



02.402

Parlamentarische Initiative**SGK-SR.****Anpassung****der kantonalen Beiträge****für die innerkantonalen****stationären Behandlungen****Initiative parlementaire****CSSS-CE.****Adaptation****des participations cantonales****au financement****des traitements hospitaliers***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.03.02 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 06.06.02 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 11.06.02 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 11.06.02 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.06.02 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.06.02 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Als wir dieses Geschäft Anfang Januar in der Kommission in Arbeit nahmen und nachdem wir am 13. Februar 2002 über die Parlamentarische Initiative beschlossen hatten, schien dieses Geschäft ein erstrangiges Politikum zu werden. Heute dürfen wir mit Befriedigung feststellen: Der Durchbruch ist geschafft. Die Partner – Krankenversicherer und Kantone – akzeptieren die vorgeschlagene Lösung. Sie finden für die zurückliegenden Jahre selber eine einvernehmliche Lösung. So muss dieses Geschäft, das sich als brisant angekündigt hatte, nicht mehr als "hochpolitische Auseinandersetzung" abgehandelt werden, und unser Zeitplan, der noch eine Nachmittagssitzung in dieser Session ins Auge fasste, dürfte wohl überholt sein. Ich gehe davon aus, dass die Beratung des Geschäftes selber uns nicht mehr lange hinhalten wird, weil inzwischen die Positionen akzeptiert sind und das Geschäft unbestritten ist.

Worum geht es in diesem dringlichen Bundesgesetz? Es geht um die Regelung der Frage, ob und wie viel die Kantone innerkantonal an die Spitalaufenthalte der Privat- und Halbprivatversicherten zu leisten haben. Wir haben eine für beide Seiten politisch und finanziell tragbare Lösung ohne Verlierer gefunden; Zahler gibt es, aber keine politischen Verlierer.

Lassen Sie mich kurz die Vorgeschichte rekapitulieren. Seit das Krankenversicherungsgesetz besteht, also seit rund fünf Jahren, war ein steter Diskussionspunkt zwischen Krankenversicherern und Kantonen, ob die Kantone einen Beitrag an den Spitalaufenthalt ihrer privat versicherten Kantonsangehörigen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern leisten müssen. Das Bundesgericht hat am 30. November 2001 ein Urteil gefällt. Es hat das Krankenversicherungsgesetz interpretiert und – was nicht überrascht – festgehalten, dass die Kantone an die Spitalkosten der Privatversicherten genau den gleichen Beitrag zu leisten hätten wie an die Spitalkosten der Allgemeinversicherten.

Ich gebe zu: Den Kantonen war diese Problematik bei Erlass des Krankenversicherungsgesetzes wohl nicht bewusst, wie sie auch uns nicht bewusst war. Andernfalls wäre die Opposition der Kantone wahrscheinlich heftiger ausgefallen. Aber seitdem dieser Punkt diskutiert wird, haben sich die Kommissionen des National- und Ständerates, das Bundesamt für Sozialversicherung und Frau Bundesrätin Dreifuss überzeugt erklärt,





dass die Beitragspflicht der Kantone besteht.

Die Privatversicherten beteiligen sich über ihre Steuern an den Kosten der Spitäler. Die zentrale Frage ist: Warum sollen sie ihre Kosten im Spital alleine bezahlen? Über die Prämien der Privatversicherung zahlen sie den eigenen Spitalaufenthalt vollständig, und zusätzlich zahlen sie über ihre kantonalen Steuern an die Kosten der Allgemeinversicherten! Das wäre vom System her eine unverständliche und nicht gewollte doppelte Belastung der Privatversicherten. Der Entscheid des Bundesgerichtes war daher nicht überraschend. Er war auch von eindrücklicher Klarheit und lässt keine Zweifel offen.

Was sind die Auswirkungen dieses Entscheides? Der Entscheid löst keine Zahlungspflicht der Kantone aus; er hält lediglich fest, dass sie seit dem Jahr 1996 besteht. In einem Anwendungsfall wurde sie bestätigt. Für die Kantone bedeutet der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes Mehrkosten in der Grössenordnung von etwa 700 Millionen Franken. Sie sind nicht genau bezifferbar, weil das Gesetz vom Begriff der anrechenbaren Kosten ausgeht, der aber nirgends in der Praxis quantifiziert werden kann, ohne dass zusätzliche Grundlagen geschaffen würden.

Warum handelt in dieser Situation das Parlament, nachdem das Bundesgericht festgestellt hat, dass die Zahlungspflicht der Kantone besteht? Wir stehen darum in der Verantwortung, zu handeln, und haben das auch bereits dargelegt, weil es eminent wichtig ist, dass in diesem politisch wichtigen und heiklen Geschäft Ruhe einkehrt und schlicht gesagt die Situation nicht dem Chaos überlassen wird. Es braucht eine Lösung, die für alle Beteiligten Rechtssicherheit gibt, weil – das ist entscheidend – die Kantone und die Versicherer zurzeit nicht in der Lage sind, auch aufgrund der Vorgeschichte, einvernehmlich eine Lösung für die Zukunft zu schaffen. Es hat uns daher obliegen, für die Zeit bis zur Einführung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes eine Lösung zu finden. Wir erwarten, dass dieses bis spätestens 2005 in Kraft treten kann. Es galt also, diese Übergangszeit rechtlich zu klären, finanziell klar zu definieren und so für alle Beteiligten akzeptable und tragbare Lösungen zu finden.

Was ist die Charakteristik des dringlichen Bundesgesetzes? Das Bundesgesetz ist nur auf die Zukunft, auf die Jahre 2002 bis 2004, ausgerichtet. Zum Ersten schaffen wir Klarheit bei den Beträgen, indem wir an die Tarife und nicht an die schwer definierbaren anrechenbaren Kosten anknüpfen. Zum Zweiten machen wir die finanziellen Folgen für die

AB 2002 S 254 / BO 2002 E 254

Kantone tragbar und berechenbar. In der Tat haben die Kantone die zusätzlichen Zahlungen in ihrem Budget zumeist nicht eingestellt. Wir staffeln die Zahlungen, zu denen die Kantone verpflichtet sind. Der volle Betrag gemäss Tarif macht für die Kantone 500 Millionen Franken im Jahr aus. Wir führen ihn gestaffelt ein. Im Jahr 2002 sind es 60 Prozent oder 300 Millionen Franken, im Folgejahr 80 Prozent oder 400 Millionen Franken, und im Jahr 2004 sind es 500 Millionen Franken, also der volle Anteil der Kantone gemäss Tarif. Dabei ist aber zu bedenken, dass selbst der Betrag von 500 Millionen Franken noch immer um 200 Millionen Franken tiefer ist als die anrechenbaren Kosten. Summiert auf die Jahre 2002 bis 2004 werden die Kantone 1,2 Milliarden Franken anstelle der vollen 2,1 Milliarden Franken leisten. Wir verhindern damit also einen Belastungsschock für die Kantone, indem wir die Zahlungen, zu denen die Kantone verpflichtet sind, gestaffelt einführen. Wir präjudizieren aber die Revision des Krankenversicherungsgesetzes nicht. Wir haben diesbezüglich ja bereits eine Lösung gefunden; wir werden sie aufgrund dieser Übergangsbestimmung, die wir mit dem dringlichen Bundesgesetz erlassen, allerdings überarbeiten müssen. Das ist die Charakteristik für die Zukunft.

Was geschieht mit den offenen Rechnungen des Jahres 2001, welche die Versicherer an die Kantone stellen bzw. gestellt haben? Sie erinnern sich, dass bis Ende des Jahres 2000 ein Stillhalteabkommen galt, dem sich praktisch alle Krankenversicherer angeschlossen hatten. Die Zeitspanne bis zum Jahr 2000 bringt keine erheblichen Probleme mehr. Ein Entscheid muss aber auch für das Jahr 2001 getroffen werden. Es stellte sich die Frage, ob wir in diesem Bereich rückwirkend legislieren können. Wir hätten es, und das ist die Antwort, kaum tun können, und wir hätten es aufgrund der politischen Konstellation auch nicht tun dürfen. In rechtlicher Hinsicht wäre es nämlich höchst problematisch, eine bestehende Zahlungspflicht der Kantone rückwirkend auf eineinhalb Jahre zu beschränken. Die Rechnungen sind aufgrund des Gesetzes gestellt worden. Würden wir sie kraft eines dringlichen Bundesgesetzes rückwirkend aufheben oder beschränken, dann wäre wahrscheinlich die Rückwirkungsmöglichkeit eines Gesetzes weit überspannt angewendet und rechtsstaatlich kaum zulässig.

Aber auch aufgrund der politischen Konstellation wollten und durften wir dies nicht tun. Ich kann Ihnen das am Beispiel des Kantons Zürich erklären. Der Kanton Zürich schloss mit den Krankenversicherern einen Vertrag ab, worin er sich verpflichtete, alle Zahlungen für das Jahr 2001 nachträglich zu leisten, falls das Bundesgericht so entscheiden würde, wie es nun entschieden hat. Es kann ja nicht angehen, nun im Nachhinein die Verträge,



die die Kantone in vollem Wissen um die Problematik abgeschlossen haben, wieder aufzuheben. Wer hoch pokert, riskiert auch Verluste; diese dürfen wir nicht via dringliches Bundesgesetz nachträglich eliminieren.

Wir haben daher darauf gedrängt, dass die Krankenversicherer und die Kantone eine einvernehmliche Lösung finden. Sie ist nun im Grundsatz erarbeitet, von den Krankenversicherern genehmigt und muss noch intern bei allen Mitspielern ratifiziert werden. Die Kantone haben mit 25 Stimmen bei 1 Enthaltung der Lösung ebenfalls zugestimmt. Die Kantone waren hier durch die Sanitätsdirektoren vertreten. Es gilt nun intern, in den einzelnen Kantonen, die Genehmigung durch die Regierungen einzuholen. Diese Lösung dürfte definitiv erarbeitet und unterzeichnet sein, bis wir in der Sommersession die Schlussabstimmung durchführen.

Aus diesen Gründen empfehlen wir Ihnen, diesem Gesetz zuzustimmen. Wir erwarten allerdings ausdrücklich, dass diese Lösung bis zum Sommer noch zustande kommt. Falls die Lösung scheitern würde, könnten wir uns für die Schlussabstimmung vorbehalten, einen anderen Entscheid zu treffen. Die Sache ist allerdings auf gutem Weg.

Wenn Sie die Lösung als Gesamtes würdigen, so stellen Sie fest, dass sie sich dadurch auszeichnet, dass sie für die Versicherer in ungezählten Einzelfällen Klarheit und Streitverhinderung bringt. Das ist für die Versicherer ein Gewinn und rechtfertigt es, die Zahlungspflicht der Kantone zu begrenzen. Für die Kantone andererseits bringt diese Lösung einen berechenbaren Übergang; sie verhindert in einzelnen Kantonen einen Finanzierungsschock durch unvorhergesehene oder nicht einkalkulierte Zusatzbelastungen in der Krankenversicherung.

Für uns als Parlament – das sei nicht verschwiegen – hat diese Lösung auch ihre Vorteile. Es ist absolut in unserem Interesse, dass wir in der wichtigen Frage der Spitalfinanzierung die Revision nicht im Chaos angehen müssen und der Übergang graduell stattfindet. Es ist im Interesse der ganzen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, dass wir diese Lösung schaffen. Wir sind also nicht nur Streitschlichter oder Schiedsrichter in dieser Frage, wir handeln auch im Interesse des ganzen Krankenversicherungssystems.

Nachdem die Sache in wesentlichen Punkten nicht mehr umstritten ist, möchte ich zum Schluss den beteiligten Akteuren auch seitens der Kommission danken. Im Laufe der Zeit, das heisst seit Anfang dieses Jahres, sind eine erhebliche Kooperationsbereitschaft und ein Verhandlungswille erarbeitet worden; dies seitens der Kantone, der Sanitäts- und Finanzdirektoren, aber ebenso seitens der Krankenversicherer. Diesen Akteuren, ist es zu verdanken, dass wir eine Lösung haben, die zwar alle etwas schmerzt, die aber das Problem löst. Das ist ja im Gesundheitswesen oft die einzige Therapie. Die Behandlung schmerzt etwas, aber sie macht etwas gesünder oder lindert eine Krankheit. Danken möchte ich aber auch dem Bundesamt für Sozialversicherung und insbesondere Ihnen, Frau Bundesrätin Dreifuss, die als Mediatorin auch die Streitparteien an einen Tisch brachte und Wesentliches dazu beigetragen hat, dass diese Lösung jetzt möglich ist.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage der Kommission einzutreten und den Entwurf zu akzeptieren, so, wie ihn auch der Bundesrat inzwischen akzeptiert.

Stähelin Philipp (C, TG): Unser Kommissionspräsident hat das Geschäft, das uns hier vorliegt, meines Erachtens etwas gar positiv und optimistisch gewürdigt. Zwar sind wir alle froh, dass wir überhaupt einen Weg gefunden haben, aber seien wir ehrlich! Ich meine, diese Vorlage weckt doch auch ungute Gefühle. Gerichte verschieben nun in diesem Bereich Finanzierungslasten nahezu in Milliardenhöhe, es braucht Gerichtsent-scheide. Ist das tatsächlich der Weg? Das frage ich mich.

Weshalb ist es so weit gekommen, dass wir zum Mittel der dringlichen Bundesgesetze greifen müssen? Wir wissen natürlich, dass insbesondere die Ausgangslage unklar war: Die Kantone haben bezüglich dieser Problematik eine andere Optik gehabt als die Versicherer. Das ist nicht ungewöhnlich, aber in diesem Falle vielleicht doch etwas ungewöhnlicher als in anderen Fällen. Weshalb?

Wir hatten ursprünglich einen Wortlaut des Gesetzes, der zumindest nicht völlig klar war. Bei einer grammatikalischen Auslegung, also einer Auslegung nach dem Wortlaut, käme man wohl nicht zum Entscheid, den das Eidgenössische Versicherungsgericht getroffen hat. Mindestens gibt es hierzu auch Rechtsgutachten, die in eine andere Richtung weisen. Dazu möchte ich aber gleich beifügen, dass ich vom System her durchaus Verständnis für den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes habe; vom System her ist dieser Entscheid kaum stark zu bemängeln.

Aber immerhin: Die Ausgangslage war natürlich ursprünglich auch bei den Finanzierungslasten anders. Die Kantone waren sich nicht bewusst, dass dieser zusätzliche Betrag von gegen einer Milliarde Franken – wenn man noch die ausserkantonalen Hospitalisationen dazurechnet – auch noch zu ihren Lasten gehen würde; sonst hätten sie vielleicht seinerzeit zum KVG generell eine andere Stellung eingenommen.

Es kommt dazu, dass die Auslegung der Kantone während geraumer Zeit anerkannt worden ist. Auch das weckt natürlich nicht unbedingt gute Gefühle: wenn wir uns vorstellen, dass wir bereits im sechsten Jahr des



neuen KVG leben und nun noch solche Neuinterpretationen kommen! Trotzdem hat sich diese Situation natürlich mit dem ersten EVG-Urteil klar

AB 2002 S 255 / BO 2002 E 255

abgezeichnet, welches die ausserkantonalen Hospitalisationen der Zusatzversicherten betroffen hat. Eine ungleiche Behandlung ausserkantonal und innerkantonal und damit auch eine ungleiche Behandlung jener Kantone, welche viele Patientinnen und Patienten – verzeihen Sie mir den unschönen Ausdruck – "exportieren" müssen, gegenüber jenen, welche praktisch alle Behandlungen im eigenen Kanton vornehmen können, waren auf längere Zeit nicht möglich. Das Stillhalteabkommen, das wir damals schliessen konnten, war klar nur eine Übergangslösung.

Eine andere, integrale Lösung, meine ich, ist nachher unerlässlich geworden. Sie wird allerdings mit diesem dringlichen Bundesgesetz natürlich noch nicht erzielt. Auch diese Vorlage ist nur eine Übergangslösung, wir müssen hier bis zur zweiten Revision des KVG zuwarten.

Ich möchte auch einen anderen Eindruck noch etwas korrigieren, der durch das Votum des Kommissionspräsidenten entstanden ist: Die Zusatzversicherten, welche zugleich Steuern zahlen, werden künftig natürlich tendenziell mehr Steuern zu bezahlen haben. Es sind ja insbesondere auch die Zusatz-, die Privatversicherten, welche tatsächlich in höhere Progressionsstufen hineinrutschen dürften. Ob dann die Rechnung für die Betroffenen unter dem Strich aufgeht, möchte ich heftig bezweifeln, nur um hier allfällige Illusionen rechtzeitig zu zerstören.

Ich stehe zu diesem dringlichen Bundesgesetz, aber ich meine, dieser Fall öffnet auch ein Fenster auf die "Streitkultur". Ich setze das Wort in Anführungszeichen, weil es keine Kultur ist, was wir im Bereich des KVG erleben müssen. Versicherte und Versicherer, Kantone und Leistungserbringer, Kantone und Versicherer, Leistungserbringer und Versicherer, alle streiten miteinander in Bezug auf dieses KVG, und Vertrauen in den jeweiligen Partner wird klein geschrieben. Das darf nicht mehr lange so andauern; das macht doch uns allen Bauchweh. Ich meine, es geht bei unserer heutigen Entscheid auch darum, dass wir von dieser "Streitkultur" nun möglichst einmal wegkommen möchten.

Weshalb sind wir in dieser Lage? Ganz entscheidende Fragen – wie auch die vorliegende – werden im Krankenversicherungsbereich leider nicht über Vollzugsrecht, sondern durch Gerichts- und Rechtsmittelentscheide entschieden. Und in der Regel braucht ein solcher Entscheid geraume Zeit, sehr viel Zeit. Dieser sehr grosse Zeitbedarf für Rechtsmittelentscheide hat dazu geführt, dass Anreiz für verzögerndes Verhalten und für Missbrauch besteht, für eine Hinhaltetaktik, die der Sache nicht gut tut.

Im vorliegenden Fall haben die Kantone profitiert; das muss man ganz klar festhalten. Die Kantone haben hier selbstverständlich auch hinhaltend "gespielt". Es gibt andere Fälle; ich denke an den Tarifbereich, wo das Umgekehrte erfolgt, wo eher die Kassen verzögern. Beides ist nicht gut.

Aber gestatten Sie mir, dass ich als Verwaltungsrat der Spital Thurgau AG folgendes Beispiel anführe: Wenn ein Betrieb wie die Spital Thurgau AG über zwei Jahre auf einen Tarifentscheid des Bundesrates warten muss und wir also heute mit den Tarifen des Jahres 1999 leben und gleichzeitig alle seitherigen Entscheide angefochten worden sind, dann ist das nicht von Gutem, dann leben wir in Rechtsunsicherheit und in Finanzierungsunsicherheit. Wenn man dann noch weiss, dass das KVG eine viermonatige Frist für den Entscheid des Bundesrates festhält, mit einer Möglichkeit, die Frist in ausserordentlichen Fällen um weitere vier Monate zu verlängern, dann versteht man die Welt nicht mehr.

Weil genau dieses Verhalten dazu führt, dass Streitereien gefördert und nicht verhindert werden, bitte ich darum, dass diese Fristen nun endlich eingehalten werden oder dass dann eben ein anderes Rechtsmittelsystem gewählt wird. Lange können wir nicht mehr mit dieser "Streitkultur" leben.

Das vorgeschlagene Bundesgesetz bedeutet für mich einen Notnagel. Es ist keine definitive Lösung, sie ist auch nicht so definiert. Aber diese Lösung hat Vorteile. Sie vermeidet durch die zeitliche Abfederung eine unverzügliche und schlagartige finanzielle Mehrbelastung der Kantone. Damit, meine ich, sollte es den Kantonen im Wesentlichen möglich sein, diese Mehrbelastung zu bewältigen, ohne unverzüglich zu Steuererhöhungen schreiten zu müssen. Das ist immerhin schon etwas, weil ich auf der anderen Seite nicht allzu sehr daran glaube, dass dann die Versicherungen ihre Prämien senken könnten. Es ist schon schön, wenn sie nicht weiter steigen.

Man kann sich hier im Übrigen durchaus sozialpolitische Fragen stellen, weil die kantonalen Mittel ja, wie erwähnt, nicht unbedingt in die richtige Richtung fliessen. Die lediglich Grundversicherten werden von höheren Steuern natürlich mitbetroffen, ohne dass bei den Prämien der Grundversicherung eine Reduktion zu erwarten wäre. Ganz im Gegenteil: Wir müssen damit rechnen, dass infolge des Entscheides des Versicherungsgerichtes eher Druck auf die Prämien in diesem Bereich erfolgt. Denn wenn bisher auch keine Quersubventionierung



erfolgt ist, so sind doch mindestens die Grenzkosten von den Zusatzversicherten mitgetragen worden. Das dringliche Bundesgesetz macht aber auch aus anderen Gründen durchaus Sinn, meines Erachtens vor allem, um ein mögliches Chaos zu vermeiden und, wie gesagt, die "Streitkultur" etwas abzubauen. Wenn wir aber das Chaos vermeiden wollen, dann ist es notwendig, dass sich die Kantone und Versicherer über das noch nicht gelöste Problem des Jahres 2001 tatsächlich einigen. Ich bin seit letzter Woche hoffnungsfroh und rechne damit, dass es so kommen wird. Ich meine aber auch, dass wir den Druck bis zur Schlussabstimmung in unserem Rat aufrechterhalten müssen.

Was wäre die Folge, wenn wir dem dringlichen Bundesgesetz nicht zustimmen würden? Wir hätten – davon bin ich überzeugt – im Rechnungswesen der Spitäler und Krankenkassen chaotische Zustände, Rechtsunsicherheit und Gerichtsverfahren auf lange Zeit. Man muss sich das vorstellen: Praktisch jedes Spital verkehrt mit praktisch allen Krankenkassen. Das gibt eine Vielzahl von Verfahren. Ich bin froh, wenn es nicht in diese Richtung geht.

Finanziell wäre die Geschichte für die Kantone allenfalls sogar noch tragbar. Nicht tragbar wäre sie aber für selbstständige bzw. aus der kantonalen Verwaltung ausgegliederte Spitäler. Für sie könnte die ganze Geschichte sonst existenzgefährdend werden. Für die Krankenkassen im Übrigen könnte eine solche Entwicklung über Jahre hinaus durchaus zum Grund werden – ich unterstelle hier etwas –, Prämien nicht zu senken. Auch das wollen wir natürlich nicht.

Insgesamt hätten wir sicher eine miserable Ausgangslage für die Umsetzung der zweiten KVG-Revision. Wenn wir diese KVG-Revision zum Erfolg bringen wollen, müssen alle Beteiligten mitziehen. Das machen sie nur, wenn sie nicht miteinander im Streite liegen.

Zur zweiten KVG-Revision: Ich meine, dass der Übergang und die Anpassung an den Weg, den wir hier vorschlagen, durch diese neue Entwicklung noch schwieriger geworden sind. Der Zwischenschritt des dringlichen Bundesgesetzes zeigt einmal mehr auch die Probleme der dualen Spitalfinanzierung auf und der unterschiedlichen, gegenläufigen Interessenlage der beiden Finanzierer, der Kantone und der Versicherer.

Falsche Anreize werden mit dieser Gesetzesvorlage schlussendlich nicht beseitigt. Sie werden sogar teilweise möglicherweise neu geschaffen, wenn wir an die reinen Privatspitäler denken – also weder an die öffentlichen noch an die öffentlich subventionierten –, die natürlich massiv benachteiligt werden. Das können wir nicht ändern, aber wir lösen in diesem Bereich keine Probleme, sondern wir schaffen neue. Dabei könnten wohl auch die Kantons Grenzen noch wichtiger werden, da nun mehr kantonales Geld fließen wird. Das hat dann eben diese Wirkung. Ebenso werden natürlich kantonale Planung und Staatseingriffe auf die Privatabteilungen ausgeweitet; und auch diese werden intensiver erfasst werden. Das wollen wir alles im Prinzip nicht. Es ist hier aber natürlich die Folge.

Für mich wird dadurch nicht das dringliche Bundesgesetz infrage gestellt, wohl aber ist die Notwendigkeit des Wechsels zu einem monistischen System ohne stete Brüche und

AB 2002 S 256 / BO 2002 E 256

Fehlanreize noch klarer gegeben. Wir müssen endlich ein System schaffen, in dem nicht nur der schwarze Peter herumgeschoben wird; in dem wir uns nicht um die Frage streiten, wer wie viel zahlt, anstatt uns dem Problem zu widmen, wie wir die Kostenentwicklung gesamthaft besser in den Griff bekommen können.

Wir haben, angesichts dieser neuen Entwicklung, mit den ständerätlichen Vorschlägen zur KVG-Revision den Schritt hin zum monistischen System zu zaghaft getan. Ich hoffe, dass der Nationalrat hier noch einen Schritt weiter geht und gesetzgeberisch den ganzen Weg zurücklegt. Die praktische Umsetzung und damit die Übergangsregelung werden dann immer noch viel Zeit beanspruchen.

Ich möchte, dass wir vor einer konsequenten Systemänderung nicht zurückschrecken. Wenn wir das tun, müssen wir uns auch nicht allzu sehr wundern, wenn weitere Situationen entstehen wie die vorliegende, wenn weiterhin solche Notmassnahmen nötig werden. Dieser Lösung heute ist aber im Interesse aller Beteiligten zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Meine Interessenbindung: Ich bin Präsident von Santé suisse und bitte um Verständnis dafür, dass ich nicht auch ein umfassendes Referat halte. Aber aufgrund der gehörten Voten möchte ich doch zwei, drei Gedanken anfügen.

Es tönt ja alles so schön. Es ist aber überhaupt keine schöne Sache, die hier auf dem Tisch liegt, nicht schön deshalb, weil man fünf Jahre lang streiten musste, um etwas Selbstverständliches endlich zu klären. Es muss doch selbstverständlich sein, dass jeder, der eine Grundversicherung bezahlt, gleich behandelt wird. Um das geht es.

Nach dem EVG-Urteil ist die Rechtslage klar – mit Ausnahme der Privatspitäler; dieses Problem lösen wir ja



im Rahmen der laufenden KVG-Revision. Das EVG-Urteil entspricht übrigens auch allen Beschlüssen, die wir in diesem Rat gefasst haben. Grundsätzlich ist die Rechtslage also sonnenklar.

Man kann sich fragen, ob es aufgrund dieser Situation richtig ist, wenn der Gesetzgeber in höchstrichterliche Entscheide, die genau der Philosophie dieses Rates entsprechen, eingreifen und irgendetwas anderes beschliessen soll. Man hat dann gemerkt, dass man es rückwirkend nicht gut tun kann, also macht man hier eine Vereinbarung. Prospektiv ist das fraglich, weil eben das Urteil eigentlich klar ist.

Es ist natürlich nicht richtig, Herr Frick, da möchte ich Ihnen widersprechen: Wir machen dieses dringliche Bundesgesetz nicht, weil keine einvernehmliche Lösung getroffen wurde. Eine einvernehmliche Lösung für die Zukunft war gar nicht möglich, weil das Gerichtsurteil vorliegt und klar ist. Einvernehmliche Lösungen gibt es immer, wenn jemand etwas gibt und auch etwas dafür bekommt. Hier geht es nur um die Frage, wie hoch das Geschenk für die Kantone ab 2002 sein soll. Um nichts anderes geht es hier.

Wenn man die Zahlen auf den Tisch bringt, dann geht es natürlich darum, dass die Kantone in der Grössenordnung von einer Milliarde Franken entlastet werden, zulasten der Prämienzahler. Das Entscheidende ist hier: Sollen die Kantone oder die Prämienzahler diese Milliarde Franken bezahlen? Das ist die Situation. Wenn man aus der Sicht der Versicherer dieser Lösung nicht zustimmt, sie aber akzeptiert, so deshalb, weil man in der Umsetzung Klarheit haben will. Man hat kein Interesse an weiteren Streitigkeiten, weil man dieses Problem im Gesamtinteresse – auch im Zuge der laufenden Revisionen – vom Tisch haben will.

Zur "Streitkultur": Man müsste, wenn man "Streitkulturen" beurteilt, dann auch schauen, wer am Schluss jeweils Recht bekommt und wer die Verursacher dieser Streitigkeiten sind. Die Kantone sind in einer eigenartigen Situation. Sie sind einerseits Träger der Spitäler und haben natürlich diesbezüglich bei den Tarifen spezielle Interessen; andererseits sind sie Schiedsrichter. Diese Doppelrolle ist sehr problematisch. Wir haben Gesuche von Spitälern für Tagesstarife von 180 Franken. Es gibt Kantonsregierungen, die nachher 195 Franken zusprechen, also mehr, als das Spital es wollte. In solchen Fällen muss man das vor dem Bund erstreiten, und dann gibt es diese Anhäufung von Fällen und diese Verzögerungen. Dieses Problem muss auch auf der anderen Seite einmal eingehend diskutiert werden.

Was die Vereinbarung betrifft, möchte ich Sie noch darüber informieren, dass zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen Verhandlungen stattgefunden haben. Der Verwaltungsrat von Santésuisse und auch die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz haben zugestimmt, dass wir diesen Weg gehen sollen. Gegenwärtig findet bei den Kantonen und den Versicherern das Ratifizierungsverfahren statt. Ziel müsste es sein, dass alle Kantone und – wenn irgendwie möglich – alle Versicherer mitmachen. Es kann also durchaus sein, dass einzelne Versicherer nicht mitmachen und dass mit diesen Versicherern dann weitere Auseinandersetzungen stattfinden. Es gibt da noch zwei, drei kleinere Details, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Wir werden uns bemühen, hier nach Möglichkeit alle unter einen Hut zu bringen.

Wenn man Kompromisse macht, dann hat man am Schluss meistens so einen Zustand der mittleren Zufriedenheit. Ich glaube, hier muss man eher von einer mittleren Unzufriedenheit sprechen, aber es gibt wahrscheinlich keine andere Möglichkeit. Ich möchte aber einfach auch zuhänden des Nationalrates festhalten, dass man an diesem Paket nichts mehr ändern kann, sonst scheitert es.

In diesem Sinne bitte ich Sie jetzt, den Anträgen der Kommission zuzustimmen.

Studer Jean (S, NE): On peut effectivement être a priori satisfait de la solution qui est en train de se dégager. On peut être satisfait en particulier, cela a déjà été relevé, de voir les cantons d'une part, et les assureurs d'autre part, aboutir à une entente pour régler cette question. Mais il reste un goût amer parce qu'il n'est pas satisfaisant, pour le législateur fédéral, de préparer une nouvelle loi alors que celle entrée en vigueur en 1996 est parfaitement claire. Ce n'est pas satisfaisant de devoir élaborer en 2002 une nouvelle loi pour, finalement, appliquer celle de 1996.

Je ne partage pas tout à fait l'avis de M. Stähelin, lorsqu'il dit que la loi qui est entrée en vigueur en 1996 n'est pas claire. Du côté de l'autorité fédérale, on l'a en tout cas toujours considérée comme claire. A supposer qu'en 1996 certains cantons ne l'aient pas trouvée claire, ils auraient en tout cas dû la trouver claire dès 1997, en raison de deux arrêts du Tribunal fédéral sur le financement des hospitalisations à l'extérieur des cantons, arrêts qui annonçaient d'ores et déjà l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de fin 2001.

On peut être satisfait de jouer un rôle de médiateur. On est toujours satisfait d'être le pompier qui éteint l'incendie, mais je préférerais qu'il n'y ait pas d'incendie. Au-delà de cette satisfaction et de l'amertume de devoir édicter des dispositions d'exécution d'une loi qui nous paraissait claire, cette question pose aussi le problème des compétences en matière de santé publique. En fait, cela illustre bien un certain déséquilibre qui, au fil des années, s'est instauré, en particulier dans le domaine hospitalier, un déséquilibre qui est dû à la mise en présence, d'un côté, d'une entité qu'on appellera Santésuisse par la suite et, de l'autre, d'une entité qui ne



forme pas un tout, mais qui est composée des 26 partenaires que sont les cantons.

A cet égard, les épisodes que nous avons vécus et qui expliquent les raisons de l'échec d'un nouveau moratoire, en particulier l'opposition que manifestaient certains cantons de l'est de notre pays, sous l'impulsion du canton de Zurich dont nous avons appris par la suite qu'il avait réglé la question pour son compte, nous montrent bien combien il est difficile, du côté des 26 entités cantonales, d'avoir d'emblée et rapidement la même entente que l'on a, par contre, du côté de Santésuisse.

Je ne crois pas que l'on puisse gérer l'assurance-maladie à coup d'arrêtés fédéraux urgents. Il faut le faire ici pour les raisons légitimes qui ont déjà été exprimées. Mais cette

AB 2002 S 257 / BO 2002 E 257

question nous amène aussi à devoir nous demander s'il est vraiment encore possible d'avoir ce déséquilibre entre, d'une part, 26 collectivités qui décident en fonction de leur propre intérêt territorial et, d'autre part, une seule entité et si, finalement, la prolongation de l'entente entre ces "deux" partenaires et la mésentente qui a duré – et qui nous oblige aujourd'hui à tenir ce débat – ne devrait pas être résolue par une autre organisation dans le domaine de la santé.

Certains pensent – je n'appartiens pas à cette catégorie – qu'il faut tout confier aux caisses-maladie. Je pense plutôt qu'on devrait peut-être d'abord imaginer de transférer un nombre plus important de compétences à la Confédération pour faire en sorte, en fait, en matière d'assurance-maladie, que deux partenaires aient les mêmes pouvoirs sur l'ensemble du pays, et non, comme c'est le cas aujourd'hui, un seul qui est Santésuisse.

Briner Peter (R, SH): Mit diesem Entwurf trägt die Kommission dem Entscheid des Versicherungsgerichtes Rechnung und sorgt gleichzeitig dafür, dass die den Kantonen zusätzlich entstehenden Kosten gestaffelt und damit einigermassen erträglich anfallen. So weit, so gut.

Eine Ungleichbehandlung im Bereich der zusatzversicherten Patienten bleibt bestehen: Sie betrifft all jene, die sich in einem nichtsubventionierten Privatspital kurieren lassen müssen. Das war zwar vom Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht zu beurteilen, hätte aber von der Sache her sinnvollerweise bei dieser Revision auch berücksichtigt werden sollen. Falls die laufende KVG-Revision nicht, wie wir es alle wünschen, auf Anfang 2005 in Kraft treten könnte – Referendumsdrohungen liegen vor – und falls die Krankenversicherer entgegen unseren Erwartungen in der Zwischenzeit ein zweigeteiltes Zusatzversicherungsangebot einführen, würde das zu einer schwerwiegenden Diskriminierung der privaten Kliniken führen.

Zur Interessenbindung: Ich bin Verwaltungsratspräsident der Klinik Belair AG in Schaffhausen. Gleichzeitig fühle ich mich dazu verpflichtet, dass wir in unserer gesetzgeberischen Tätigkeit Rücksicht auf die kantonalen Finanzen nehmen. Das ist in diesem Fall kein Widerspruch und bedeutet für mich keinen Spagat. Öffentliche und private Spitäler ergänzen sich in unserem System, sorgen für einen gesunden Wettbewerb im Leistungs- und im Kostenbereich und ermöglichen erst noch eine Aufteilung in Kompetenzzentren statt Doppelspurigkeiten oder andere Ineffizienzen. Es wäre deshalb fahrlässig, wenn wir mit dieser Parlamentarischen Initiative diese Ungleichbehandlung auf alle Zeiten zementieren würden. Ich zähle nun darauf, dass sich die nationalrätliche Kommission dieses Aspektes annehmen und eine entsprechende Nachbesserung vorlegen wird. Unser anerkannt gutes Gesundheitswesen ist im Interesse eines fairen Wettbewerbes darauf angewiesen.

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Für einige zusätzliche Ausführungen und ergänzende Erklärungen, welche aufgrund Ihrer Voten nötig werden, ergreife ich noch einmal kurz das Wort.

Welches sind die Auswirkungen auf die Versicherten – auf Sie, auf uns, die wir eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben? Im Ergebnis werden die Privatversicherten um 500 Millionen Franken entlastet, und dieser Betrag muss den Privatversicherten zugute kommen. In welcher Form, das können wir nicht mit diesem Gesetz festlegen, aber der Grundsatz ist klar: Die 500 Millionen Franken müssen den Versicherten zugute kommen.

In Einzelfällen wird eine Prämiensenkung möglich sein, in anderen Fällen ein verminderter Prämienanstieg. Es ist festzuhalten, dass viele Versicherer die Prämien für die Zusatzversicherungen während Jahren nicht erhöht haben, dass die Polster bereits abgetragen sind und die Versicherungen bereits "hart sitzen". Da ist die Lösung individuell zu suchen, aber sicher fällt sie in irgendeiner Form zugunsten der Versicherten aus. Nicht zu vergessen ist die Aufsicht über die Versicherungen; diese können nicht absolut frei schalten und walten. Die privatrechtliche Aufsicht des Bundesamtes für Privatversicherungen wirkt mit.

Aufseiten der Kantone ist klar, dass die 500 Millionen Franken zusätzlich anfallen. Wir haben aber versucht, das so zu tun – und nach den gehörten Voten scheint das auch gelungen zu sein –, dass die Kantone wegen dieses Gesetzes keine Steuererhöhungen beschliessen müssen. Das ist entscheidend.

Nun hat Herr Briner eine wichtige Frage aufgeworfen, auf die ich bisher nicht eingegangen bin: Wie verhält



es sich mit den Privatspitälern? Es ist klar, dass das dringliche Bundesgesetz nur für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler gilt; das sind in einzelnen Kantonen teilweise auch Privatspitäler. Aber in den reinen Privatspitälern, wenn ich sie so bezeichnen kann, bezahlen die Privatversicherer alles. Das ist auch nach dem heutigen Gesetz der Fall. Wir schaffen hier kein neues Recht, wir schaffen lediglich eine Zahlungserleichterung für die Kantone. Das ist im Wesentlichen der Inhalt dieses Gesetzes. Darum wollen wir mit dieser vorübergehenden Zahlungserleichterung das System materiell nicht ändern. Wir könnten es vielleicht ändern, wenn dies sehr einfach wäre; aber es ist recht kompliziert. Im Krankenversicherungsgesetz – nach der Revision – werden die Privatspitäler berücksichtigt, aber die Änderung für drei Jahre wäre sehr kompliziert und politisch schwierig. Wir haben uns der Frage in der Kommission sehr gründlich angenommen. Zwei Befürchtungen standen im Raum:

1. Könnten die Kantone versuchen, Patienten von den Privatspitälern in eigene Spitäler zu locken? Diese Befürchtung weisen wir von der Hand, weil das die Kantone auch wesentlich mehr kostet, indem sie eben in ihrem eigenen Spital für sie bezahlen müssten.

2. Virulenter ist die Frage, ob die Versicherungen auf die Idee kommen, zwei Produkte anzubieten: für jene Privatversicherten, die sich in öffentlich subventionierten oder öffentlichen Spitälern behandeln lassen, und für die, die ein Privatspital wählen. Wer beides beanspruchen möchte, müsste höhere Prämien bezahlen. Diese Frage nach zwei Typen der Privatversicherung könnte sich stellen. Doch wir teilen diese Befürchtung nicht – auch wenn sie nicht von vornherein von der Hand zu weisen ist –, weil es in anderen Bereichen bereits ähnliche Systeme mit gestaffelten Prämien und verschiedenen Leistungsangeboten gibt. Sie sind auf dem Markt nicht sehr erfolgreich. Wir glauben darum nicht, dass die Versicherungen jetzt für eine kurze Übergangsfrist – es käme ja nur für die künftigen Jahre 2003 und 2004 infrage – ein solches Produkt schaffen und lancieren würden; einfach weil der Zeitraum nicht reicht und die Marktchancen relativ gering sind. Würde sich aber – und da ist Ihre Frage und Ihre Problemschilderung absolut berechtigt, Herr Briner – die Revision des Krankenversicherungsgesetzes verzögern, dann müssten wir die Sache auch neu anschauen. Das haben wir auch den Privatspitälern so mitgeteilt. Sollte sich das Problem hingegen bis Ende 2004 wider Erwarten akzentuieren, müssten wir, im Sinne Ihrer Bedenken, auf die Frage zurückkommen; das scheint im Moment nicht sehr begründet zu sein. Dauert aber die Revision länger, dann müssen wir uns der Sache vertieft annehmen und auch dort eine Lösung finden.

Sagen wir es offen: Mit dieser Revision lösen wir die Probleme, wie sie heute auf dem Tisch sind, aber die Revision des Krankenversicherungsgesetzes wollen wir nicht vorwegnehmen. Es sollen, um es offen zu sagen, aufseiten aller Akteure noch Motive da sein, damit sie die Revision mittragen und nicht ihr Schäfchen jetzt ins Trockene bringen und sich aus den Revisionsbestrebungen abmelden können. Das ist kein Vorwurf an Ihre Kreise, Herr Kollege Briner – absolut nicht, dafür besteht kein Anlass –, steht aber im Zusammenhang mit anderen Fragen, die während der Arbeit an dieser Revision auch an uns herangetragen worden sind.

Wenn Sie eine letzte Bemerkung gestatten: Sie haben auch aufgrund der Voten gesehen, dass die Situation nicht einfach ist. Sie haben die Voten der verschiedenen Akteure gehört. Es gibt auch für parlamentarische Kommissionen angenehmere Aufgaben, als in einer verfahrenen Situation

AB 2002 S 258 / BO 2002 E 258

eine Lösung zu finden. Es ist uns gelungen, in einer schwierigen Situation eine rechtsstaatlich korrekte Problemlösung zu erarbeiten. Sie wurde nötig, weil sich die Kantone der gütlichen Einigung verschlossen haben. Das Quorum wurde im vergangenen Jahr nicht erreicht. Nun liegt die Lösung auf dem Tisch; sie löst das Problem, doch sie kostet die Kantone etwas mehr, als die Vereinbarung sie gekostet hätte.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte die Diskussion nicht verlängern, ich möchte nur bezüglich der Versicherten hier noch eine Klarstellung machen: Es geht ja primär um die Vereinbarung über 250 Millionen Franken, die mit den Kantonen getroffen wird. Für das, was rückwirkend ist, muss natürlich der Nachweis erbracht werden, dass das den Versicherten zugute kommt; das unterliegt auch der Kontrolle. Das wird in dieser Vereinbarung so festgelegt. Hingegen gibt es jetzt prospektiv einfach eine Entlastung bezüglich der Kosten. Das fließt in die Prämienrechnungen ein und läuft natürlich über den normalen Markt, über den normalen Wettbewerb. Jeder Versicherte ist frei, einen Vertrag mit einer Versicherung abzuschliessen. Es gibt also diesbezüglich prospektiv keinen Handlungs- oder Regulierungsbedarf.

Dreifuss Ruth (,): Je crois, si vous me permettez d'apprécier ainsi votre travail – ce qui n'est pas le rôle du Conseil fédéral –, que le Conseil des Etats a bien agi et s'apprête à poursuivre dans cette voie. Il était nécessaire de fixer d'abord l'horizon, les principes sur lesquels nous voulons faire reposer le financement hospitalier,



ce qui inclut la question soulevée par M. Briner. D'autre part, il était nécessaire d'encourager les partenaires à trouver une solution à l'amiable, puis, une fois l'horizon fixé, et voyant l'échec de la négociation entre les partenaires, d'intervenir pour éviter que la mise en oeuvre de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances ne mène à une situation chaotique et ne fasse perdurer ce conflit stérile et dangereux pour l'image de la LAMal auprès des habitantes et des habitants de ce pays. Je me félicite donc de cette séquence: d'abord fixer l'horizon et ensuite faire le pas nécessaire pour pouvoir avancer sans trébucher. Je m'en réjouis particulièrement et je remercie M. Frick de ses paroles.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, je m'efforce, avec un mélange de patience et d'endurance, de trouver une solution plus équitable pour les personnes qui ont une assurance complémentaire privée ou semi-privée. Et je crois qu'il est important de dire qui sont ces personnes. Il est faux de croire que le 25 pour cent des personnes ayant une assurance complémentaire privée ou semi-privée est uniquement composé de gens aisés. J'ai reçu d'innombrables lettres au sujet de la LAMal, dont certaines – rares, je dois le dire – exprimaient de la reconnaissance et le sentiment que sans la LAMal, l'accès aux soins indispensables n'aurait pas été possible. Souvent, malgré tout, il s'agissait de lettres d'encouragement ou, en tout cas, de lettres de citoyens pleins de compréhension pour la difficile tâche qui est la mienne, qui est la vôtre aussi. Mais la majorité des lettres que j'ai reçues provenaient de personnes ayant une assurance complémentaire, qui ne comprenaient pas l'explosion des primes qu'elles avaient subies, qui ne comprenaient ni la sélection extrêmement dure à laquelle elles étaient soumises, ni l'impossibilité de changer de caisse. La situation était d'autant plus pénible à assumer que beaucoup de ces personnes, étant âgées, avaient cotisé pendant des années et des années auprès d'assurances privées. Et lorsque, devenues âgées, elles devaient éventuellement avoir recours à une assurance complémentaire privée ou semi-privée, les cotisations devenaient impossibles à payer. Ce sont à ces gens-là qu'il faut penser et c'est aussi pour eux que je me suis efforcée d'arriver à une solution, d'abord par la conviction, ensuite par l'arbitrage dans une première négociation. Au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal révisée, cette solution me paraît la plus équitable.

Bien sûr, tout le monde ici pourrait se dire que, avec 1 milliard de francs à disposition, il y a peut-être des choses plus urgentes à faire. 1 milliard de francs, c'est beaucoup d'argent et les besoins de la population sont importants. En tant que ministre des affaires sociales et en tant que socialiste, je peux m'imaginer des utilisations, pour faire face à des problèmes encore plus brûlants. Mais, là, il en va d'abord de l'équité, je crois l'avoir expliqué, et ensuite d'une meilleure gestion du secteur hospitalier. Ce sont deux éléments qui permettent d'inciter les cantons, les hôpitaux ou les caisses-maladie à diriger les personnes en fonction de leurs besoins, et non pas en fonction des intérêts économiques du payeur de la prestation. Nous faisons un pas très important vers une gestion plus rationnelle. Nous supprimons peu à peu des incitations qui sont, je le répète, négatives. Elles sont négatives en termes de gestion des coûts, négatives aussi en termes de liberté quant au choix des hôpitaux dans lesquels les patients iront.

Je ne parlerai pas de la révision partielle de la LAMal que vous avez décidée et qui est maintenant devant la commission du Conseil national. J'espère aussi que cette révision pourra rapidement entrer en vigueur et que des pas supplémentaires pourront être réalisés. Nous essayons, au fond, d'aplanir les difficultés pour que les cantons puissent introduire cette charge additionnelle – et nous allons à leur rencontre – et également pour faire cesser ce conflit longtemps stérile.

Je n'entrerai pas dans les arguments qui ont été échangés: même s'il n'y a pas de gagnants ou de perdants, personne n'est vraiment heureux que vous soyez obligés de régler aujourd'hui cet aspect de la question. Le conflit a duré longtemps. Je crois pouvoir dire que le Tribunal fédéral des assurances a attendu longtemps avant de prendre sa décision, non pas parce qu'il ne souhaitait pas la prendre ou parce qu'il hésitait quant au contenu, mais bien parce qu'il espérait que la raison finirait par l'emporter. Dans ce sens-là, je m'associe à l'appel de M. Stähelin pour une meilleure culture du débat. Dans ce domaine, il y a eu une obstruction pendant très longtemps. Nous ne voulons pas récompenser les promoteurs de cette obstruction, mais nous voulons veiller à ce que les autorités cantonales puissent faire face à leurs obligations d'une façon responsable et qu'elles puissent les assumer face à leurs parlements. Je crois pouvoir dire que, pour une Chambre particulièrement sensible aux besoins des cantons, vous avez bien agi, que vous avez tenu compte de leurs difficultés, tout en indiquant la direction à suivre et en formulant l'interprétation qui doit être donnée à la LAMal.

J'aimerais aussi m'associer à l'appel du président de votre commission. Il faut que les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, celles que j'ai décrites tout à l'heure, voient le bénéfice de ce changement. Il faut que les personnes âgées, aux ressources souvent limitées, puissent continuer à avoir des assurances complémentaires et ne se sentent pas lâchées, abandonnées par des institutions auxquelles elles ont fait confiance. Ce n'est pas mon département qui pourra surveiller la façon dont les assurances-maladie feront face à leurs obligations, mais je suis persuadée que l'Office fédéral des assurances privées veillera à cela et



que Santésuisse aura aussi à coeur d'assumer ses responsabilités, même dans un secteur qui est régi par les règles du marché et avec des institutions qui poursuivent souvent des buts lucratifs. Il est dans l'intérêt de tous, y compris des hôpitaux, des cantons et de l'ensemble de notre offre, qu'il reste un secteur d'assurances privées hospitalières qui permette d'accroître la liberté de choix et qu'il subsiste dans ce domaine une certaine concurrence en termes de qualité.

Voilà la conclusion que je tire d'une longue aventure qui a commencé avec l'entrée en vigueur de la loi et qui se poursuivra jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAMal. Mais nous touchons maintenant au but et je remercie votre commission – et je vous remercie – d'avoir aidé à trouver des solutions qui permettent en fait d'appliquer un principe qui est, à l'évidence, celui de l'équité.

AB 2002 S 259 / BO 2002 E 259

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

**Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie**

Detailberatung – Examen de détail

Titel und Ingress

Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 1

Antrag der Kommission

Gemäss Entwurf SGK-SR (BBI), aber:

b. ab dem 1. Januar 2003 80 Prozent der

Art. 1 al. 1

Proposition de la commission: FF

(la modification ne concerne que le texte allemand)

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 2; Art. 2 Abs. 1, 2

Antrag der Kommission: BBI

Art. 1 al. 2; art. 2 al. 1, 2

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 2 Abs. 3

Neuer Antrag der Kommission

Streichen

Art. 2 al. 3

Nouvelle proposition de la commission





Biffer

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Sie haben einen korrigierten Entwurf erhalten, wonach Artikel 2 Absatz 3 zu streichen ist. Warum? Dieser Absatz ist schlicht und einfach nicht nötig. Er wurde ursprünglich eingefügt als Erklärung dafür, welches noch Sache des Bundesrates sei, nachdem Absatz 2 die Aufgabe der Kantone im Vollzug regelt. Aber eine genaue Sichtung der Lage hat ergeben, dass Absatz 3 nichts anderes als die allgemeine Aufgabe des Bundesrates umschreibt, nämlich Vollzugsvorschriften zu erlassen. Darum ist Absatz 3 überflüssig.

Hätten wir diese Streichung nicht beantragt, so hätte wohl die Redaktionskommission unter dem Zepter von Herrn Schweiger entsprechend gehandelt.

Angenommen – Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission: BBI

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 35 Stimmen

(Einstimmigkeit)