auf diese Beiträge haben. Zudem hat Herr Zemp

gesagt, es bestehe eine GDK/Santésuisse-Absprache, dass die Mehrkosten hälftig getragen würden. Das stimmt so. Ich kann Ihnen auch sagen: Eine genau hälftige Tragung der Mehrkosten würde bedeuten, dass die Kantone 57 Prozent und die Krankenversicherer 43 Prozent tragen müssten.

Es ist in der Tat auch so, dass sich gewisse Kantone – dazu gehört auch der Kanton Aargau – in den letzten Jahren im Spitalbereich entlasten konnten. Der Kanton Aargau hat sich in den letzten vier Jahren um 7 Prozent entlastet, während die Krankenkassenprämien durch den Spitalbereich um 40 Prozent mehr belastet worden sind.

Die ständerätliche Fassung schafft eine Rechtsunsicherheit, und sie kann jeweils zu massiven Prämienverschiebungen führen. Reduziert ein Kanton seine Leistungen, werden damit nicht Kosten gespart, sondern es werden einfach Kosten auf die Krankenversicherer verschoben. Zudem muss bei der ständerätlichen Fassung auch berücksichtigt werden, dass eigentlich alle Kantone von den Kantonen Bern und Zürich abhängen würden. Je nachdem, wie sich das Prämienniveau in Bern und Zürich verschiebt, können die anderen Kantone darauf reagieren.

Als problematisch erachtet es die Kommission auch, dass die Kostenübernahme durch die Kantone an die Prämienhöhe geknüpft werden soll. Wenn also tiefere Prämien da sind, können die Kantone ihren Kostenanteil senken, was wiederum bedeutet, dass die Prämien ansteigen werden. Eine solche Verknüpfung liesse sich ja auch in allen übrigen Bereichen herstellen, ist aber unheilvoll, weil damit kein einziger Franken gespart wird, sondern einfach eine Kostenverlagerung stattfindet. Das sollten wir vermeiden.

Die Kommission hat an der nationalrätlichen Fassung mit 17 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen festgehalten, und ich bitte Sie, ihr zu folgen.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe radical-libéral et le groupe des Verts soutiennent la proposition de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/23)

Für den Antrag der Kommission ... 147 Stimmen

Für den Antrag Zemp ... 35 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Dabei stützen sie sich auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Abs. 3

... Einführungszeitpunkt nach Absatz 2bis ...

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5, 6

Festhalten

Abs. 7

... Einführungszeitpunkt nach Absatz 2bis.

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

Les planifications hospitalières cantonales disposent de trois ans à compter de la date d'introduction visée à l'alinéa 1 pour satisfaire aux exigences prévues à l'article 39. Elles s'appuient sur des comparaisons entre hôpitaux pour apprécier la qualité et le caractère économique.

Al. 3

... d'introduction selon l'alinéa 2bis ...

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5, 6

Maintenir

Al. 7

... d'introduction selon l'alinéa 2bis.

Angenommen – Adopté

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

07.3555

Motion SGK-SR (04.061). Datenbereitstellung für die Einführung von Swiss DRG Motion CSSS-CE (04.061). Communication de données pour l'introduction de Swiss DRG

Einreichungsdatum 28.08.07

Date de dépôt 28.08.07

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07

Bericht SGK-NR 25.10.07

Rapport CSSS-CN 25.10.07

Nationalrat/Conseil national 04.12.07

Le président (Bugnon André, président): La commission propose, à l'unanimité, d'adopter la motion. Le Conseil fédéral se rallie à cette proposition.

Angenommen – Adopté

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07
Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2008 9)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)

Text des Erlasses 2 (BBl 2008 19)
Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Art. 39 Abs. 2ter

Antrag der Mehrheit
Festhalten

Antrag der Minderheit

(Ory, Fetz, Schwaller)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 39 al. 2ter

Proposition de la majorité
Maintenir

Proposition de la minorité

(Ory, Fetz, Schwaller)
Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat hat diese Frage im Plenum nicht diskutiert; es war für uns deshalb nicht ganz einfach zu erkennen, weshalb das Wort «Versorgungssicherheit» eingefügt werden soll. Es geht darum, dass die Planungskriterien nicht nur auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit, sondern auch auf der Grundlage der «Versorgungssicherheit» zu erlassen sind.

Ihre Kommission hat sich mit dieser Frage bereits mehrmals auseinandergesetzt. Wir wissen auf der einen Seite, dass die Kantone die Planung wünschen und darauf drängen, dass die Kriterien auf einheitlichen Grundlagen beruhen. Auf der anderen Seite wurde in der Kommission vor allem geltend gemacht, dass mit dem Kriterium der Versorgungssicherheit auch die Möglichkeit besteht, dass das Angebot über den Staat gesteuert wird. Das ist genau das, was wir gerade nicht wollen. Kollege Stähelin hat heute bereits ausgeführt, dass es wichtig ist, dass die Kantone hier ihre Eigenständigkeit behalten und dass ihnen nicht seitens des Bundes Kriterien vorgeschrieben werden.

Wir beantragen deshalb, an unserer Fassung festzuhalten.

Ory Gisèle (S, NE): En prenant en considération, à l'article 39, la qualité, le caractère économique et la sécurité de l'approvisionnement en soins, nous avons, à mon avis, complété de manière habile cet article.

Il s'agit bien sûr aussi d'une amélioration de la rédaction en français parce qu'on a remplacé le terme de «rentabilité», qui n'a pas lieu d'être dans ce cas, par les termes de «caractère économique» qui correspondent beaucoup mieux à ce que l'on veut exprimer et aux termes qu'on utilise ailleurs dans la LAMal. Le Conseil national a ajouté la sécurité de l'approvisionnement en soins, ce qui paraît en effet utile à préciser parce que c'est un élément très important et même fondamental.

Je vous propose donc de suivre le Conseil national et d'accepter cette nouvelle version plus claire et mieux rédigée.

David Eugen (CEg, SG): Es geht keineswegs darum, dass die Sicherheit der Versorgung nicht von Staates wegen überwacht werden soll, aber zuständig sind hier einfach die Kantone; das ist nach der Verfassung heute so geregelt. Sie – und nicht der Bund – haben die Versorgungssicherheit zu verantworten. Ich denke, das Wort «Versorgungssicherheit» ist ein Einfallstor, um nachher eine Bundesplanung der Spitäler einzuführen; und es kann auf keinen Fall der Ansatz sein, dass wir das Thema Sicherheit dazu verwenden, um jede Spitalleistung aus Bundesoptik zu planen. Das ist Sache der Kantone und muss es auch künftig bleiben.

Ich bin auch der Meinung, dass die Kantone viel besser als der Bund wissen, wo in ihren Regionen Versorgungslücken bestehen und wo sie allenfalls zusätzliche Spitäler aufrechterhalten müssen – nicht aus ökonomischen, sondern aus gemeinwirtschaftlichen Überlegungen. Ich bin einfach dagegen, dass dies von Bundes wegen schweizerisch einheitlich geordnet wird. Das ist individuell in den Kantonen zu lösen, wo man solche Kapazitäten aufrechterhalten möchte. Ich bitte Sie deshalb, hier der Mehrheit zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 8 Stimmen

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Mehrheit
Festhalten

Antrag der Minderheit

(Ory, Fetz)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49a al. 2

Proposition de la majorité
Maintenir

Proposition de la minorité

(Ory, Fetz)
Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bei diesem Artikel geht es ja darum, die Vergütungsanteile des Kantons und der Versicherer festzulegen. Der Nationalrat will einen kantonalen Anteil von 55 Prozent festlegen. Wir

haben uns dem – Sie erinnern sich – so angeschlossen, möchten aber den Kantonen, die die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreiten, die Möglichkeit bieten, ihren Anteil bis auf 45 Prozent zu senken. Wir möchten also den Kantonen gewissermassen eine Bandbreite zugestehen. Wir haben bereits zweimal so entschieden. Wir sind auch heute Morgen zu keinem anderen Beschluss gelangt. Wir wollen den prozentualen Anteil bei 55 Prozent festlegen, aber wir wollen gleichzeitig die Bandbreite beibehalten.

Die Mehrheit der Kommission bittet Sie, an unserem Beschluss festzuhalten.

Ory Gisèle (S, NE): La version du Conseil national n'est pas identique à notre dernière décision, mais je pense que c'est certainement la meilleure parce qu'elle est plus claire et plus facile à mettre en place.

Le Conseil national maintient sa décision, qui prévoit une participation cantonale de 55 pour cent pour tous les cantons sans laisser de marge de manoeuvre. Cela a au moins le mérite d'être clair, même si nous aurions préféré que les cantons participent davantage dans certains cas. La solution que le Conseil national a privilégiée est en effet favorable à la plupart des cantons. Si l'on considère la moyenne actuelle, on constate que les cantons participent aujourd'hui à hauteur de 60 pour cent environ aux frais des traitements hospitaliers. En abaissant la participation cantonale à 55 pour cent, elle serait donc inférieure à cette moyenne.

Si on laisse une marge de manoeuvre aux cantons, il faut ensuite préciser comment les cantons doivent l'utiliser, ce qui n'est pas simple du tout vu les conditions de base qui sont différentes dans chaque canton. Le choix qui avait été fait par notre conseil, à savoir de lier les participations hospitalières au montant des primes, ne me paraît pas judicieux parce qu'il n'y a pas de relation directe entre le montant des primes et les participations cantonales en général. Les primes ne sont que partiellement tributaires de la participation au financement hospitalier. Elles couvrent aussi les traitements ambulatoires.

En outre, les caisses peuvent fixer leurs primes de manière variée et sans relation exacte avec les coûts. En effet, il faut encore tenir compte de la politique de marché des caisses et des réserves qu'elles doivent constituer. Ce modèle semble trop compliqué à appliquer et je vous propose de suivre ici aussi le Conseil national.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Mit der Haltung der Mehrheit – die Kommissionspräsidentin hat es gesagt – kommen wir den Kantonen entgegen, welche einen Rahmen von 45 bis 55 Prozent verlangen. Unsere Lösung nimmt darauf zumindest Rücksicht. Es kommt dazu, dass jene Kantone, welche heute weit unter 55 Prozent liegen – es gibt solche Kantone; ich komme aus einem solchen – und durchschnittlich tiefere Prämien haben, künftig kaum einen grossen Anreiz verspüren werden, für ein kostengünstiges Gesundheitssystem zu sorgen, wenn sie so oder so zu höheren und recht gewaltigen Zahlungen verpflichtet werden. Das kann ja nicht das Ziel und die Absicht sein.

Eine solche Vergewaltigung – so sage ich dem – zu einem Kantonsbeitrag, der massiv höher ist als bisher, ohne jede Abdämpfung im Prozess, trifft ja auch Kantone, welche im Spitalbereich bisher tatsächlich mit innovativen und zukunftsweisenden Lösungen hervorgetreten sind, die also versucht haben, gute Lösungen zu präsentieren, und denen das teilweise auch gelungen ist. Diese Kantone müssten einen solchen Kantonsbeitrag beinahe als Bestrafung empfinden. Auch das kann nicht das Ziel und der Zweck sein.

Ich habe ein gewisses Verständnis für die Überlegung des Nationalrates, dass es unschön wäre, wenn Kantone, welche um den Durchschnittswert schwanken, je nach Situation einmal nach oben und einmal nach unten gehen könnten. Das ist nicht unsere Absicht. Wenn hier im künftigen Differenzbereinungsverfahren noch eine gescheite Lösung gefunden wird, so könnte ich mich ihr durchaus anschliessen, obwohl ich der Meinung bin, dass es kaum haufenweise Ge-

sundheits- und Finanzdirektoren gibt, die ein politisches Interesse daran haben, einmal nach oben und einmal nach unten zu gehen. Das ist nicht der Fall. Die Regierungsräte sind an einer konstanten Praxis und an einer konstanten Politik interessiert, nicht an steten Schwankungen, die das immer wieder zu einem politischen Thema machen. Das können Sie auch zur Kenntnis nehmen.

Ingesamt meine ich aber, dass wir hier, zumindest in dieser Phase, bei der Lösung bleiben sollten, die von der Mehrheit vertreten wird.

David Eugen (CEg, SG): Ich gebe Frau Ory Recht, wenn sie sagt, die Lösung des Nationalrates sei einfach; das stimmt – 55 Prozent für alle. Aber sie nimmt natürlich den Kantonen mit ihrer Einfachheit jeden Handlungsspielraum, wie auch Kollege Stähelin gesagt hat. Wir haben als Parallelbeispiel die Prämienverbilligung: Auch dort wäre eine schweizweit einheitliche Lösung sicher viel einfacher; aber wir haben eine Kantonalisierung beschlossen. Warum? Es geht um den Einsatz der kantonalen Steuergelder, die aufgrund kantonalen Steuergesetze bei den Bürgerinnen und Bürgern der Kantone eingezogen werden. Es sind keine Bundesmittel, wo wir einfach sagen können: Der Bund regelt und bezahlt es, und die Kantone müssen nichts bezahlen. Hier wäre es so, dass der Bund regeln würde, und die Kantone müssten ganz allein zahlen. Dieses Vorgehen entspricht nicht dem föderalistischen Grundgedanken; wir müssen den Kantonen einen Handlungsspielraum gewähren, auch wenn absolut zuzugeben ist, Frau Ory, dass das nicht eine so einfache Lösung ist. Aber sie ist ohne Weiteres umsetzbar, genau wie die Prämienverbilligung.

Ich bitte Sie also, hier den Kantonen einen Handlungsspielraum zu belassen und der Mehrheit zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que s'il y a une divergence, on peut essayer de trouver une meilleure solution. Dans l'état actuel des choses, le Conseil fédéral est d'avis que la solution du Conseil national est meilleure. Monsieur David, dans quelques années, on aura introduit le système des DRG. La tarification ne sera pas unique pour toute la Suisse, il y aura probablement différentes tarifications suivant peut-être la région, mais en tout cas suivant le niveau de l'hôpital.

Le but de toute cette opération, c'est d'établir un jour la clarté, de telle sorte que le quidam, l'homme ordinaire, soit en mesure de comparer les prix. On aura d'abord une première difficulté, parce que les prix ne seront pas les mêmes d'un hôpital à l'autre. Ensuite, avec le système que l'on est en train de mettre en place, selon votre intervention, il y aura encore des participations cantonales différentes d'un canton à l'autre. Si bien qu'en définitive, les assurances seront peut-être en mesure de connaître la vérité des prix, mais le citoyen ordinaire, lui, ne la connaîtra pas, parce qu'il devra connaître deux choses, le système des DRG et la participation cantonale, puis il recevra une facture qui indiquera ce qu'il en est, mais il ne pourra pas comparer avec son voisin.

On voit bien qu'il y a un conflit d'objectifs. Il y a les besoins des cantons, par exemple ceux d'un canton comme la Thurgovie. Mais il faut choisir, et le Conseil fédéral choisit la clarté, l'ouverture à la concurrence. C'est peut-être le moment de le démontrer, plutôt qu'en élaborant un article constitutionnel dont l'entrée en vigueur est très lointaine. L'ouverture à la concurrence implique un certain nombre de sacrifices et d'efforts qui permettent de savoir où l'on en est. C'est pour cette raison que nous sommes d'avis que la solution du Conseil national est douloureuse pour certains cantons, qu'elle n'est pas parfaite, mais qu'elle va dans le sens des objectifs à long terme que vous et moi déclarons en principe vouloir viser.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 10 Stimmen

Ziff. II*Antrag der Kommission**Abs. 2bis, 3, 5, 6*

Festhalten

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. II*Proposition de la commission**Al. 2bis, 3, 5, 6*

Maintenir

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier wird über das Inkrafttreten der Vorlage entschieden. Wie Sie sich erinnern und wie Sie aus der Fahne ersehen, hat der Ständerat entschieden, dass Spitalplanung, Finanzierungsschlüssel, freie Spitalwahl und die leistungsbezogene Finanzierung, also Swiss DRG, auf Anfang 2012 einzuführen sind. Der Nationalrat hat beschlossen, die Elemente zu etappieren, das heisst, er will die leistungsbezogene Finanzierung, also die DRG, ab 1. Januar 2012 einführen. Die anderen Elemente, nämlich Spitalplanung, Finanzierungsschlüssel und freie Spitalwahl, sollen stufenweise bis im Jahr 2015 angepasst werden. Wir wollen an unserem Beschluss festhalten, alle Elemente bereits ab 2012 einzuführen.

Zudem hat es noch eine Inkohärenz in den Beschlüssen des Nationalrates, vor allem bei Absatz 3. Bei der finanziellen Beteiligung der Kantone stimmt der Einführungszeitpunkt mit den übrigen Bestimmungen nicht überein. Wenn Sie bei unserer Lösung bleiben, haben wir diese Inkohärenz nicht. Wir beantragen deshalb, an unseren Beschlüssen festzuhalten.

Angenommen – Adopté

07.464

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.****Verlängerung des Bundesgesetzes
über die Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen****Initiative parlementaire
CSSS-CE.****Prorogation de la loi fédérale
sur l'adaptation
des participations cantonales
aux coûts des traitements hospitaliers
dispensés dans le canton***Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence**Einreichungsdatum 28.08.07**Date de dépôt 28.08.07*

Bericht SGK-SR 28.08.07 (BBI 2007 6541)

Rapport CSSS-CE 28.08.07 (FF 2007 6183)

Stellungnahme des Bundesrates 12.09.07 (BBI 2007 6549)

Avis du Conseil fédéral 12.09.07 (FF 2007 6191)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.12.07 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (AS 2008 9)

Texte de l'acte législatif (RO 2008 9)

**Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie****Art. 3 Abs. 5, Ziff. II***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 3 al. 5, ch. II*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 3 Absatz 5 geht es um die Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen. Der Ständerat hat die Frist bis zum 31. Dezember 2008 verlängert. Der Nationalrat ist der Meinung, man sollte die Frist bis zum 31. Dezember 2009 verlängern. Das bedingt auch, dass das Gesetz in Ziffer II dem fakultativen Referendum unterstellt wird. Die Kommission kann sich dem Beschluss des Nationalrates anschliessen.

*Angenommen – Adopté**Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Dringlichkeitsklausel ... 32 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(0 Enthaltungen)

Art. 15b Abs. 2; 15c Abs. 2 Bst. d*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 15b al. 2; 15c al. 2 let. d*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté***Ziff. II Abs. 1bis***Antrag der Kommission*

(Unter Vorbehalt der Zustimmung der Kommission des Ständerates zum Rückkommen; gemäss Art. 89 Abs. 3 ParlG)
Das Gesetz ist im Bundesblatt zu publizieren, sobald die Volksinitiative «für demokratische Einbürgerungen» zurückgezogen oder abgelehnt worden ist.

Ch. II al. 1bis*Proposition de la commission*

(Sous réserve de l'approbation du réexamen par la commission du Conseil des Etats; selon l'art. 89 al. 3 LParl)
Elle est publiée dans la Feuille fédérale dès lors que l'initiative populaire «pour des naturalisations démocratiques» a été retirée ou rejetée.

Angenommen – Adopté

Le président (Bugnon André, président): La divergence est maintenue. L'objet retourne au Conseil des Etats.

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07
Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBI 2008 9)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)
Text des Erlasses 2 (BBI 2008 19)
Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)****Art. 39 Abs. 2ter***Antrag der Kommission*

Festhalten

Art. 39 al. 2ter*Proposition de la commission*

Maintenir

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Nach der Beratung in der SGK sind drei Differenzen zum Beschluss des Ständerates verblieben. Ich gehe kurz darauf ein.

Bei Artikel 39 Absatz 2ter beantragt Ihnen die Kommission Festhalten an der Fassung des Nationalrates. Demnach muss neben den einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit auch die Versorgungssicherheit berücksichtigt werden. Mit dem Begriff «Versorgungssicherheit» geht es zum einen darum, die Versorgung auch in Randregionen sicherzustellen. Zum anderen können damit aber auch Überkapazitäten in gewissen Kantonen sichtbar gemacht und notwendige Massnahmen eingeleitet werden.

Die zentrale Differenz zum Ständerat verbleibt bei Artikel 49a Absatz 2, beim Verteilen der Kosten auf Kantone und Versicherer. Die Kommission beantragt auch hier Festhalten,

d. h., dass der Kantonsanteil mindestens 55 Prozent der gesamten Vergütung betragen muss. In Absatz 5 der Übergangsbestimmungen ist jedoch eine Ausnahmeregelung für jene Kantone vorgesehen, welche derzeit einen geringeren Anteil an den Spitalentschädigungen übernehmen und deren Prämie unter der schweizerischen Durchschnittsprämie liegt. Artikel 49a muss daher im Zusammenhang mit Absatz 5 der Übergangsbestimmungen betrachtet werden.

Bei Absatz 5 der Übergangsbestimmungen beantragt Ihnen die Kommission, von der Fassung des Ständerates auszugehen. In Abweichung zu Artikel 49a Absatz 2 KVG sollen jedoch jene Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Zeitpunkt der Einführung dieses Gesetzes die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen können, sofern ihr jetziger Kostenanteil unter 55 Prozent liegt. Der zweite Satz der ständerätlichen Fassung, wonach die jährliche Anpassung höchstens 2 Prozentpunkte betragen darf, bleibt unverändert. Mit dieser Ausnahmeregelung in den Übergangsbestimmungen kommen wir den Kantonen entgegen, welche unterdurchschnittliche Prämien sowie ein relativ kostengünstiges Gesundheits- bzw. Spitalwesen haben. Wenn aber einmal der Kostenanteil von 55 Prozent erreicht ist, kann er nicht mehr gesenkt werden. Damit fällt eine Unsicherheit gemäss der ständerätlichen Fassung weg. Kostengünstigere Kantone werden aber auch künftig besser fahren, weil 55 Prozent von einem tiefen absoluten Betrag bekanntlich tiefer liegen als derselbe Prozentsatz von hohen Kosten.

Die SGK beantragt Ihnen weiter Festhalten bei Absatz 2bis der Übergangsbestimmungen. Die kantonalen Spitalplanungen sollen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt den neuen Anforderungen entsprechen. Aus vollzugstechnischen Gründen ist diese längere Frist sachgerecht. Die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen transparent, messbar und vergleichbar gemacht werden, um als Grundlage für die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Spitälern und Kliniken auf die Spitalliste dienen zu können.

Um aber auch die Frage der Kostenübernahme während der Anpassungsfrist der Spitallisten zu klären, beantragt Ihnen die Kommission, Absatz 3 der Übergangsbestimmungen mit der Bestimmung zu ergänzen, dass während der Anpassungsfrist gemäss Absatz 2bis die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern auf der zum Einführungszeitpunkt gültigen Spitalliste übernehmen müssen. Konkret bedeutet dies also, dass Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2012 in allen Spitälern auf den Spitallisten den Kostenanteil von Versicherern und Kantonen zugut haben.

Bei Absatz 7 der Übergangsbestimmungen folgt die SGK der ständerätlichen Fassung. Die relativierte Form der Freizügigkeit, wie wir sie beschlossen haben, soll mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems per 1. Januar 2012 gelten.

Zusammenfassend ersuche ich Sie, den Kommissionsanträgen zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Je ne reviendrai pas sur tous les points de détail qui ont été présentés à l'instant par Madame Humbel. J'aimerais attirer votre attention sur deux points importants.

D'abord, à l'article 39 alinéa 2ter, nous maintenons la divergence avec le Conseil des Etats. En effet, le souci principal de la commission a été de marquer très clairement sa préférence pour la formulation qui précise que la sécurité de l'approvisionnement en soins figure dans la loi. Nous proposons donc, à cet alinéa 2ter de l'article 39, de suivre la majorité de la commission.

En second lieu, à l'article 49a alinéa 2, j'aimerais tout simplement vous apporter une précision quant à la lecture à faire de cette disposition. Nous proposons, dans le cas de cet article qui concerne le financement des hospitalisations par les cantons, deux concepts: un concept version Conseil des Etats, qui prévoit une variation de la participation des cantons de 45 à 55 pour cent, avec une relation à la prime

moyenne, et la variante du Conseil national, qui prévoit un financement de 55 pour cent au moins à la charge du canton. La commission vous propose d'en rester à cette version pour l'article 49a alinéa 2, c'est-à-dire de prévoir 55 pour cent au moins.

En revanche, nous proposons dans les dispositions transitoires – et c'est cette lecture qu'il faut avoir en tête –, à l'alinéa 5, d'introduire la possibilité pour les cantons, sur une période limitée, de moduler cette participation entre 45 et 55 pour cent.

Donc nous proposons que les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse des primes pour adultes au moment de l'introduction prévue à l'alinéa 1 puissent fixer leur part de rémunération entre 45 et 55 pour cent. Nous introduisons donc cette disposition non pas comme règle générale, comme principe de financement, mais comme une disposition transitoire.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous sommes arrivés pratiquement à la fin de l'élimination des divergences. Il en reste quelques-unes qui, à mon sens, ne doivent pas susciter de grandes difficultés.

Le Conseil fédéral se rallie aux propositions faites par votre commission, sauf sur un point, qui n'est pas essentiel mais qui nous incite à vous dire qu'on préfère la solution du Conseil des Etats à l'article 39 alinéa 2ter, où vous avez introduit la notion de «sécurité de l'approvisionnement en soins». Ce n'est pas dramatique, mais ça nous paraît inutile dans la mesure où l'article 39 alinéa 1 lettre d prévoit déjà que les cantons doivent établir une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers. Il n'était pas nécessaire de le répéter à l'alinéa 2ter, mais enfin ce n'est pas une divergence essentielle.

Nous sommes particulièrement satisfaits du fait que la commission de votre conseil ait maintenu la répartition du financement que vous avez adoptée. Nous adhérons à la proposition, dans les dispositions transitoires, qui permet aux cantons qui ont des primes inférieures à la moyenne d'avoir un peu plus de temps pour s'adapter. Je crois qu'il était important de maintenir la proportion de 55/45 pour cent, en prévoyant une certaine élasticité quant à la durée de mise en oeuvre de cette disposition.

Sur tous les autres points, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de faire des commentaires: les solutions prévues par votre commission sont bonnes.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/147)

Für den Antrag der Kommission ... 150 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates ... 16 Stimmen

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 49 al. 2

Proposition de la commission

Maintenir

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 2bis

Festhalten

Abs. 3

... Kosten der stationären Behandlung. Während der Anpassungsfrist der Spitalisten gemäss Absatz 2bis haben die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern auf den aktuell gültigen Spitalisten zu übernehmen.

Abs. 5

... per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene un-

terschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 ...

Abs. 6

Festhalten (= Streichen)

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 2bis

Maintenir

Al. 3

... avant la modification de la loi. Pendant le délai d'adaptation des listes hospitalières prévu à l'alinéa 2bis, les cantons prennent en charge leur participation aux coûts dans tous les hôpitaux figurant sur les listes hospitalières en vigueur.

Al. 5

... au plus tard au 1er janvier 2012. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse des primes pour adultes au moment de l'introduction prévue à l'alinéa 1 peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 et 55 pour cent. Jusqu'au 1er janvier 2017 ...

Al. 6

Maintenir (= Biffer)

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Le président (Bugnon André, président): Les divergences sont maintenues. L'objet va ainsi à la Conférence de conciliation.

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)

Art. 105

Antrag der Mehrheit

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Abs. 2

... im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend.

Art. 105

Proposition de la majorité

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Al. 2

... le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou ...

Stahl Jürg (V, ZH): In Artikel 105 Absatz 2 geht es um das Kriterium «Spitalaufenthalt» respektive «Pflegeheimaufenthalt». Bevor ich mit der Begründung des Antrages meiner Minderheit fortfahre, möchte ich meine Interessenbindung offenlegen: Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung der drittgrössten Krankenversicherung, welche jährlich über 150 Millionen Franken für den Risikoausgleich zahlt.

Mit meinem Minderheitsantrag beantrage ich, die Mindestaufenthaltsdauer für dieses Kriterium im Gesetz festzuschreiben. Eine klare Abgrenzung zwischen einer ambulanten Behandlung und einem stationären Aufenthalt ist wichtig, und die vorgeschlagenen drei Tage sind plausibel. Es ist aber auch wichtig, eine Mindestaufenthaltsdauer festzule-

gen, um die technischen Abläufe und die kasseninterne Umsetzung effizient gestalten zu können.

Wir befinden uns ja im Differenzbereinigungsverfahren. Nachdem unser Rat die Mindestaufenthaltsdauer am 4. Oktober dieses Jahres gutgeheissen hatte, machte der Ständerat in der vorletzten Woche diesen nationalrätlichen, eigentlich breitabgestützten Vorschlag rückgängig. Die Argumente sind nicht überzeugend. Insbesondere eine Begründung bzw. eine Aussage hat mich sehr erstaunt. Ich habe hier das Amtliche Bulletin der vierten Sitzung des Ständerates in der Wintersession vor mir. Ich zitiere: «Die Fassung des Nationalrates ... kann unter Umständen zu Fehlanreizen führen. Damit die Spitäler vom Risikoausgleich profitieren, könnten sie versucht sein, die Patientinnen und Patienten länger als notwendig in der Spitalpflege zu behalten.» Das hat die Präsidentin der ständerätlichen SGK gesagt.

Ich muss hier einfach deutlich festhalten, dass es sich beim Risikoausgleich um eine kasseninterne Angelegenheit handelt, dass sie eine Umverteilungsübung unter den Krankenversicherern ist und dass hier die Leistungserbringer keinerlei Anreize, weder Fehlanreize noch positive Anreize, haben können.

Darum bitte ich Sie, den Antrag meiner Minderheit zu unterstützen und der ursprünglichen nationalrätlichen Version zu folgen.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die Kommission beantragt Ihnen mit 11 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen, der Fassung des Ständerates zuzustimmen und die Mindestdauer des Spitalaufenthaltes nicht im Gesetz zu verankern. Vor allem zwei Gründe sprechen für die Fassung des Ständerates:

1. Gemäss Artikel 105 Absatz 5 erlässt der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen, umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher und bezeichnet die Ausnahmen. Es ist klar, dass mit dieser Bestimmung im Gesetz nur stationäre Behandlungen und keine ambulanten Behandlungen gemeint sind. Die Festlegung einer bestimmten Aufenthaltsdauer sollte aber auch nach Meinung der Kommissionsmehrheit nicht im Gesetz, sondern stufengerecht auf Verordnungsebene festgelegt werden. In vielen Kantonen haben wir heute schon Fallpauschalensysteme – damit werden ja nicht mehr Aufenthaltstage bezahlt, sondern es wird die Spitalbehandlung unabhängig von der Spitalaufenthaltsdauer vergütet.

2. Es ist tendenziell immer noch so, dass Zusatzversicherte länger in den Spitälern behalten werden als Grundversicherte, weil im Zusatzversicherungsbereich mehrheitlich noch Tagespauschalen gelten. Es ist dann eben nicht die medizinische Indikation, sondern der Versicherungsstatus, welcher entscheidend ist. Das ist für den Risikoausgleich nicht sachadäquat. Die Kommissionsmehrheit ist daher mit dem Ständerat der Meinung, dass der stationäre Spitalaufenthalt eben per se für den Risikoausgleich massgebend sein soll. Zusammenfassend ist die Kommission zum Schluss gekommen, dass mehr Gründe für die ständerätliche Fassung sprechen, weshalb sie mehrheitlich beantragt, dem Ständerat zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Nous avons éliminé la divergence concernant l'indicateur de morbidité. Nous étions confrontés ici à une certaine difficulté pour cerner au mieux l'indicateur de morbidité; et, pour des raisons de faisabilité, pour éviter de rendre plus complexe qu'il ne l'est déjà ce système de compensation, nous avons biffé l'indicateur de morbidité. Dans le même esprit, nous avons biffé la précision relative à la durée de trois jours pour éviter que les courtes hospitalisations n'influencent effectivement par trop la compensation des risques, mais surtout aussi pour être en mesure de gérer un système qui pourrait rapidement devenir extrêmement complexe.

Par ailleurs, comme il a été précisé tout à l'heure, l'introduction des forfaits par cas, des forfaits par cas/service, n'influence finalement pas directement le coût de l'hospitalisa-

tion, puisque le forfait est le même que l'on soit hospitalisé durant un, deux, trois, quatre ou cinq jours. Par conséquent, il n'y a pas d'influence directe sur l'hospitalisation et sur le coût dans la compensation des risques.

Nous vous proposons donc d'éliminer la divergence avec le Conseil des Etats et de suivre votre commission qui a biffé à la fois l'indicateur de morbidité et la précision relative aux trois jours d'hospitalisation.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe socialiste et le groupe PDC/PEV/PVL communiquent qu'ils soutiennent la proposition de la majorité.

Le groupe radical-libéral communique qu'il soutient la proposition de la minorité Stahl.

Stahl Jürg (V, ZH): Die zweite Differenz in der Vorlage 2 wurde ebenfalls vom Ständerat aufrechterhalten und bezieht sich auf den Zeitpunkt der Einführung bzw. des Inkrafttretens.

Am 4. Oktober machte der Nationalrat – damals noch in der alten Zusammensetzung – mit FDP, Teilen der CVP und SVP einen Vorschlag für die an die Einführung von Fallpauschalen gekoppelte Inkraftsetzung und hiess diesen gut. Mit meinem Minderheitsantrag will ich an dieser umsetzbaren Fassung des Nationalrates festhalten, und ich bitte Sie, dies auch zu tun. Denn der vom Ständerat auf den 1. Januar 2011 vorgezogene Zeitpunkt der Einführung ist in der Praxis kaum umsetzbar. Auf der einen Seite sind dann die Fallpauschalen, welche ja zentrales Element der Vorlage 1 sind, noch nicht flächendeckend in der Schweiz eingeführt, und auf der anderen Seite braucht es für die technische Umsetzung bei den Krankenkassen noch Anpassungen. Es macht aber keinen Sinn, die Anpassungen ein Jahr vor der Einführung der Fallpauschalen zu realisieren, um dann 2012 bei der flächendeckenden Einführung der Fallpauschalen nochmals anpassen zu müssen.

Sie müssen sich im Klaren sein: Es geht hier um eine Umverteilungssumme von heute über 1,2 Milliarden Franken. Mit der Verfeinerung, welche Sie gutgeheissen haben, wird sie noch höher sein – erste Berechnungen zeigen eine Umverteilungssumme von 2 Milliarden Franken. Bitte lassen Sie den Akteuren, und da meine ich nicht explizit die Krankenversicherer, sondern auch die Verwaltung, die notwendige Zeit, um die konkreten Umsetzungs- und Ausführungsbestimmungen auszuarbeiten. Im Übrigen haben Teile des Ständerates den Wunsch geäussert, diesen wirklich frühen Zeitpunkt von 2011 nochmals in unserer Kommission überdenken zu lassen. Die Kommissionssitzung begann um 6 Uhr 30, und wir vollzogen da offensichtlich nicht alle richtig den Prozess des Überdenkens, darum ist meine ursprünglich erfolgreiche Variante vom 4. Oktober eben zu einer Minderheitsvariante geworden.

Ich bitte Sie, die Minderheit zu unterstützen. Allenfalls, wenn diese wider Erwarten abgelehnt wird, bitte ich Sie, die Einführung auf den 1. Januar 2012 festzulegen. Das wäre dann gekoppelt an die Einführung von Fallpauschalen. Das ist ein Eventualantrag, welcher nur zum Tragen kommt, wenn meine Minderheit unterliegt.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/142)

Für den Antrag der Minderheit ... 89 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 74 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. II Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit I

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)
Festhalten

Antrag der Minderheit II

(Stahl)

(falls der Antrag der Minderheit I abgelehnt wird)

Es tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Ch. II al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité I

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Maintenir

Proposition de la minorité II

(Stahl)

(au cas où la proposition de la minorité I serait rejetée)

Elle entre en vigueur le 1er janvier 2012.

Triponez Pierre (RL, BE): Ich empfehle Ihnen, bei Ziffer II Absatz 2 dem Hauptantrag der Minderheit Stahl zu folgen. Die wesentlichen Argumente sind soeben vorgetragen worden. Ich möchte Ihnen vor allem noch zwei Gründe nennen, weshalb der Minderheitsantrag die vernünftige Lösung darstellt.

Erstens ist die ganze Thematik des Risikoausgleichs im Parlament und auch in der Kommission gleichzeitig mit der soeben behandelten Vorlage 1, mit der Spitalfinanzierung, bearbeitet worden, und zwar deshalb, weil es im Hinblick auf die gesamte Revision auch für die vom Risikoausgleich betroffene Krankenversicherungsbranche sachgerecht und auch vernünftig wäre, wenn die Änderung des Risikoausgleichs gleichzeitig mit den neuen leistungsabhängigen Fallpauschalen eingeführt würde. Das wäre auch im Sinne einer möglichst kohärenten Gesamtregelung. Zweitens ist Festhalten umso wichtiger, als heute noch unklar ist, welche Konsequenzen die praktische Umsetzung der Spitalfinanzierung, welche noch einige Zeit beanspruchen dürfte, auf die einzelnen Akteure und auch auf die einzelnen Krankenversicherer haben wird. Es wäre deshalb unverantwortlich, wenn man den Risikoausgleich bereits auf den 1. Januar 2011 in Kraft setzen und die Fallpauschalen erst später umsetzen würde.

Dies sind die Gründe, weshalb ich Ihnen auch im Namen der FDP-Fraktion empfehle, hier dem Hauptantrag der Minderheit Stahl zu folgen. Wenn dieser Antrag unterliegen sollte, ersuche ich Sie, dem Eventualantrag der Minderheit Stahl zuzustimmen. Wenn man schon ein fixes Datum nennen will, sollte es realistischweise der 1. Januar 2012 sein.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich glaube, es lohnt sich, in diesem Moment doch noch einmal ein paar grundsätzliche Bemerkungen zu diesem Risikoausgleich in der Krankenversicherung zu machen.

Herr Stahl hat mit seinen Minderheitsanträgen – dem ersten haben Sie zugestimmt – die Absicht, allzu Schlimmes zu verhüten. Die Ausdehnung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung stellt aus unserer Sicht eine sehr oberflächliche Massnahme dar. Statt den Zugang der Versicherten zu den Versicherungen und den Leistungserbringern und die Qualität für die Versicherten sicherzustellen, versucht man hier eigentlich, Ungesetzliches zu rechtfertigen und mit einem Kostenausgleich etwas weniger schlimm zu machen. Der Risikoausgleich widerspricht den Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes. Artikel 13 besagt, dass die Bewilligung entzogen wird, wenn eine Gleichbehandlung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Artikel 4 besagt, dass die Wahlfreiheit unter den Zugelassenen durchgesetzt werden sollte. Das sind Voraussetzungen, die das Krankenversicherungsgesetz beinhaltet, und dem widerspricht dieser Risikoausgleich. Er müsste gar nicht stattfinden. Das eigentliche Problem liegt natürlich im Verhältnis Patient/Leistungserbringer. Aber wenn ein echter Wettbewerbsdruck bei den Leistungserbringern da wäre, bräuhete es auch diese Vorlage und den Risikoausgleich nicht.

In den vergangenen Jahren hat man sich immer mit einer zeitlichen Begrenzung im Gesetz mit dem Verhältnis Versicherter/Versicherung beschäftigt. Der Bundesrat und die Verwaltung haben sich noch nie ernsthaft bemüht, den Rechtsanspruch der Versicherten gegenüber den Versicherungen auch durchzusetzen. Es wird einfach umverteilt. Herr Stahl hat vorhin die gesamte Summe genannt; die Visana-Versicherung erhält in dieser Umverteilung über 350 Millionen Franken, die Helsana noch etwas mehr – das ist diejenige, die am meisten bekommt –, nämlich über 480 Millionen Franken.

Dass diese Vorlage vom Verwaltungsratspräsidenten der Helsana, Herrn Ständerat David, geprägt ist, kann hier auch wieder einmal betont werden. Es ist im Interesse dieser Leute – das sind Interessenvertreter. Und das ist natürlich etwas ärgerlich. Der Bundesrat hat diese Vorlage nicht lanciert. Sie kommt von den Interessenvertretern des Ständerates.

Jede Ausdehnung dieses Risikoausgleichs ist letztlich ein Schritt in Richtung Einheitskasse. Dazu gibt es, Frau Frösch, von Ökonomen genügend Aussagen, die das bestätigen. Also, die Vorsicht sei hier gegeben. Und diese Ausdehnung wird mit der Einführung der Fallpauschalen begründet. Es wird gesagt, das sei dann notwendig. Aber dann müsste man mindestens die zeitliche Übereinstimmung anschauen. Die Vorlage entlarvt sich hier auch, weil der Ständerat unabhängig von der Einführung der Fallpauschalen einen zeitlichen Ablauf zur Einführung des Risikoausgleichs vorschlägt. Herr Triponez hat sich vorhin ja dazu geäußert. Wir sind auch der Meinung, wenn schon Ausdehnung des Risikoausgleichs, dann sollte man am nationalrätlichen ersten Entscheid bezüglich der Einführung festhalten. Die SVP-Fraktion wird in jedem Fall der Minderheit folgen.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir führen heute über den Risikoausgleich ja keine Grundsatzdebatte mehr durch. Die meisten Ökonomen – um das noch zu ergänzen – sind allerdings der Meinung, dass der Risikoausgleich Voraussetzung ist, um ein wettbewerbliches System einführen zu können, wenn man eine Einheitsprämie hat; sonst müsste man zu risikogerechten Prämien übergehen. Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen, in Bezug auf die Inkraftsetzung der ständerätlichen Fassung zu folgen, dies insbesondere aus zwei Gründen:

1. Der geltende Risikoausgleich ist bis 2010 verlängert worden. Wir müssen daher per 1. Januar 2011 eine Lösung haben. Wäre dies nicht der Fall, müsste das Bundesgesetz, mit welchem der heutige Risikoausgleich verlängert wurde, erneut bearbeitet und verlängert werden, sonst hätten wir eine Gesetzeslücke. In Anbetracht der vorliegenden Neuregelung und weil es auch Sinn macht, sollte die Inkraftsetzung daher per 1. Januar 2011 erfolgen.

2. Es gibt nur noch wenige Kantone, welche in den Spitälern generell das System von Tagespauschalen kennen. Die meisten Kantone sind bereits zu einer Form von Fallpauschalen übergegangen; einige Kantone haben auch bereits das System DRG eingeführt. Es gilt zu berücksichtigen, dass Tagespauschalen in den Spitälern eine Form des Risikoausgleichs sind. Das heisst nämlich, dass die leichten Krankheitsfälle die kostenaufwendigen und schwierigen Spitalfälle quersubventioniert haben. Deshalb sind übrigens auch die Einführung und die Weiterentwicklung von DRG ins Stocken geraten, weil mit der Einführung von Fallpauschalen diese Form des Risikoausgleichs nicht mehr existiert. Die meisten Kantone haben also schon Fallpauschalen, einige haben DRG eingeführt, und der Endtermin für die Einführung ist der 1. Januar 2012.

Es ist daher, insbesondere aber auch um eine Gesetzeslücke zu vermeiden, richtig, den neuen Risikoausgleich per 1. Januar 2011 umzusetzen. Wir haben vorhin die Dreitägesfrist in das Gesetz aufgenommen. Diese Dreitägesfrist für Spitalaufenthalte hat mit einer leistungsgerechten Finanzierung gemäss DRG nichts zu tun. Es müssen bezüglich dieser drei Tage also Anpassungen gemacht werden. Diese können per 1. Januar 2011 umgesetzt werden.

Die Kommission hat diesen Entscheid mit 13 zu 10 Stimmen gefällt. Ich ersuche Sie, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen und dem Ständerat zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Quand on ne veut rien faire, évidemment tout est bon pour repousser l'introduction d'une nouveauté. Monsieur Bortoluzzi a été très clair: il a rappelé dans son argumentation les éléments centraux recherchés par la minorité, c'est-à-dire la concurrence et non la compensation des risques. C'était l'objectif principal.

Alors, on peut militer aujourd'hui pour une certaine cohérence, mais on peut aussi fonctionner sans attendre que l'autre partie de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et l'introduction des APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) soient terminées pour améliorer ces critères de compensation des risques. Nous avons décidé de renforcer les critères de compensation des risques et nous pouvons tout à fait les mettre en oeuvre pour 2011.

Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe des Verts, le groupe socialiste et le groupe PDC/PEV/PVL communiquent qu'ils soutiennent la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.061/143)

Für den Antrag der Minderheit I ... 100 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 77 Stimmen

Le président (Bugnon André, président): La proposition subsidiaire de la minorité II est ainsi caduque. L'objet retourne au Conseil des Etats pour l'élimination des divergences.

05.055

Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative

Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

Différences – Divergences

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)

Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06

Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06

Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Différences – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Différences – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)

Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

gesprochen hat: Die Wettbewerbsverzerrung innerhalb der Energiebranche wird damit aufgehoben. Denn selbstverständlich ist es so, dass die AKW-Kilowattstundenpreise seit Jahrzehnten künstlich tief gehalten werden und damit natürlich eine riesige Wettbewerbsverzerrung gegenüber sämtlichen anderen Energieträgern zum Tragen kommt, weil das natürlich auf eine massive Subventionierung der Kernkraft hinausläuft. Ich glaube, das müsste eigentlich jedem liberal denkenden Kollegen hier einleuchten. Solche ordnungspolitischen Sünden sollte man auch bei der AKW-Haftpflicht nicht begehen.

Leuenberger Moritz, Bundesrat: Sie haben vorher 1,8 Milliarden den 2,25 Milliarden Franken vorgezogen; von daher könnte ich mir vorstellen, dass Sie 500 Milliarden Franken nicht unbedingt gutheissen, und enthalte mich da noch weiterer, tiefschürfender Ausführungen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 27 Stimmen

Für den Eventualantrag Fetz ... 9 Stimmen

Art. 11–24

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 25, 26

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Lombardi Filippo (CEg, TI), pour la commission: Aux articles 25 et 26, nous avons – je l'ai mentionné dans le débat d'entrée en matière – les principes en cas de grand sinistre. Il s'agit là d'une situation d'où il découlerait que les montants prévus et décidés seraient dépassés. Il y a évidemment encore la possibilité pour le Conseil fédéral de prendre des mesures provisionnelles (art. 25 al. 5) et pour l'Assemblée fédérale de prendre des mesures qui prévoiraient d'aller au-delà des obligations fixées par cette loi (art. 25 al. 1–4). C'est donc le complément important sur le plan des principes au regard des montants que nous avons votés.

Angenommen – Adopté

Art. 27–32

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Aufhebung und Änderung bisherigen Rechts Abrogation et modification du droit en vigueur

Ziff. I, II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. I, II

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Bundesbeschluss über die Genehmigung und die Umsetzung von Übereinkommen zur Haftung auf dem Gebiet der Kernenergie

Arrêté fédéral concernant l'approbation et la mise en oeuvre des conventions relatives à la responsabilité civile dans le domaine de l'énergie nucléaire

Art. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Lombardi Filippo (CEg, TI), pour la commission: Il s'agit ici de la clause référendaire, qui concerne donc tant la loi que l'approbation des deux conventions et du protocole commun.

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes ... 27 Stimmen

Dagegen ... 8 Stimmen

(2 Enthaltungen)

04.061

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07

Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBI 2008 9)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)

Text des Erlasses 2 (BBI 2008 19)

Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Art. 39 Abs. 2ter

Antrag der Einigungskonferenz

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39 al. 2ter

Proposition de la Conférence de conciliation

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Art. 49a Abs. 2; Ziff. II Abs. 2bis, 3, 5, 6

Antrag der Einigungskonferenz

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49a al. 2; ch. II al. 2bis, 3, 5, 6

Proposition de la Conférence de conciliation

Adhérer à la décision du Conseil national

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Ich versuche, Sie durch diese beiden Beschlüsse zu führen. Wir behandeln zuerst das Geschäft 04.061, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Teilrevision, Spitalfinanzierung, also die Vorlage 1 auf Seite 4.

Worum geht es bei Artikel 39 Absatz 2ter? Unsere Fassung lautet: «Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit.» Wir hatten eine Differenz zum Nationalrat, weil dieser zusätzlich zu den beiden Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit auch noch das Element Versorgungssicherheit eingebaut hatte. Die Einigungskonferenz beantragt Ihnen nun, auf das Element der Versorgungssicherheit zu verzichten und die Fassung des Ständerates zu übernehmen. Warum?

Die Begründung liegt darin, dass detaillierte Bundesvorgaben zur Planung der Versorgungssicherheit nicht notwendig sind. Die Planung ist Kantonssache, und kantonale Planungen müssen so oder so auf die Versorgungssicherheit ausgerichtet und bedarfsgerecht sein. Diese Idee ist übrigens auch in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d bereits enthalten. Die Einigungskonferenz beantragt Ihnen also, dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen.

Wir gehen weiter auf Seite 7 der Fahne und behandeln hier Artikel 49a Absatz 2; es geht hier um den Kantonsanteil. Eine kurze Rückblende: Der kantonale Anteil beträgt nach der Lesart des Ständerates 55 Prozent. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Anteil aber bis auf 45 Prozent absenken. Das war unsere Version, an der wir zweimal festgehalten haben. Wir haben uns jetzt der Version des Nationalrates angeschlossen. Was heisst das? Die Einführung des Kantonsanteils bei 55 Prozent – es gibt nur noch diesen – erfolgt auf den 1. Januar 2012. Die Kantone müssen an diesem Datum einen minimalen Kantonsanteil von 45 Prozent haben. Jene Kantone, deren Anteil unter 55 Prozent liegt, weil sie durchschnittliche Erwachsenenprämien haben, die unter dem schweizerischen Mittel liegen, haben dann bis 2017 Zeit, um sich auf den Kantonsanteil von 55 Prozent hinaufzubewegen; sie müssen dies in Schritten von höchstens 2 Prozent tun. Ebenfalls klar ist, dass am 1. Januar 2017 alle Kantone einen Anteil von 55 Prozent haben müssen.

Welche Kantone – nur zur Information – haben heute noch einen Anteil, der unter 55 Prozent liegt? Es sind das die Kantone Appenzell Innerrhoden mit 49 Prozent, St. Gallen mit 51 Prozent, Aargau mit 46 Prozent, Thurgau mit 35 Prozent und Tessin mit 44 Prozent.

Wir schlagen Ihnen nun vor, den Beschluss des Nationalrates zu übernehmen. Wir bleiben also bei diesen 55 Prozent mit einer längeren Übergangsfrist für jene Kantone, die eine tiefere Durchschnittsprämie haben.

Die dritte Differenz findet sich auf Seite 14. Es betrifft diesen Zeitpunkt der Einführung der Spitalplanungen. Bis anhin haben wir am Jahr 2012 festgehalten. Wir schliessen uns hier der nationalrätlichen Lösung an, das heisst dem Einführungszeitpunkt im Jahr 2015, das liegt also drei Jahre nach

dem von uns eigentlich ins Auge gefassten Einführungszeitpunkt. Diese zusätzlichen drei Jahre erlauben es, die Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit gleich auch noch zu erstellen. So viel zur Vorlage 1.

Präsident (Brändli Christoffel, Präsident): Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass der Einigungsantrag gemäss Artikel 93 des Parlamentsgesetzes gesamthaft behandelt wird. Ich möchte vor allem die neuen Mitglieder des Rates darauf hinweisen, dass die Vorlage abgeschrieben wird, wenn der Einigungsantrag in einem Rat verworfen wird.

Ory Gisèle (S, NE): J'ai une petite remarque à faire qui concerne la Commission de rédaction. A l'article 39 alinéa 2ter, le mot «Wirtschaftlichkeit» a été traduit par «rentabilité» dans la version de notre conseil. En général, ce mot se traduit par «caractère économique». Cela a été corrigé dans la version du Conseil national, mais si nous adoptons maintenant cette disposition dans la version de notre conseil, il faudrait que «Wirtschaftlichkeit» soit traduit par «caractère économique», et non pas par «rentabilité».

Angenommen – Adopté

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)

Ziff. Ibis

Antrag der Einigungskonferenz

Titel

Weiterführung des bisherigen Risikoausgleichs

Text

Bis zum Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes gilt der bisherige Risikoausgleich nach Artikel 105.

Ch. Ibis

Proposition de la Conférence de conciliation

Titre

Maintien du système de compensation des risques en vigueur

Texte

Les dispositions sur la compensation des risques prévues à l'article 105 s'appliquent jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Ziff. II

Antrag der Einigungskonferenz

Abs. 2

Es tritt unter Vorbehalt von Absatz 3 am 1. Januar 2012 in Kraft.

Abs. 3

Ziffer Ibis tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Ch. II

Proposition de la Conférence de conciliation

Al. 2

Elle entre en vigueur le 1er janvier 2012, sous réserve de l'alinéa 3.

Al. 3

Le chiffre Ibis entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Schwaller Urs (CEg, FR), für die Kommission: Zur Vorlage 2 des Geschäftes 04.061 auf Seite 2 der Fahne, die den Risikoausgleich betrifft:

Wir hatten beschlossen, dass der Risikoausgleich am 1. Januar 2012 in Kraft tritt, und beigefügt: «Bis zum Inkrafttreten gilt die bisherige Regelung des Risikoausgleichs.» Unsere Lösung hatte die entscheidende Schwäche, dass für das Jahr 2011 hinsichtlich des Risikoausgleichs keine Grundlage mehr bestanden hätte. Wir haben das jetzt korrigiert, und Sie finden auf der rechten Seite den Antrag der Einigungs-

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)
Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07
Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBl 2008 9)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)
Text des Erlasses 2 (BBl 2008 19)
Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

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

Art. 39 Abs. 2ter

Antrag der Einigungskonferenz
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39 al. 2ter

Proposition de la Conférence de conciliation
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Art. 49a Abs. 2; Ziff. II Abs. 2bis, 3, 5, 6

Antrag der Einigungskonferenz
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 49a al. 2; ch. II al. 2bis, 3, 5, 6

Proposition de la Conférence de conciliation
Adhérer à la décision du Conseil national

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich)
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)**

Ziff. Ibis

Antrag der Einigungskonferenz
Titel
Weiterführung des bisherigen Risikoausgleichs

Text

Bis zum Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes gilt der bisherige Risikoausgleich nach Artikel 105.

Ch. Ibis

Proposition de la Conférence de conciliation
Titre

Maintien du système de compensation des risques en vigueur

Texte

Les dispositions sur la compensation des risques prévues à l'article 105 s'appliquent jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Ziff. II

Antrag der Einigungskonferenz

Abs. 2

Es tritt unter Vorbehalt von Absatz 3 am 1. Januar 2012 in Kraft.

Abs. 3

Ziffer Ibis tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Ch. II

Proposition de la Conférence de conciliation

Al. 2

Elle entre en vigueur le 1er janvier 2012, sous réserve de l'alinéa 3.

Al. 3

Le chiffre Ibis entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Bei den Spitalfinanzierungsvorlagen 1 und 2 hatten wir in der Einigungskonferenz zwei Differenzen zu bereinigen. Die eine betrifft die Vorlage 1: In Artikel 39 Absatz 2ter KVG folgt die Einigungskonferenz der Fassung des Ständerates, wonach der Bund einheitliche Kriterien über Qualität und Wirtschaftlichkeit erlässt. Die Versorgungssicherheit verbleibt hingegen in der Kompetenz der Kantone, wie das auch im ambulanten Bereich der Fall ist.

Bei der Vorlage 2, dem Risikoausgleich, wurde die Bestimmung über das Inkrafttreten bereinigt. Der Risikoausgleich tritt nun zusammen mit der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 in Kraft. Der bisherige Risikoausgleich, welcher bis Ende 2010 befristet ist, wird um ein Jahr verlängert.

Ich bitte Sie, diesen beiden Anträgen der Einigungskonferenz zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

06.423

**Parlamentarische Initiative
Zisyadis Josef.
Harmonisierung der Besteuerung
hoher Einkommen**

**Initiative parlementaire
Zisyadis Josef.
Harmonisation de l'imposition
des hauts revenus**

Vorprüfung – Examen préalable

Einreichungsdatum 24.03.06

Date de dépôt 24.03.06

Bericht WAK-NR 30.10.07

Rapport CER-CN 30.10.07

Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Vorprüfung – Examen préalable)

Antrag der Mehrheit

Der Initiative keine Folge geben

03.463

**Parlamentarische Initiative
Wasserfallen Kurt.
Limitierte Anzahl
Sonntagsverkäufe
ohne Restriktionen
Initiative parlementaire
Wasserfallen Kurt.
Ouverture sans restriction
des magasins
un nombre limité de dimanches**

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 17.12.03
Date de dépôt 17.12.03

Bericht WAK-NR 24.04.07 (BBI 2007 4261)
Rapport CER-CN 24.04.07 (FF 2007 4051)

Stellungnahme des Bundesrates 30.05.07 (BBI 2007 4269)
Avis du Conseil fédéral 30.05.07 (FF 2007 4059)

Nationalrat/Conseil national 26.09.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 7)
Texte de l'acte législatif (FF 2008 7)

**Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel
Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce**

Abstimmung – Vote

Für Annahme des Entwurfes ... 25 Stimmen

Dagegen ... 7 Stimmen

(6 Enthaltungen)

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07

Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBI 2008 9)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)

Text des Erlasses 2 (BBI 2008 19)

Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

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

Abstimmung – Vote

Für Annahme des Entwurfes ... 30 Stimmen

Dagegen ... 3 Stimmen

(11 Enthaltungen)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich)
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)**

Abstimmung – Vote

Für Annahme des Entwurfes ... 41 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(2 Enthaltungen)

03.463

**Parlamentarische Initiative
Wasserfallen Kurt.
Limitierte Anzahl
Sonntagsverkäufe
ohne Restriktionen
Initiative parlementaire
Wasserfallen Kurt.
Ouverture sans restriction
des magasins
un nombre limité de dimanches**

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 17.12.03
Date de dépôt 17.12.03

Bericht WAK-NR 24.04.07 (BBI 2007 4261)
Rapport CER-CN 24.04.07 (FF 2007 4051)

Stellungnahme des Bundesrates 30.05.07 (BBI 2007 4269)
Avis du Conseil fédéral 30.05.07 (FF 2007 4059)

Nationalrat/Conseil national 26.09.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 7)
Texte de l'acte législatif (FF 2008 7)

**Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel
Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce**

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 03.463/238)

Für Annahme des Entwurfes ... 136 Stimmen

Dagegen ... 58 Stimmen

04.061

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Spitalfinanzierung
Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Financement hospitalier**

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5551)
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5207)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 07.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 08.03.06 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 21.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 22.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 24.09.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.10.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 19.12.07 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 20.12.07

Ständerat/Conseil des Etats 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 20.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBI 2008 9)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 9)

Text des Erlasses 2 (BBI 2008 19)

Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 19)

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Diese Vorlage, die hier zur Schlussabstimmung ansteht, wurde mit grossen Erwartungen angegangen. Der Nationalrat hat in der ersten Lesung eine unseres Erachtens gute Vorlage verabschiedet. Das Ziel war es, die nachweislich vorhandenen Überkapazitäten und Fehlinvestitionen im stationären Bereich auf ein vernünftiges Mass zu beschränken. Unter dem Druck der Kantone fiel bei dieser Vorlage in der Differenzbereinigung Element für Element weg. Statt wettbewerbliche Bedingungen einzuführen, geht man dazu über, die staatliche Planungswut von den Kantonen auf die Bundesebene zu verlegen. Die Gefahr, dass daraus eine bürokratische Übung mit viel Papier und Theorie ohne praktische Wirkung entsteht, ist relativ gross.

Wenn man die ersten Verordnungsentwürfe aus der Verwaltung, aus dem Departement Couchepin, anschaut, zeigt sich, dass diese Befürchtungen nicht von der Hand zu weisen sind. Dass es nicht so weit kommt, liegt in den Händen der Regierungsparteien – wir sind nicht mehr dabei. Sie haben die Verantwortung für die Ausführung dieser Gesetzgebung. Die SVP-Fraktion wird sich darum beim ersten Entwurf mehrheitlich der Stimme enthalten. Unsere Befürchtungen, dass in der Gesetzgebung nach wie vor der falsche Weg gegangen wird, dass die Anreize falsch gesetzt werden, ersehen Sie aus dem zweiten Entwurf. Dieser zweite Entwurf bringt den Versicherten überhaupt nichts. Der Risikoausgleich, um den es hier geht, wird ohne jegliche Grundlagen und Erkenntnisse gesetzgeberisch behandelt. Weitere Hunderte von Millionen Franken werden umverteilt.

Wir werden dieser Gesetzgebung, also dem Risikoausgleich, eine Absage erteilen und dort Nein stimmen.

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/239)

Für Annahme des Entwurfes ... 90 Stimmen

Dagegen ... 52 Stimmen

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.061/240)

Für Annahme des Entwurfes ... 117 Stimmen

Dagegen ... 78 Stimmen

05.054

Volkssouveränität statt Behördenpropaganda. Volksinitiative

Souveraineté du peuple sans propagande gouvernementale. Initiative populaire

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 29.06.05 (BBI 2005 4373)

Message du Conseil fédéral 29.06.05 (FF 2005 4139)

Ständerat/Conseil des Etats 29.09.05 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 29.09.05 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 29.09.05 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SPK-NR 15.09.06

Rapport CIP-CN 15.09.06

Bericht SPK-SR 30.10.06

Rapport CIP-CE 30.10.06

Nationalrat/Conseil national 19.12.06 (Frist – Délai)

Ständerat/Conseil des Etats 20.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 1)

Texte de l'acte législatif (FF 2008 1)

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Volkssouveränität statt Behördenpropaganda»

Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Souveraineté du peuple sans propagande gouvernementale»

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 05.054/241)

Für Annahme des Entwurfes ... 134 Stimmen

Dagegen ... 61 Stimmen

05.055

Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative

Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)

Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06

Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06

Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)

Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

Rossini Stéphane (S, VS): Entreprendre une révision constitutionnelle à la hussarde, à la hâte, sans fondement sérieux, sans finalité objective, et la conduire à travers un processus fait d'approximations et de bricolages, cela n'est pas acceptable. On ne s'attèle pas à modifier la Constitution de ce pays uniquement pour des motifs tactiques et de gestion de l'agenda politique, plus précisément électoral; ce n'est pas crédible.

Proposer au peuple suisse un article constitutionnel qui ne récolte que des oppositions parmi les principaux acteurs concernés, à savoir les cantons – qui sont le maillon central du système de santé suisse –, les médecins ou le personnel soignant, c'est provoquer de nouveaux affrontements stériles, néfastes au bon fonctionnement des autorités et des institutions sanitaires.

Parce que le travail a été bâclé, parce que le «tout-au-marché», «le tout-à-la-concurrence» et le «tout-à-la-rentabilité» sont des absurdités dans la politique publique de la santé, le groupe socialiste rejettera l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» et le contre-projet.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir freuen uns hier für einmal. Mit dem Gegenvorschlag sind die Anliegen unserer Prämiensenkungs-Initiative in wesentlichen Teilen aufgenommen worden. Wir sind überzeugt, dass es damit möglich ist, unser Gesundheitswesen – endlich, möchte ich sagen – im Interesse mündiger Bürger weiterzuentwickeln. Damit ist auch der jahrzehntelange Streit um Wettbewerbstransparenz beziehungsweise unüberschaubare staatliche Planwirtschaft entschieden. Ich habe Verständnis dafür, dass Herr Rossini an dieser Entwicklung keine Freude hat, weil sie nicht dem gesundheitspolitischen Weg der Sozialisten entspricht. Wir sind aber sehr zuversichtlich, dass sich die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung für diesen Weg im Gesundheitswesen ausspricht.

Wir werden den Gegenvorschlag unterstützen und unsere Prämiensenkungs-Initiative zurückziehen, sofern sich beide Räte in der Schlussabstimmung für ihn aussprechen. Im Sinne einer konstruktiven Opposition, wenn Sie so wollen, werden wir unsere Initiative zurückziehen und dem Gegenvorschlag zustimmen.