



04.061

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

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

Differenzen – Divergences

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)**

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die SGK des Nationalrates hat sich an ihrer Sitzung vom Oktober mit den Entscheiden des Ständerates auseinandergesetzt. Teilweise folgt die Kommissionsmehrheit den Beschlüssen des Ständerates, insbesondere bei der Ausgestaltung der Freizügigkeit bzw. der freien Spitalwahl und der Frage der Aufnahmepflicht der Spitäler. Namentlich beim Kostenverteiler zwischen Kantonen und Versicherern und den entsprechenden Übergangsbestimmungen hält die Kommission am nationalrätlichen Entscheid vom Frühjahr dieses Jahres fest.

Bei meinen einleitenden Ausführungen beschränke ich mich auf diejenigen Bestimmungen, bei denen die Kommission an der nationalrätlichen Fassung festhält, eine Differenz zum Ständerat bleibt und kein Minderheitsantrag vorliegt.

Festhalten beantragt die SGK bei Artikel 39 Absatz 2ter KVG. Gemäss Ständerat erlässt der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Nationalrat hat ein drittes Kriterium, die Grundversorgung, eingeführt. Der Begriff "Grundversorgung" ist indes missverständlich, weil er





mit einem anderen Inhalt besetzt ist. Es geht da nicht um ein auf die Grundversorgung beschränktes Spitalangebot, sondern es geht um eine Mindestversorgung, welche auch in Randregionen sichergestellt werden muss. Die SGK beantragt daher, den Begriff "Grundversorgung" durch jenen der "Versorgungssicherheit" zu ersetzen. Es heisst dann: "Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit." Die SGK ist nach längerer Diskussion zum Schluss gekommen, neben dem Begriffspaar der Qualität/Wirtschaftlichkeit auch die Mindestversorgung aufzunehmen, und beantragt Ihnen daher Festhalten an der nationalrätlichen Fassung mit dem Ersatz des Begriffs "Grundversorgung" durch jenen der "Versorgungssicherheit".

Bei Artikel 49a hält die Kommission ebenfalls am nationalrätlichen Beschluss fest und beantragt Ihnen, den kantonalen Anteil bei mindestens 55 Prozent zu belassen. Wir haben diese Bestimmung in der Kommission nochmals eingehend diskutiert. Es ist einerseits verständlich, dass die Kantone auch nach unten eine gewisse Flexibilisierung wünschen, andererseits geht es aktuell insbesondere um zwei Kantone, um die Kantone Aargau und Thurgau, welche einen Kostenanteil von massiv unter 55 Prozent bezahlen. Es ist aber nicht sicher, ob die zur Verfügung stehenden Zahlen überhaupt stimmen. Gerade der Kanton Thurgau liess im Sommer verlauten, dass der Kostenanteil des Kantons auch über 50 Prozent liege.

Die ständerätliche Fassung schafft Rechtsunsicherheit und könnte zu massiven Prämiensprüngen führen. Nimmt ein Kanton eine Reduktion vor, werden damit keine Kosten gespart, sondern die Kosten werden einfach auf die Krankenversicherer und damit auf die Prämienzahlenden verlagert.

Eine weitere Differenz haben wir noch bei Absatz 2bis der Übergangsbestimmungen. Die SGK beantragt Ihnen, dass die Kantone ihre Spitalplanungen bis spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt des Gesetzes an die neuen Bundesvorgaben anpassen müssen. Der Ständerat will hingegen die kantonalen Spitalplanungen mit der Einführung der neuen Finanzierung umgesetzt haben. Aus vollzugstechnischen Gründen ist der Antrag unserer SGK sachgerecht. Die Kantone müssen künftig die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit in der Spitalplanung berücksichtigen. Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen transparent, messbar und vergleichbar gemacht werden, bevor die Spitalisten angepasst werden können. Ansonsten machen die Bundesvorgaben keinen Sinn. Erst aufgrund der Vergleichbarkeit können die Spitalisten angepasst werden. Es muss eine längere Frist zugestanden werden, damit die Spitäler die Voraussetzungen gemäss den neuen Vorgaben transparent darlegen und die Spitalisten aufgrund dieser Kriterien erstellen können.

Sowohl bei Absatz 3 der Übergangsbestimmungen wie auch bezüglich der anschliessend zu behandelnden parlamentarischen Initiative der SGK-SR, "Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen", hat sich gezeigt, dass Ungereimtheiten und Mängel in der Koordination bestehen. Das muss die ständerätliche Kommission nochmals überprüfen, wenn sie dieses Geschäft in der nächsten Runde behandelt.

Bei der Ausgestaltung der Freizügigkeit bzw. bei der freien Spitalwahl und der Frage der Aufnahmepflicht der Spitäler schliesst sich die Mehrheit der Kommission dem Ständerat an. Ich verzichte im Moment darauf, auf Einzelheiten einzugehen, weil wir Minderheitsanträge vorliegen haben und ich

AB 2007 N 1770 / BO 2007 N 1770

die Überlegungen der Kommissionsmehrheit bei der Detailberatung darlegen kann.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Mehrheit der Kommission zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Dans le traitement des divergences concernant le financement hospitalier, la commission a examiné quelques articles que je vais brièvement résumer.

A l'article 39 alinéa 2ter, nous avons introduit la notion de sécurité de l'approvisionnement en soins, qui complète les autres références, comme celle de l'économicité; nous avons aussi tenu une discussion sur l'utilisation, dans la version française, de la terminologie liée à la rentabilité, qui a été modifiée et remplacée par la notion d'économicité, ce concept étant celui qui est en général utilisé dans la LAMal.

Nous reviendrons encore sur l'article 41 relatif au libre choix de l'hôpital, puisqu'une proposition de minorité Ruey a été déposée. Nous vous proposons de vous rallier à la décision du Conseil des Etats.

En ce qui concerne la problématique de la part des cantons au financement hospitalier, nous vous proposons de maintenir la position de notre conseil. Effectivement, il nous paraît important de ne pas lier la part de financement hospitalier à la charge des cantons au niveau de la prime moyenne de chaque canton, puisque, effectivement, il y a une incohérence entre les deux concepts: la détermination de la prime contient pour une seule partie seulement les éléments liés au financement, aux coûts hospitaliers; pour le reste, cela relève de la composante liée aux coûts ambulatoires, et il y a également dans la détermination de la prime une dimension



stratégique qui est celle de la politique institutionnelle des caisses. Par conséquent, nous ne voulons pas que la part du canton dans le financement hospitalier soit déterminée par des éléments qui ne sont pas strictement en relation avec le contenu de la prime, qui relève strictement du financement hospitalier.

Il nous paraît donc peu approprié de mêler les deux éléments. Nous vous proposons donc, à l'article 49a alinéa 2, de maintenir la part cantonale au taux de 55 pour cent qui avait été arrêté lors de la première lecture par notre conseil, sachant que la moyenne se situe plutôt autour de 60 pour cent.

Voilà les éléments principaux que je souhaitais mettre en évidence dans cette introduction.

Art. 22a Abs. 3; 25 Abs. 2 Bst. f

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 22a al. 3; 25 al. 2 let. f

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 2ter

... von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit. Er hört ...

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 2ter

... en prenant en considération la qualité, le caractère économique et la sécurité de l'approvisionnement en soins. Il consulte ...

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41, 41a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)

Festhalten

Art. 41, 41a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)

Maintenir

Le président (Bugnon André, président): A l'article 41, nous avons une proposition de minorité Ruey, de même qu'à l'article 41a. Il s'agit d'un concept. Nous allons traiter les deux propositions en un seul débat.

Ruey Claude (RL, VD): Nous sommes là effectivement à un carrefour. Vous savez que ce que nous voulons avec le nouveau financement hospitalier, c'est permettre d'atteindre la meilleure performance possible, et qui dit meilleure performance possible dit rapport qualité/coûts. Dans ce contexte, lors de son débat en première



lecture, notre conseil, et sa commission pour commencer, a introduit, outre le système des DRG, c'est-à-dire un financement par prestation calculé de manière forfaitaire par type de prestation – ce qui permet de mieux comparer les prix et d'avoir une certaine unité de vision dans le domaine des prestations hospitalières –, le libre choix par le patient de son hôpital. Libre choix signifie libre circulation des personnes, un peu, on l'a dit en commission, selon le principe du "Cassis de Dijon".

Ce libre choix, vous l'avez adopté en première lecture. Or, le Conseil des Etats, dans son dernier débat, l'a limité, je dirai même qu'il l'a en réalité quasiment vidé de sa substance. Et pourquoi? Tout d'abord, rappelons-nous que le système hospitalier est très opaque; que les prix sont actuellement des prix administrés; que les structures hospitalières sont différentes d'un canton à l'autre et à l'intérieur des cantons; que les modes de financement sont différents: dans certains cas les investissements sont pris en compte, dans d'autres cas ils sont pris en charge par l'Etat – un financement qui est parfois public, parapublic ou privé. Par conséquent, les comparaisons ne sont pas possibles.

Il est clair qu'avec l'introduction du système des DRG, nous pourrions avoir les mêmes prestations au même prix et faire de meilleures comparaisons. En revanche, dans la mesure où nous limiterions le système des DRG à un exercice à l'intérieur d'un seul canton, nous empêcherions, si vous voulez, toutes les comparaisons possibles entre les cantons, nous n'irions pas jusqu'à la transparence, que nous souhaitons et les uns et les autres, et nous n'irions pas jusqu'au bout de la logique de ce que nous voulons, c'est-à-dire d'établir une fluidité dans les possibilités d'être soigné dans des hôpitaux en Suisse et de le faire librement et dans la transparence. Le résultat d'une telle sectorisation, c'est qu'en réalité on protège des prés carrés; on n'a pas de véritable concurrence et on risque de ne pas pouvoir avoir une maîtrise des coûts telle que nous la souhaitons. En d'autres termes, on va risquer de dépenser plus pour des prestations semblables.

Dans le système du Conseil des Etats, on fait un pas dans le sens de ce que nous avons voulu, à savoir la libre circulation et le libre choix de son hôpital. J'ouvre une brève parenthèse à ce sujet: le libre choix de l'hôpital ne va pas provoquer une avalanche de déménagements de patients d'un canton à l'autre. Cela a été chiffré par le Conseil fédéral et je relisais encore les déclarations de Monsieur le conseiller fédéral Couchepin tout à l'heure dans le procès-verbal de la commission: ce sont seulement 1 à 2 pour cent de patients

AB 2007 N 1771 / BO 2007 N 1771

qui se trouveront dans cette situation. Ce n'est donc pas une avalanche.

En revanche, le fait, comme l'a décidé le Conseil des Etats, de ne pas vouloir permettre le financement égal d'un canton à l'autre par les assureurs et par les cantons de domicile, conduit à pénaliser les plus faibles économiquement: ils se verront vraiment privés du libre choix de leur hôpital. Pourquoi? Parce qu'à partir du moment où le financement ne suit pas le patient, on devra prendre une assurance complémentaire, une assurance-maladie complémentaire privée, et là je ne comprends pas tout à fait la gauche et le centre gauche qui s'opposent précisément à cette égalité de traitement entre tous les patients.

C'est donc au nom de l'égalité de traitement entre les patients, c'est au nom de la transparence des prestations, de la transparence des coûts, au nom de la performance, du rapport qualité/coûts, que nous vous proposons, dans le cadre de la minorité, d'en rester à un système de liberté, d'en rester à un système de libre choix, qui ne coûtera pas les sommes énormes que les cantons ont bien voulu nous indiquer. Là aussi l'administration fédérale a tout à fait combattu les chiffres avancés, de l'ordre de 600 millions de francs. Qui plus est, même s'il s'agissait de 600 millions de francs, cette somme est bien dépensée! De toute manière, ces 600 millions de francs sont dépensés par les assureurs plutôt que par les cantons, si bien que sur le plan du coût global de la santé, nous nous trouverions dans une situation qui ne serait pas bonne si nous suivions le système du Conseil des Etats.

Je vous invite donc à postuler la liberté, et la liberté dans sa logique jusqu'au bout.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt bei Artikel 41 Absatz 1 die Mehrheit und damit eine Lösung, die für alle Beteiligten verdaulich ist und gleichwohl den Druck auf eine überregionale, kantonsübergreifende Versorgungsplanung aufrechterhält.

Was soll neu für den Patienten bzw. die Patientin gelten? Offen steht einer Patientin jedes Spital des Wohnkantons, sofern es auf der Spitalliste ist. Offen stehen ihr auch ausserkantonale Spitäler, sofern sie im betreffenden Kanton auf der Liste sind und sofern es sich um eine Behandlung handelt, die medizinisch indiziert oder notfallmässig ist und die also im Wohnkanton nicht vorgenommen werden kann. Das entspricht der heutigen Regelung. Neu sollen Patienten auch dann in ein Listenspital eines anderen Kantons gehen können, wenn es keine medizinisch zwingenden Gründe dafür gibt, d. h., einfach wenn sie es wünschen, beispielsweise weil es geografisch sinnvoller ist oder sie von der Qualität jenes Spitals mehr überzeugt sind. Bezahlt werden muss



dieser Spitalaufenthalt normal durch die Krankenkasse und den Wohnkanton. Der Wohnkanton muss aber höchstens so viel an die Behandlung bezahlen, wie sie kosten würde, wenn sie im eigenen Kanton vorgenommen würde. Ist der Behandlungskanton teurer als der Wohnkanton, dann verbleibt eine Differenz, die von der Patientin oder vom Patienten getragen werden muss beziehungsweise für die eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden muss.

Was sind die Folgen dieser teilweise freien Spitalwahl?

1. Es entsteht eine grössere Wahlfreiheit für die Patientin; dadurch entsteht tendenziell mehr Druck in Bezug auf die Qualität.

2. Wir haben die Wahlfreiheit in einem regulierten Markt. Die Wahlfreiheit besteht also, sie ist aber reguliert. Das heisst, dass sie nur im Rahmen der Spitäler gilt, die auf der Liste im Wohn- oder im Behandlungskanton eingetragen sind. Die Kostenkontrolle durch die Kantone wird beibehalten, weil sie nur so viel für ausserkantonale Behandlungen bezahlen müssen, wie sie auch für die Behandlung im eigenen Kanton bezahlen müssten. Es entsteht ferner Druck in Bezug auf die überregionale Planung, weil quasi natürliche Versorgungsregionen entstehen, die den Wünschen der Patientinnen und Patienten entsprechen, und weil die Versorgungsregionen nicht mehr an den Kantonsgrenzen Halt machen.

Wo sind die Risiken einer solchen teilweise freien Spitalwahl? Für die Kantone wird es sehr viel schwieriger, eine optimale Versorgung zu planen. Wenn ein Spital mal gebaut und plötzlich weniger ausgelastet ist, weil es, sagen wir, Mode wird, für bestimmte Eingriffe in ein anderes Spital zu gehen, das auf der anderen Seite der Kantonsgrenze liegt, dann trägt der Kanton die Last der plötzlich entstehenden Überkapazität. Baut er diese ab und kommen die Patientinnen und Patienten dann doch wieder zurück, fehlt Kapazität, respektive der Kanton hat Mühe, sie in kurzer Zeit wieder zur Verfügung zu stellen. Dieses Risiko bleibt auch mit der ständerätlichen Lösung zu einem gewissen Teil bestehen; wirklich minimieren können das die Kantone nur mit einer tatsächlich und vertraglich abgesicherten überregionalen Planung und Versorgungsorganisation.

Die Minderheit Ruey will die Kantone hier noch mehr unter Druck setzen, indem sie ihnen auch die Kostenkontrolle entzieht. Dabei geht wohl etwas vergessen, dass Spitäler und Spitalabteilungen nicht von heute auf morgen in Betrieb genommen oder geschlossen werden können. Spitalbetten produziert man nämlich nicht über Nacht wie frisches Brot. Es geht also bei diesem Kompromissvorschlag des Ständerates, den die Mehrheit unterstützt, auch darum, den Schutz der Investitionen der Kantone zu stärken. Das schweizerische Gesundheitswesen funktioniert nach dem Prinzip des regulierten Wettbewerbs. Wollte man, wie die Minderheit, die Wettbewerbselemente verstärken, müsste man redlicherweise den Versorgungsauftrag der Kantone einschränken und sie dort entlasten. Mit anderen Worten: Nicht mehr die Kantone wären dann für die wirkliche Versorgungssicherheit zuständig, sondern man würde diese Aufgabe an den Markt delegieren. Angesichts der Tatsache, dass das Anbieten von Spitalbetten nicht dasselbe ist wie das Verkaufen von Brot, ist das eine etwas theoretische Position.

Wenn wir hier dem Ständerat folgen, folgen wir dem Mittelweg. Die Kantonsgrenzen verlieren an Bedeutung, die Versorgungseinheiten werden gesundheitsökonomisch und für die Patientinnen und Patienten sinnvoller und logischer, und die Qualität wird durch die grössere Wahlfreiheit gestärkt.

Die SP-Fraktion bittet Sie deshalb, die Mehrheit zu unterstützen und damit, einer guten Lösung zuliebe, auch einen Schritt auf die Kantone zu zu machen.

Eng verbunden mit dieser Frage der freien Spitalwahl ist die Frage des Aufnahmewangs, wie er in Artikel 41a geregelt ist. Hier wird die Marktlogik der Minderheit Ruey geradezu pervers – sie will nämlich auf einen Aufnahmewang verzichten. Spitäler dürfen zwar auf einer Liste sein, teilweise sind das ja auch Privatspitäler, sie wären aber nicht an einen Aufnahmewang gebunden. Das heisst, sie würden zwar von den Vorteilen eines Listenspitals profitieren – sprich von kantonalen Steuergeldern –, wären aber nicht an einen Aufnahmewang gebunden. Das ist keine Lösung, die gesundheitspolitisch zu verantworten ist. Spitäler, die das Privileg oder den Vorteil haben, auf einer Liste zu sein, müssen auch den Pflichten der Listenspitäler nachkommen, sprich: Es ist jedem Privatspital freigestellt, ob es auf die Liste will oder nicht. Wenn es auf der Liste ist, wird es in diesem Bereich wie ein öffentlich-rechtliches Spital behandelt.

Ich bitte Sie auch hier, dem Antrag der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

Triponez Pierre (RL, BE): Natürlich geht es hier nicht darum, wie meine Vorrednerin gesagt hat, in einer Bäckerei Brot zu kaufen, aber es geht um ein doch recht wichtiges Thema. Es geht nämlich um den Grundsatz der freien Spitalwahl in diesem Lande. Es ist die eigentliche innovative Bestimmung in dieser Vorlage. Ich erinnere mich mit Interesse an die erste Runde, vor der Differenzvereinbarung, zurück. Da war man über alle Parteigrenzen hinweg – Sozialdemokraten, CVP, FDP bis hin zur SVP – klar der Meinung, dass wir hier einen Schritt vorwärts machen sollten: Man soll die freie Spitalwahl einführen, es soll nicht mehr so sein, dass



Personen nicht in einem Nachbarkanton ins Spital gehen können; diese Öffnung muss passieren. Wir waren uns hier einig, und wir hatten in der ersten Runde nicht einmal einen

AB 2007 N 1772 / BO 2007 N 1772

Minderheitsantrag dazu. Wir haben also klar festgelegt, dass die freie Spitalwahl gelten soll. Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit Ruey zu unterstützen.

Was ist in der Zwischenzeit passiert? Die Kantone haben insbesondere gegenüber unserem Vorschlag der freien Spitalwahl finanzielle Bedenken geltend gemacht. Sie haben die Befürchtung geäußert, dass hier eine Völkerwanderung – zumindest eine halbe – ausgelöst werden könnte und dass das zu sehr hohen Kosten führen könnte. Man hat Zahlen von mehreren Hundert Millionen Franken in den Raum gestellt. Der Ständerat hat sich davon beeindrucken lassen. Er hat am Grundprinzip der freien Spitalwahl festhalten wollen, mit uns zusammen, hat dann aber eine Limite gesetzt, nämlich die, dass eine Kostenübernahme durch den Versicherer und den Wohnkanton höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, angemessen sei.

Wir müssen uns bewusst sein: Wenn wir das so beschliessen, dann sind wir praktisch beim Status quo. Schon heute gibt es die Möglichkeit, Frau Jacqueline Fehr hat das auch angedeutet, dass man in bestimmten Situationen in einem Nachbarkanton behandelt wird. Wenn wir aber diesen Zwischenschritt hier so beschliessen, sind wir doch praktisch bei der heutigen Praxis. Das würde bedeuten, dass sich nur jene Personen in einem anderen Kanton behandeln lassen könnten, welche das selber bezahlen bzw. über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen würden.

Die Kommissionsminderheit ist davon überzeugt, dass es schade wäre, wenn wir nicht dieses klare Signal setzen würden, dass wir im Gesundheitswesen in Richtung des Cassis-de-Dijon-Prinzips marschieren wollen, dass wir die Öffnung der kantonalen Grenzen für die Patientinnen und Patienten wollen und dass das – und hier kommt der entscheidende Punkt – dank all der flankierenden Massnahmen, die wir haben werden, mittel- und längerfristig sogar zu einer Verbilligung bzw. zu einer Vergünstigung der Krankenhausversorgung führen wird. Das ist also das Instrument, das erlauben wird, den Wettbewerb zumindest einigermaßen einzuführen bzw. zu verstärken.

Im Namen der FDP-Fraktion ersuche ich Sie also, bei den Artikeln 41 und 41a dem Antrag der Minderheit Ruey zuzustimmen.

Wehrli Reto (CEg, SZ): Ich spreche zu Artikel 41 Absatz 1 und Absatz 1bis. Die CVP/EVP/glp-Fraktion empfiehlt Ihnen, bei der Regelung der Wahl des Spitals bei stationärer Behandlung und bei der Kostenübernahme den Antrag der Kommissionsmehrheit zu unterstützen und somit dem Beschluss des Ständerates zu folgen. Dem Antrag, nicht an unserem vormaligen Beschluss festzuhalten, liegen folgende Überlegungen zugrunde:

1. Der wichtigste Grund ist ein "erledigungspolitischer". Unser dringliches Ziel muss es sein, die Revision der Spitalfinanzierung vor Ende Jahr unter Dach und Fach zu bringen. Dies verlangt – der bisherige Verlauf der Debatte hat es gezeigt – ganz offensichtlich Kompromisse. Hier, bei der freien Spitalwahl, gibt es Spielraum, wie er nötig ist, um Kompromisse eingehen zu können. Der vormalige Beschluss des Nationalrates zur Umsetzung der freien Spitalwahl wäre zwar der konsequentere, der klarere Weg gewesen; er verlangt die nationale freie Spitalwahl nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich. Das ging dem Ständerat aber zu weit. Er ist grundsätzlich für die freie Spitalwahl, aber – Sie haben es bereits gehört – der Tarif des Wohnsitzkantons ist bei ihm die Grenze für die Kostentragung durch Versicherer und Kanton. Dem können wir von der CVP zustimmen; wir wollen in dieser Frage lieber den Spatz in der Hand; wir wollen den Grundsatz der freien Spitalwahl jetzt endlich im Gesetz verankern.

2. Skeptiker argumentieren nun damit, dass mit dem Beschluss des Ständerates die freie Spitalwahl an der Kantonsgrenze ende. Das wird sich noch zeigen; aber es muss überhaupt nicht der Fall sein, denn auch mit der Regelung, nach welcher der Tarif im Wohnsitzkanton massgebend ist, wird die Marktöffnung erreicht. Ganz sicher werden die Leute in Grenzgebieten nun dorthin gehen, wo es ihnen am leichtesten fällt hinzugehen, dorthin, wo es ihnen passt; es wird niemand mehr von Bergdietikon in ein Aargauer Spital gehen, wenn er direkt nach Dietikon hinuntergehen und dort Leistungen in Anspruch nehmen kann.

3. Sollte sich in Zukunft zeigen, dass die Variante des Ständerates die Einführung der freien Spitalwahl de facto verhindert und es mit dem Spitalbinnenmarkt nicht vorwärtsgeht, wird in diesem Bereich halt noch einmal geliefert werden müssen.

Damit wir die Revision der Spitalfinanzierung noch vor Jahresende abschliessen können, bitte ich Sie im Namen unserer Fraktion also, den Antrag der Minderheit abzulehnen und dem beschriebenen Antrag der Mehrheit zu folgen.



Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir sind ja hier bei der Spitalfinanzierung in der Differenzbereinigung. Aber auch hier sollten wir natürlich die Zielsetzung, die wir einmal gehabt haben, nicht aus den Augen verlieren. Was wollen wir denn mit dieser Vorlage? Wir wollen, dass die stationären Einrichtungen in unserem Land aufgrund von wirtschaftlichen und qualitativen Kriterien vergleichbar gemacht werden. Das ist das Ziel, und dazu braucht es eine leistungsbezogene Abgeltung. Die Qualität muss mit geeigneten Mitteln erhoben und auch vergleichbar gemacht werden. Um das qualitative Angebot aber zu stärken, braucht es gleichzeitig einen freien, ungehinderten Zugang der Nachfrager, in diesem Fall der Patienten. Bei dem Minderheitsantrag geht es ja um den freien Zugang zu den stationären Einrichtungen, welche auf einer kantonalen Spitalliste aufgenommen sind – über die Kantons Grenzen hinaus, das ist entscheidend.

Die Mehrheit Ihrer Kommission folgt dem Ständerat und beantragt Ihnen, unseren Beschluss mit der wirklich freien Spitalwahl wieder zu kippen, während die Minderheit sagt: Der Zugang zu den stationären Einrichtungen soll ohne Vorbehalte gewährt werden. Statt in der Gesundheitspolitik endlich für die Zukunft wegweisende Entscheide zu fällen, zieht die Mehrheit Ihrer Kommission wie der geschlagene Hund winselnd von dannen.

Wenn Sie hier der Mehrheit folgen, beseitigen Sie einen der innovativsten Teile dieser Vorlage. Dann kann man sich auch fragen: Braucht es diese Vorlage überhaupt noch? Der heutige Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes beauftragt die Kantone seit über zehn Jahren, Betriebsvergleiche anzustellen; sie weigern sich aber standhaft. Ich gehe davon aus, dass sie auch in Zukunft Widerstand leisten werden, unter dem Druck der Gesundheitsdirektoren der Kantone, die vor allem ihre uneingeschränkte Macht in diesem Bereich erhalten wollen und denen wir, wegen der staatlichen Planwirtschaft und der Staatsgläubigkeit in diesem Bereich, einen schönen Teil des Anstiegs der Prämien zu verdanken haben. Unter diesem Druck verzichten sie auf wirksame Korrekturen. Unkoordinierte Fehlinvestitionen sollen weiterhin möglich sein, vor allem zulasten der Steuer- und Prämienzahler. Die Kantone wollen eigentlich gar keine Veränderung. Das ist die Botschaft, die in diesem Antrag der Mehrheit und im Beschluss des Ständerates steckt.

Wo liegt das Problem wirklich? Wir haben ein massives Überangebot an stationären Einrichtungen. Das kostet zu viel Geld, und ohne vergleichbare betriebswirtschaftliche Grundlagen werden Korrekturen nicht durchsetzbar sein. Dazu gehört eben auch die Abschaffung der Zwangsversorgung, wobei man in diesem Bereich die Kantons Grenzen nur mühevoll überschreiten kann. Es ist doch nicht so, dass die Gesundheitsdirektoren die Einzigen sind, die wissen, was für die erwachsenen Bürger gut ist. Ich meine, diese Politik müsste endlich der Vergangenheit angehören. Während in einigen Kantonen ja nun ernsthaft darüber diskutiert wird, Leistungen über die Landesgrenzen hinaus zuzulassen, will man hier die Kantons Grenzen weiterhin um jeden Preis aufrechterhalten.

Ich bitte Sie also: Halten Sie an Ihrer Entscheidung der ersten Runde fest – dort haben Sie nämlich einen wegweisenden Entscheid getroffen –, das heisst: Stimmen Sie der Minderheit Ruey zu. Das wird die SVP-Fraktion tun.

AB 2007 N 1773 / BO 2007 N 1773

Fasel Hugo (G, FR): Die grüne Fraktion wird den vom Ständerat gefundenen Kompromiss unterstützen, und zwar aus folgenden Gründen: Wir haben hier einen Weg zu finden zwischen der Wahlfreiheit der Versicherten einerseits und der Bedeutung der kantonalen Planung andererseits. Mit der Lösung, die der Ständerat erarbeitet hat, haben wir die Wahlmöglichkeit für die einzelnen Versicherten verbessert, aber diese Wahlfreiheit hat dort ihre Grenze, wo der Wohnkanton die Kosten für eine Behandlung im Spital eines Nachbarkantons übernehmen müsste, die teurer zu stehen kommt als eine Behandlung im eigenen Kanton. Insofern stimmt auch nicht, was Herr Ruey gesagt hat, dass mit der von der Mehrheit vorgeschlagenen Lösung die kleineren und mittleren Einkommen bestraft würden. Es ist gerade umgekehrt! Wenn jemand in Freiburg wohnt und sich anschliessend in Bern behandeln lassen will, kann er dies tun, sofern es in Bern billiger zu stehen kommt.

Umgekehrt kann der Sinn einer Lösung nicht darin bestehen, dass wir die Wahlfreiheit über alles setzen. Dann tun wir nämlich genau das, was wir aus den USA kennen: Die grossen Spitalketten bieten nicht mehr medizinische Leistungen an, sondern machen vor allem Marketing. Man wird also überall grosse Veranstaltungen haben, wo von ihnen gesagt wird, man solle in ihre Spitäler kommen; und ich gehe dann ins teuerste Spital, weil der Kanton es bezahlt. Das kann ja nicht der Sinn sein, und das ist auch der Grund, weshalb man in den USA das teuerste Gesundheitssystem, aber lange nicht die beste Qualität hat. Deshalb ist es sinnvoll, den Weg zu gehen, den die Mehrheit, zusammen mit dem Ständerat, erarbeitet hat. Er besteht darin, die Wahlfreiheit zu vergrössern; sie soll bis dorthin gehen, wo im Nachbarkanton eine günstigere Lösung möglich ist.

Daher bitten wir Sie, der Mehrheit zuzustimmen.





Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Bortoluzzi disait il y a quelques minutes que la proposition faite par la minorité de la commission est une proposition très innovante. Je me réjouis de voir Monsieur Bortoluzzi se rallier aux propositions innovantes, mais, de temps en temps, il faut se demander si l'on peut atteindre le résultat qu'on espère atteindre en soutenant la solution qui va le plus loin. Or, le Conseil fédéral est d'avis, même si cette proposition est innovante, même si à terme – j'y reviendrai – je suis sûr qu'on aura un jour la libre circulation des patients non seulement dans l'espace sanitaire suisse mais à l'échelle européenne, qu'il ne faut pas tout vouloir tout de suite, parce que finalement on risque de ne rien obtenir, et ceci pour les raisons suivantes.

Monsieur Ruey, en parlant du système des DRG, a dit qu'on aurait un seul système pour toute la Suisse, ce qui est exact. Les DRG, c'est une structure tarifaire, la description d'actes médicaux, mais ce n'est pas encore un tarif unique, parce qu'une fois qu'on a décrit l'acte, il faut ensuite l'affecter d'un coefficient qui sera décidé par les partenaires tarifaires. Il y aura des tarifs qui seront négociés, des tarifs qui seront différents, et il n'y aura pas un financement DRG au même coût dans toute la Suisse; il y aura la même définition du même acte dans toute la Suisse, mais il y aura un certain nombre de tarifs différents.

Personnellement, j'espère que l'on distinguera les tarifs des hôpitaux universitaires de ceux des hôpitaux régionaux, mais qu'on ne distinguera pas les tarifs selon les cantons, parce que si on a des DRG tarifés différemment d'un canton à l'autre, alors très probablement un des buts de la réforme ne sera pas atteint. Ce qui est souhaitable, c'est qu'on ait le même système de DRG partout, c'est-à-dire la description des actes médicaux, mais ensuite des tarifs qui soient fonction de la "qualité" de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un hôpital universitaire ou non.

Dès l'instant où il existera des tarifs différents pour le même système de DRG, on aura des problèmes assez difficiles d'application: si un patient se déplace d'un canton à l'autre, quel est le montant que doit payer le canton? 55 pour cent du montant qui aurait été payé dans l'hôpital le meilleur marché du canton d'origine du patient ou 55 pour cent du montant à payer dans l'hôpital choisi par le patient?

Ces problèmes sont concrètement difficiles à résoudre, et ils pourraient provoquer des effets pervers, raison pour laquelle le Conseil des Etats a choisi un pas intermédiaire qui consiste à dire que les cantons doivent payer, chaque fois qu'un patient se déplace, le montant qu'ils auraient payé dans le canton d'origine. Quant à la différence, elle doit être payée soit par le patient lui-même, soit par l'intermédiaire de son assurance complémentaire. Il est exact de dire que cette approche donne un avantage à ceux qui ont une assurance complémentaire, puisqu'ils ont une liberté que d'autres n'ont pas. Mais aujourd'hui, seuls ceux qui ont une assurance complémentaire relativement chère peuvent se déplacer d'un canton à l'autre. A l'avenir, l'assurance complémentaire, pour donner cette liberté supplémentaire aux citoyens, aux patients, sera moins chère puisque les cantons paieront un montant de base comme le souhaite le Conseil des Etats.

Donc tout bien considéré, je crois qu'il faut faire un pas en avant. Mais il ne faut pas prendre le risque de provoquer l'opposition frontale des cantons et des difficultés d'application qui finirait par dégoûter le citoyen contribuable, patient et votant, d'un progrès qui, à terme, sera complet en ce sens qu'un jour – mais dans une étape ultérieure –, il y aura la libre circulation des patients à l'échelle de la Suisse. C'est bien la moindre des choses me semble-t-il, mais cela ne peut pas se faire en une seule fois.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons avec conviction à soutenir la solution de la majorité, c'est-à-dire à adhérer à la décision du Conseil des Etats, tout en ne perdant pas de vue le but final qui viendra par le biais d'une autre révision et qui sera la libre circulation complète des patients d'un canton à l'autre.

Nous vous invitons donc à voter en faveur de la solution de la majorité de la commission et à éliminer ainsi une divergence supplémentaire importante, peut-être même décisive, avec le Conseil des Etats.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Der Ständerat relativiert die Wahlfreiheit insofern, als die Unkosten eines Patienten nur bis zum Betrag, der im eigenen Kanton anfallen würde, gedeckt sein sollen. Geht aber ein Patient in ein teureres ausserkantonales Spital, hat er bei Wahleingriffen die Differenzkosten selber zu bezahlen. Bei medizinisch indizierten Fällen hingegen richtet sich die Kostenübernahme bei beiden Kostenträgern – also bei Versicherern und Kantonen – nach dem Tarif des Standortkantons. Das heisst eigentlich – das wurde bis jetzt nicht gesagt –, dass die Kantone sich bei medizinisch indizierten Fällen in einem gewissen Sinne auch entlasten können. Die ständerätliche Lösung gewährt nicht die volle, uneingeschränkte Spitalfreizügigkeit in der gesamten Schweiz; sie ist aber eine innovative, pragmatische und sachgerechte Lösung, welche die Opposition der Kantone entkräftet.

Insbesondere folgende drei Gründe sprechen für die ständerätliche Fassung:

1. Die Gleichschaltung mit dem ambulanten Bereich, in welchem wir jetzt dieselbe Form der Freizügigkeit haben. Die Wahlfreiheit gilt in der gesamten Schweiz. Die Kosten sind aber nur gemäss dem Tarif des Wohn-



und Arbeitsortes gedeckt. Darüber hinausgehende Kosten müssen über eine Zusatzversicherung abgedeckt werden.

2. Die unterschiedliche Prämiensituation: Wir haben bekanntlich in den Kantonen sehr unterschiedliche Prämienhöhen. Die Prämien sind primär abhängig von der jeweiligen kantonalen Gesundheitspolitik, das heisst von der Anzahl Leistungserbringer und vor allem auch von den Preisen. Kantone mit einer restriktiveren Spitalplanung und eher tieferen Preisen haben entsprechend auch tiefere Prämien. Solange diese Realitäten existieren, ist es gerechtfertigt, dass Kantone und Versicherer die Preise des Wohnkantons des Patienten übernehmen müssen.

3. Es wird durch diese Lösung ein gewisser Kostendruck entstehen, namentlich in Grenzregionen, wo die Freizügigkeit eingeschränkt wird. Das allenfalls zu hohe Kostenniveau im Nachbarkanton wird zweifellos einen Kostendruck auf die entsprechenden Spitäler ausüben.

AB 2007 N 1774 / BO 2007 N 1774

Die Kommission hat mit 13 zu 10 Stimmen bei 0 Enthaltungen der ständerätlichen Fassung zugestimmt. Ich bitte Sie, in diesem Punkt Rücksicht auf die Kantone zu nehmen, vor allem aber, mit Rücksicht auf die unterschiedlichen kantonalen Kosten- und Prämienstrukturen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: J'aimerais aborder deux éléments complémentaires relatifs à cet article qui est le point central de ces divergences. Le premier point concerne les principes qui ont été discutés tout au long de la révision et qui se retrouvent dans cette discussion sur le libre choix de l'hôpital. Effectivement, comme Messieurs Bortoluzzi et Ruey l'ont évoqué tout à l'heure, il est bien évident que tout le monde veut le meilleur rapport qualité/prix; c'est un élément de la discussion. Mais un autre élément a été peu abordé, c'est celui qui concerne l'autre but de toute cette révision et qui est aussi présent dans toute la discussion sur l'initiative populaire soutenue par l'UDC, c'est l'introduction de davantage de concurrence entre les hôpitaux. Avec l'ouverture du libre marché dans le domaine hospitalier, la question de l'affaiblissement, voire de la suppression de la planification, donc de la régulation se pose. Je crois que c'est aussi un aspect qui est à l'origine de cette proposition de la minorité.

Cette question-là pose problème dès lors que dans la révision on impose en même temps des éléments supplémentaires de planification. On demande aux cantons de véritablement mettre sur pied une planification et le Conseil fédéral va introduire des critères uniformes. Alors, d'un côté on leur dit: "Vous devez planifier", puis, de l'autre, on ouvre les frontières et on affaiblit ou on rend finalement impossible cette planification. Je crois que cet élément a motivé les cantons à réagir. Bien sûr, comme l'a dit Monsieur le conseiller fédéral Couchepin, nous sommes dans une situation intermédiaire, dans une situation de compromis. On ne peut pas tout simplement, comme vient de le dire Monsieur Bortoluzzi, affirmer que les cantons ne veulent rien et qu'ils détiennent la vérité. Ce n'est pas si simple. Ce sont les cantons qui, dans le domaine de la gestion et de la planification du secteur hospitalier, sont un acteur central dans ce pays, pour ne pas dire l'acteur central du système hospitalier. Par conséquent, on ne peut pas tout simplement balayer d'un revers de main les critiques provenant des cantons.

Je vous invite à soutenir cette solution de compromis. Il y a un flou quant aux coûts, quant à la possibilité de gérer à la fois une planification plus rigoureuse et une ouverture du marché. Pour les cantons, avec la mise à égalité des hôpitaux publics subventionnés et privés, un pas très important est franchi. Il nous incombe de ne pas aller plus loin pour éviter l'échec de la démarche.

Je vous remercie de soutenir la majorité de la commission.

Le président (Bugnon André, président): Il n'y aura qu'un seul vote sur les articles 41 et 41a.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/22)

Für den Antrag der Mehrheit ... 97 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 87 Stimmen

Art. 49 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 49 al. 1

Proposition de la commission





Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Kommission

Abs. 2

Festhalten

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Zemp

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 49a

Proposition de la commission

Al. 2

Maintenir

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Zemp

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Zemp Markus (CEg, AG): Ich stelle Ihnen bei Artikel 49a Absatz 2 einen Einzelantrag und bitte Sie, der Version des Ständerates zuzustimmen.

Worum geht es? Für die Kostenbeteiligung bei der stationären Leistung sieht die Version des Nationalrates vor, dass durch die Kantone fix 55 Prozent zu bezahlen sind. Der Ständerat will im Gegensatz dazu eine Bandbreite von 45 bis 55 Prozent. Er will damit sicherstellen, dass in denjenigen Kantonen, die bisher tiefe Kosten hatten, keine massiven Erhöhungen erfolgen. Zwar sollen Kantone, in denen die Durchschnittsprämien für Erwachsene unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen, die Möglichkeit haben, die Bandbreite auszunutzen, das heisst, bis 45 Prozent nach unten zu gehen.

Wie sieht es heute aus? Die Spannweite bei der kantonalen Kostenbeteiligung liegt zwischen 37 und 67 Prozent. Es gibt Kantone, die sich durch tiefe Kosten auszeichnen, wie Thurgau, Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Tessin. Dies kann man durchaus auch als hohes Kostenbewusstsein sehen. Diese Kantone werden in der Version des Nationalrates am meisten zur Kasse gebeten, wenn sie Kostenbeteiligungen von 55 Prozent leisten müssen.

Bei dieser Revisionsvorlage wurde zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Santésuisse vereinbart, dass die Mehrkosten, welche aus der Gesetzesrevision entstehen, geteilt werden. Die Vorlage wurde aber unterdessen erweitert. Es kamen ausserkantonale Spitalaufenthalte und die Zwangssubventionierung der Privatspitäler dazu. Damit haben wir eine andere Ausgangslage. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz beziffert die Mehrkosten in der Grössenordnung von 500 bis 700 Millionen Franken. Der Ständerat hat seine Version gegenüber der Version des Nationalrates mit 29 zu 4 Stimmen gutgeheissen.

Ich bitte Sie, meinen Einzelantrag zu unterstützen.

Wehrli Reto (CEg, SZ): Unsere Fraktion empfiehlt Ihnen, bei der Abgeltung der stationären Leistungen den Beschluss des Ständerates zu unterstützen und dem Einzelantrag Zemp zuzustimmen. Dieser verlangt – Sie haben es gehört –, dass der kantonale Mindestanteil bei der Vergütung der stationären Behandlung 55 Prozent beträgt. So weit entspricht der ständerätliche Beschluss demjenigen des Nationalrates. Weiter will der Ständerat den Kantonen aber einen gewissen Spielraum bei der Art der Finanzierung belassen. Im Gegensatz zum Nationalrat macht der Ständerat die Festsetzung des Kantonsanteils von der Durchschnittsprämie abhängig. Wenn diese unter dem Schweizer Schnitt liegt, können die Kantone ihren Anteil weiter, auf 45 Prozent, senken. Denn es sollen – das ist die Absicht – jene Kantone, welche unterdurchschnittliche Prämien haben, nicht gezwungen werden, mehr Geld ins System einzuschiessen. Auch hat die Bevölkerung mit dieser Lösung



einen grösseren Handlungsspielraum in Bezug auf die Fragen, wie viel sie über die Steuergelder überhaupt ins Gesundheitssystem einbringen und ob sie die Prämienzahler stärker belasten will.

AB 2007 N 1775 / BO 2007 N 1775

Zwar ist der Antrag Zemp in der Konsequenz viel komplizierter, basiert auf unsicheren Daten, wird wahrscheinlich einen grossen bürokratischen Aufwand generieren und verknüpft Kantonsanteil und Prämie, was sachfremd ist. Trotzdem unterstützen wir, ein bisschen à contrecœur, diesen Antrag eben darum – ich habe es bereits ausgeführt –, weil man damit diese zwei, allenfalls drei Kantone, die im Moment eben tiefere Ausgaben haben, nicht politisch vergewaltigen will.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich mache es kurz: Der Antrag Zemp ist natürlich nicht ganz unberechtigt. Wir haben ja in der ersten Runde einen solchen Antrag als Minderheit eingebracht, weil, wie wir gesagt haben, wir uns im Moment bei dieser Vorlage auf die Einführung der vergleichbaren Elemente konzentrieren wollen, auf die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität; die Finanzierung durch die Kantone, auch im Sinne der Akzeptanz der Finanzhoheit der Kantone, lassen wir einmal bleiben. Aber an sich ist natürlich aus der Diskussion – ähnlich wie beim vorherigen Antrag – klar ersichtlich, dass man auch hier die Vergleichbarkeit zwingend anstreben müsste. Das setzt die Kantone natürlich unter Druck. Es sind zwei, drei Kantone, die von dieser Massnahme – 55 Prozent Mindestbeteiligung – vor allem betroffen sind. Dabei muss ich Ihnen sagen, dass es noch schwierig ist zu wissen, ob es dann wirklich so schlimm herauskommt, wie die betroffenen Gesundheits- und Finanzdirektoren behaupten, weil nämlich die Vergleichbarkeit bezogen auf die Investitionen nicht gegeben ist, weil diese ganzen Finanzierungsflüsse nach wie vor undurchschaubar sind. Wenn der Bundesrat dann die Regeln für die Vergleiche aufstellt, dann sollten die Finanzierungsflüsse eben auch transparenter werden.

Es geht auch darum, dass wir eine Differenz wollen. Darum sagen wir in diesem Moment, dass wir der Kommission zustimmen. Die SVP-Fraktion wird der Kommission zustimmen, mit Ausnahme vielleicht der Kolleginnen und Kollegen aus den stark betroffenen Kantonen – dafür habe ich ein gewisses Verständnis, auch für Kollege Zemp aus dem Aargau. Aber wir wollen hier der Kommission vor allem deshalb zustimmen, um die Sache mit den Ständeräten nochmals zu diskutieren. Dann haben wir eine Differenz. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Finanzierung die zweite Ebene in dieser Vorlage ist und auch nicht unbedingt als prioritär angesehen werden müsste.

Ich bitte Sie auch im Sinne der Schaffung einer Differenz gegenüber dem Ständerat, hier der Kommission zu folgen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Auch die SP-Fraktion ist für Festhalten und bittet Sie, den Antrag Zemp abzulehnen. Die Argumente liegen auf dem Tisch. Es scheint uns von Beginn an untauglich, ein Bandbreitenmodell einzuführen, das sich jährlich an den Durchschnittsprämien orientiert und damit auch jährlich einen neuen Kostenverteiler zur Folge hätte. Wir sind auch der Meinung, dass dann, wenn Transparenz hergestellt ist, diese 55-Prozent-Lösung eine durchaus taugliche Lösung ist. Zudem ist für uns natürlich das Argument, dass man jene Kantone schont, die heute einen geringeren Kantonsanteil zahlen, kein Argument, weil wir der Meinung sind, der steuerfinanzierte Anteil an den stationären Kosten sei nicht zu senken und es seien nicht jene Kantone zu belohnen, die einen möglichst tiefen steuerfinanzierten Anteil haben.

In diesem Sinne bitten wir Sie, dem Nationalrat zu folgen und den Antrag Zemp abzulehnen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Une des questions qui nous a préoccupés tout au long de la discussion de cette loi, c'est de savoir quelle sera la charge des différents acteurs qui participeront aux coûts de l'hospitalisation lorsque la loi sera adoptée. Quelle sera la part des cantons? Quelle sera la part des assurés, c'est-à-dire des assurances? En principe, selon nos calculs, si l'on voulait en rester à la même répartition des coûts qu'aujourd'hui, il faudrait fixer la part des cantons à 60 pour cent et les assurances auraient à payer environ 40 pour cent. Or, comme vous le voyez, la commission vous propose de mettre 55 pour cent à la charge des cantons et 45 pour cent à la charge des assurés, en l'occurrence des assurances. C'est un pas qui a été fait en direction des cantons pour essayer de vaincre un certain nombre de résistances et d'inquiétudes de leur part.

Mais certains cantons ne sont pas satisfaits de cette solution et souhaiteraient aller encore plus loin et pouvoir exceptionnellement, j'allais dire en dérogation à la règle générale, fixer leur contribution en dessous de 55 pour cent. Ils argumentent en indiquant que leur participation actuelle est inférieure à la moyenne suisse et que, par conséquent, il n'y a pas de raison de les forcer à faire un pas trop important en une seule fois. Mais toujours est-il que si l'on prend l'ensemble des participations cantonales, la solution qui est préconisée dans la loi est favorable aux cantons. Elle est moins favorable à certains, plus favorable à d'autres, mais dans l'ensemble elle



est favorable aux cantons.

La solution du Conseil des Etats est pratiquement inapplicable: 55 pour cent sauf exception, l'exception étant faite pour les cantons dont la prime moyenne est inférieure à la prime moyenne suisse. Or, comme l'a dit Monsieur Rossini en ouverture des débats, la prime moyenne ne dépend pas seulement des tarifs hospitaliers, mais aussi des prestations ambulatoires. En outre, la prime moyenne change d'année en année. Elle ne correspond pas toujours aux coûts, car dans certains cas, la politique des caisses les pousse à maintenir des primes plus basses ou à les augmenter plus rapidement en fonction d'une politique commerciale ou du besoin de réserves ou, au contraire, de la possibilité de réduire des réserves qui seraient par trop abondantes.

Donc vous allez fixer, si vous adoptez la solution du Conseil des Etats, une règle aléatoire qui dépend d'événements extérieurs au système du financement hospitalier et qui dépend aussi beaucoup de la politique commerciale ou de la politique des primes des assurances dans un ou deux cantons importants, Berne ou Zurich. Cela aurait une influence sur la politique de financement en Thurgovie ou sur la politique de financement des hôpitaux dans le canton du Tessin ou du Jura.

La solution du Conseil des Etats est inapplicable. Elle n'est pas réaliste puisqu'elle tient compte d'éléments tout à fait extérieurs au financement des hôpitaux. En plus, globalement, elle accentuerait encore le transfert des charges des cantons aux assurances, en l'occurrence aux assurés.

C'est pour cela que nous vous invitons à soutenir la proposition de la commission et à repousser la proposition Zemp.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir diskutieren hier gewissermassen eine Lex "Gau", weil es insbesondere um die Kantone Aargau und Thurgau geht, welche heute deutlich unter den 55 Prozent Kostenbeteiligung sind und sich gegen die beantragte Lösung zur Wehr setzen.

Ich möchte Sie aber einfach an die heutige Regelung erinnern. Heute bezahlen die Krankenversicherer rund 40 Prozent der Betriebskosten, und die restlichen 60 Prozent der Betriebskosten, wie auch 100 Prozent der Investitionskosten, werden von den Kantonen finanziert. Ich frage mich daher schon auch, wie die Zahl von 39 Prozent zustande kommt. Das kann nur deshalb so sein, weil die Zusatzversicherten weitgehend die Grundversicherten subventionieren. Gerade diese Regelung möchte man ja korrigieren, und deshalb entstehen auch Mehrkosten.

Herr Zemp hat zwei Punkte angeschnitten, auf die ich kurz eingehen möchte. Er hat gesagt, man wolle keine Zwangssubventionierung von Privatkliniken. Ich möchte Sie daran erinnern, dass die Innovation dieses Gesetzes eigentlich darin liegt, dass wir einen Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung vornehmen. Das heisst, dass die Patienten künftig einen Anspruch auf einen Beitrag des Kantons und auf einen Beitrag der Krankenversicherung haben. Es werden nicht mehr nur öffentliche Institutionen finanziert. Die Folge davon ist natürlich, dass auch Patientinnen und Patienten in Privatkliniken, welche auf den Spitallisten stehen, Anspruch auf diese Beiträge haben. Zudem hat Herr Zemp

AB 2007 N 1776 / BO 2007 N 1776

gesagt, es bestehe eine GDK/Santésuisse-Absprache, dass die Mehrkosten hälftig getragen würden. Das stimmt so. Ich kann Ihnen auch sagen: Eine genau hälftige Tragung der Mehrkosten würde bedeuten, dass die Kantone 57 Prozent und die Krankenversicherer 43 Prozent tragen müssten.

Es ist in der Tat auch so, dass sich gewisse Kantone – dazu gehört auch der Kanton Aargau – in den letzten Jahren im Spitalbereich entlasten konnten. Der Kanton Aargau hat sich in den letzten vier Jahren um 7 Prozent entlastet, während die Krankenkassenprämien durch den Spitalbereich um 40 Prozent mehr belastet worden sind.

Die ständerätliche Fassung schafft eine Rechtsunsicherheit, und sie kann jeweils zu massiven Prämienverschiebungen führen. Reduziert ein Kanton seine Leistungen, werden damit nicht Kosten gespart, sondern es werden einfach Kosten auf die Krankenversicherer verschoben. Zudem muss bei der ständerätlichen Fassung auch berücksichtigt werden, dass eigentlich alle Kantone von den Kantonen Bern und Zürich abhängen würden. Je nachdem, wie sich das Prämienniveau in Bern und Zürich verschiebt, können die anderen Kantone darauf reagieren.

Als problematisch erachtet es die Kommission auch, dass die Kostenübernahme durch die Kantone an die Prämienhöhe geknüpft werden soll. Wenn also tiefere Prämien da sind, können die Kantone ihren Kostenanteil senken, was wiederum bedeutet, dass die Prämien ansteigen werden. Eine solche Verknüpfung liesse sich ja auch in allen übrigen Bereichen herstellen, ist aber unheilvoll, weil damit kein einziger Franken gespart wird, sondern einfach eine Kostenverlagerung stattfindet. Das sollten wir vermeiden.

Die Kommission hat an der nationalrätlichen Fassung mit 17 zu 3 Stimmen bei 4 Enthaltungen festgehalten,





und ich bitte Sie, ihr zu folgen.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe radical-libéral et le groupe des Verts soutiennent la proposition de la commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/23)

Für den Antrag der Kommission ... 147 Stimmen

Für den Antrag Zemp ... 35 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Dabei stützen sie sich auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Abs. 3

... Einführungszeitpunkt nach Absatz 2bis ...

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5, 6

Festhalten

Abs. 7

... Einführungszeitpunkt nach Absatz 2bis.

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

Les planifications hospitalières cantonales disposent de trois ans à compter de la date d'introduction visée à l'alinéa 1 pour satisfaire aux exigences prévues à l'article 39. Elles s'appuient sur des comparaisons entre hôpitaux pour apprécier la qualité et le caractère économique.

Al. 3

... d'introduction selon l'alinéa 2bis ...

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5, 6

Maintenir

Al. 7

... d'introduction selon l'alinéa 2bis.

Angenommen – Adopté

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté