



04.061

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

CHRONOLOGIE

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

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

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): 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 Systemscheid fällen, um die Beratung in Kenntnis des Systemscheides 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

AB 2006 S 47 / BO 2006 E 47

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 manifestera 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 concret 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

AB 2006 S 48 / BO 2006 E 48

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, Systemscheide 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 considéreraient 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 privée et semi-privée. 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

AB 2006 S 49 / BO 2006 E 49

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 Versicherer 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

AB 2006 S 50 / BO 2006 E 50

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 médicosociaux).

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 médicosociaux, 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

AB 2006 S 51 / BO 2006 E 51

supplémentaire 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 überbordnet 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 abgegolten werden, also nicht zu den von uns vorgesehenen 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

AB 2006 S 52 / BO 2006 E 52

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 aufgeschreckt 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 Privatspitalern 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 dits 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

AB 2006 S 53 / BO 2006 E 53

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 capables 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

AB 2006 S 54 / BO 2006 E 54

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

AB 2006 S 55 / BO 2006 E 55

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 extracantonal, 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 (Vertragsspitäler). 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 bewegt, 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 Kommissionsmehrheit 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

AB 2006 S 56 / BO 2006 E 56

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 meinige – 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 Kantonseinwohner 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

AB 2006 S 57 / BO 2006 E 57

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 Spittaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifizierte obligatorisch 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:

- a. die Aufnahmepflichten der Spitäler;
- b. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- c. 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 Spitälern 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

AB 2006 S 58 / BO 2006 E 58

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 hospita-



lier 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 excellente, 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'auront 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 Zweifelsfall 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.



AB 2006 S 59 / BO 2006 E 59

*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 primes 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 Appenzell 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

AB 2006 S 60 / BO 2006 E 60

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 sommes 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 einzuschiessen. 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

AB 2006 S 61 / BO 2006 E 61

Dutzendmillionenzahl. 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 prämienfinanzierten 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 diskutieren, damit dann auch der Zweirat 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 Zweirat 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

AB 2006 S 62 / BO 2006 E 62

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 Prämienhöhungen 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 Kommissionmehrheit 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.

AB 2006 S 63 / BO 2006 E 63

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:

- a. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur insoweit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- b. Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- c. Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt die Beschwerdeinstanz eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- d. 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:

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

- a. aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué. Toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- c. 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;
- d. un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. 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:

- a. aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué. Toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- c. 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;
- d. un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. 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

AB 2006 S 64 / BO 2006 E 64

invoquant 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 Rechnungsstellung 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.

AB 2006 S 65 / BO 2006 E 65

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 Halbprivat- und Privatabteilungen in der Höhe der von den Versicherern für Kantoneinwohnerinnen 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.

AB 2006 S 66 / BO 2006 E 66

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:

- 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;
- 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.

AB 2006 S 67 / BO 2006 E 67

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*