



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)**

Art. 39 Abs. 2ter

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 39 al. 2ter

Proposition de la commission

Maintenir

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Nach der Beratung in der SGK sind drei Differenzen zum Beschluss des Ständerates verblieben. Ich gehe kurz darauf ein.

Bei Artikel 39 Absatz 2ter beantragt Ihnen die Kommission Festhalten an der Fassung des Nationalrates. Demnach muss neben den einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit





auch die Versorgungssicherheit berücksichtigt werden. Mit dem Begriff "Versorgungssicherheit" geht es zum einen darum, die Versorgung auch in Randregionen sicherzustellen. Zum anderen können damit aber auch Überkapazitäten in gewissen Kantonen sichtbar gemacht und notwendige Massnahmen eingeleitet werden. Die zentrale Differenz zum Ständerat verbleibt bei Artikel 49a Absatz 2, beim Verteilen der Kosten auf Kantone und Versicherer. Die Kommission beantragt auch hier Festhalten,

AB 2007 N 1943 / BO 2007 N 1943

d. h., dass der Kantonsanteil mindestens 55 Prozent der gesamten Vergütung betragen muss. In Absatz 5 der Übergangsbestimmungen ist jedoch eine Ausnahmeregelung für jene Kantone vorgesehen, welche derzeit einen geringeren Anteil an den Spitalentschädigungen übernehmen und deren Prämie unter der schweizerischen Durchschnittsprämie liegt. Artikel 49a muss daher im Zusammenhang mit Absatz 5 der Übergangsbestimmungen betrachtet werden.

Bei Absatz 5 der Übergangsbestimmungen beantragt Ihnen die Kommission, von der Fassung des Ständerates auszugehen. In Abweichung zu Artikel 49a Absatz 2 KVG sollen jedoch jene Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Zeitpunkt der Einführung dieses Gesetzes die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen können, sofern ihr jetziger Kostenanteil unter 55 Prozent liegt. Der zweite Satz der ständerätlichen Fassung, wonach die jährliche Anpassung höchstens 2 Prozentpunkte betragen darf, bleibt unverändert. Mit dieser Ausnahmeregelung in den Übergangsbestimmungen kommen wir den Kantonen entgegen, welche unterdurchschnittliche Prämien sowie ein relativ kostengünstiges Gesundheits- bzw. Spitalwesen haben. Wenn aber einmal der Kostenanteil von 55 Prozent erreicht ist, kann er nicht mehr gesenkt werden. Damit fällt eine Unsicherheit gemäss der ständerätlichen Fassung weg. Kostengünstigere Kantone werden aber auch künftig besser fahren, weil 55 Prozent von einem tiefen absoluten Betrag bekanntlich tiefer liegen als derselbe Prozentsatz von hohen Kosten.

Die SGK beantragt Ihnen weiter Festhalten bei Absatz 2bis der Übergangsbestimmungen. Die kantonalen Spitalplanungen sollen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt den neuen Anforderungen entsprechen. Aus vollzugstechnischen Gründen ist diese längere Frist sachgerecht. Die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen transparent, messbar und vergleichbar gemacht werden, um als Grundlage für die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Spitälern und Kliniken auf die Spitalliste dienen zu können.

Um aber auch die Frage der Kostenübernahme während der Anpassungsfrist der Spitalisten zu klären, beantragt Ihnen die Kommission, Absatz 3 der Übergangsbestimmungen mit der Bestimmung zu ergänzen, dass während der Anpassungsfrist gemäss Absatz 2bis die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern auf der zum Einführungszeitpunkt gültigen Spitalliste übernehmen müssen. Konkret bedeutet dies also, dass Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2012 in allen Spitälern auf den Spitalisten den Kostenanteil von Versicherern und Kantonen zugut haben.

Bei Absatz 7 der Übergangsbestimmungen folgt die SGK der ständerätlichen Fassung. Die relativierte Form der Freizügigkeit, wie wir sie beschlossen haben, soll mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems per 1. Januar 2012 gelten.

Zusammenfassend ersuche ich Sie, den Kommissionsanträgen zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Je ne reviendrai pas sur tous les points de détail qui ont été présentés à l'instant par Madame Humbel. J'aimerais attirer votre attention sur deux points importants.

D'abord, à l'article 39 alinéa 2ter, nous maintenons la divergence avec le Conseil des Etats. En effet, le souci principal de la commission a été de marquer très clairement sa préférence pour la formulation qui précise que la sécurité de l'approvisionnement en soins figure dans la loi. Nous proposons donc, à cet alinéa 2ter de l'article 39, de suivre la majorité de la commission.

En second lieu, à l'article 49a alinéa 2, j'aimerais tout simplement vous apporter une précision quant à la lecture à faire de cette disposition. Nous proposons, dans le cas de cet article qui concerne le financement des hospitalisations par les cantons, deux concepts: un concept version Conseil des Etats, qui prévoit une variation de la participation des cantons de 45 à 55 pour cent, avec une relation à la prime moyenne, et la variante du Conseil national, qui prévoit un financement de 55 pour cent au moins à la charge du canton. La commission vous propose d'en rester à cette version pour l'article 49a alinéa 2, c'est-à-dire de prévoir 55 pour cent au moins.

En revanche, nous proposons dans les dispositions transitoires – et c'est cette lecture qu'il faut avoir en tête –, à l'alinéa 5, d'introduire la possibilité pour les cantons, sur une période limitée, de moduler cette participation entre 45 et 55 pour cent.



Donc nous proposons que les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse des primes pour adultes au moment de l'introduction prévue à l'alinéa 1 puissent fixer leur part de rémunération entre 45 et 55 pour cent. Nous introduisons donc cette disposition non pas comme règle générale, comme principe de financement, mais comme une disposition transitoire.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous sommes arrivés pratiquement à la fin de l'élimination des divergences. Il en reste quelques-unes qui, à mon sens, ne doivent pas susciter de grandes difficultés.

Le Conseil fédéral se rallie aux propositions faites par votre commission, sauf sur un point, qui n'est pas essentiel mais qui nous incite à vous dire qu'on préfère la solution du Conseil des Etats à l'article 39 alinéa 2ter, où vous avez introduit la notion de "sécurité de l'approvisionnement en soins". Ce n'est pas dramatique, mais ça nous paraît inutile dans la mesure où l'article 39 alinéa 1 lettre d prévoit déjà que les cantons doivent établir une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers. Il n'était pas nécessaire de le répéter à l'alinéa 2ter, mais enfin ce n'est pas une divergence essentielle.

Nous sommes particulièrement satisfaits du fait que la commission de votre conseil ait maintenu la répartition du financement que vous avez adoptée. Nous adhérons à la proposition, dans les dispositions transitoires, qui permet aux cantons qui ont des primes inférieures à la moyenne d'avoir un peu plus de temps pour s'adapter. Je crois qu'il était important de maintenir la proportion de 55/45 pour cent, en prévoyant une certaine élasticité quant à la durée de mise en oeuvre de cette disposition.

Sur tous les autres points, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de faire des commentaires: les solutions prévues par votre commission sont bonnes.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/147)

Für den Antrag der Kommission ... 150 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates ... 16 Stimmen

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 49 al. 2

Proposition de la commission

Maintenir

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 2bis

Festhalten

Abs. 3

... Kosten der stationären Behandlung. Während der Anpassungsfrist der Spitalisten gemäss Absatz 2bis haben die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern auf den aktuell gültigen Spitalisten zu übernehmen.

Abs. 5

... per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene

AB 2007 N 1944 / BO 2007 N 1944

unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017

...

Abs. 6

Festhalten (= Streichen)

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II

Proposition de la commission





Al. 2bis

Maintenir

Al. 3

... avant la modification de la loi. Pendant le délai d'adaptation des listes hospitalières prévu à l'alinéa 2bis, les cantons prennent en charge leur participation aux coûts dans tous les hôpitaux figurant sur les listes hospitalières en vigueur.

Al. 5

... au plus tard au 1er janvier 2012. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse des primes pour adultes au moment de l'introduction prévue à l'alinéa 1 peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 et 55 pour cent. Jusqu'au 1er janvier 2017 ...

Al. 6

Maintenir (= Biffer)

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Le président (Bugnon André, président): Les divergences sont maintenues. L'objet va ainsi à la Conférence de conciliation.

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich) **2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques)**

Art. 105

Antrag der Mehrheit

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Abs. 2

... im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend.

Art. 105

Proposition de la majorité

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Al. 2

... le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou ...

Stahl Jürg (V, ZH): In Artikel 105 Absatz 2 geht es um das Kriterium "Spitalaufenthalt" respektive "Pflegeheimaufenthalt". Bevor ich mit der Begründung des Antrages meiner Minderheit fortfahre, möchte ich meine Interessenbindung offenlegen: Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung der drittgrössten Krankenversicherung, welche jährlich über 150 Millionen Franken für den Risikoausgleich zahlt.

Mit meinem Minderheitsantrag beantrage ich, die Mindestaufenthaltsdauer für dieses Kriterium im Gesetz festzuschreiben. Eine klare Abgrenzung zwischen einer ambulanten Behandlung und einem stationären Aufenthalt ist wichtig, und die vorgeschlagenen drei Tage sind plausibel. Es ist aber auch wichtig, eine Mindestaufenthaltsdauer festzulegen, um die technischen Abläufe und die kasseninterne Umsetzung effizient gestalten zu können.

Wir befinden uns ja im Differenzbereinigungsverfahren. Nachdem unser Rat die Mindestaufenthaltsdauer am 4. Oktober dieses Jahres gutgeheissen hatte, machte der Ständerat in der vorletzten Woche diesen nationalrätlichen, eigentlich breitabgestützten Vorschlag rückgängig. Die Argumente sind nicht überzeugend. Insbe-



sondere eine Begründung bzw. eine Aussage hat mich sehr erstaunt. Ich habe hier das Amtliche Bulletin der vierten Sitzung des Ständerates in der Wintersession vor mir. Ich zitiere: "Die Fassung des Nationalrates ... kann unter Umständen zu Fehlanreizen führen. Damit die Spitäler vom Risikoausgleich profitieren, könnten sie versucht sein, die Patientinnen und Patienten länger als notwendig in der Spitalpflege zu behalten." Das hat die Präsidentin der ständerätlichen SGK gesagt.

Ich muss hier einfach deutlich festhalten, dass es sich beim Risikoausgleich um eine kasseninterne Angelegenheit handelt, dass sie eine Umverteilungsübung unter den Krankenversicherern ist und dass hier die Leistungserbringer keinerlei Anreize, weder Fehlanreize noch positive Anreize, haben können.

Darum bitte ich Sie, den Antrag meiner Minderheit zu unterstützen und der ursprünglichen nationalrätlichen Version zu folgen.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die Kommission beantragt Ihnen mit 11 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen, der Fassung des Ständerates zuzustimmen und die Mindestdauer des Spitalaufenthaltes nicht im Gesetz zu verankern. Vor allem zwei Gründe sprechen für die Fassung des Ständerates:

1. Gemäss Artikel 105 Absatz 5 erlässt der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen, umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher und bezeichnet die Ausnahmen. Es ist klar, dass mit dieser Bestimmung im Gesetz nur stationäre Behandlungen und keine ambulanten Behandlungen gemeint sind. Die Festlegung einer bestimmten Aufenthaltsdauer sollte aber auch nach Meinung der Kommissionsmehrheit nicht im Gesetz, sondern stufengerecht auf Verordnungsebene festgelegt werden. In vielen Kantonen haben wir heute schon Fallpauschalensysteme – damit werden ja nicht mehr Aufenthaltstage bezahlt, sondern es wird die Spitalbehandlung unabhängig von der Spitalaufenthaltsdauer vergütet.

2. Es ist tendenziell immer noch so, dass Zusatzversicherte länger in den Spitälern behalten werden als Grundversicherte, weil im Zusatzversicherungsbereich mehrheitlich noch Tagespauschalen gelten. Es ist dann eben nicht die medizinische Indikation, sondern der Versicherungsstatus, welcher entscheidend ist. Das ist für den Risikoausgleich nicht sachadäquat. Die Kommissionsmehrheit ist daher mit dem Ständerat der Meinung, dass der stationäre Spitalaufenthalt eben per se für den Risikoausgleich massgebend sein soll.

Zusammenfassend ist die Kommission zum Schluss gekommen, dass mehr Gründe für die ständerätliche Fassung sprechen, weshalb sie mehrheitlich beantragt, dem Ständerat zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Nous avons éliminé la divergence concernant l'indicateur de morbidité. Nous étions confrontés ici à une certaine difficulté pour cerner au mieux l'indicateur de morbidité; et, pour des raisons de faisabilité, pour éviter de rendre plus complexe qu'il ne l'est déjà ce système de compensation, nous avons biffé l'indicateur de morbidité. Dans le même esprit, nous avons biffé la précision relative à la durée de trois jours pour éviter que les courtes hospitalisations n'influencent effectivement par trop la compensation des risques, mais surtout aussi pour être en mesure de gérer un système qui pourrait rapidement devenir extrêmement complexe.

Par ailleurs, comme il a été précisé tout à l'heure, l'introduction des forfaits par cas, des forfaits par cas/service, n'influence finalement pas directement le coût de

AB 2007 N 1945 / BO 2007 N 1945

l'hospitalisation, puisque le forfait est le même que l'on soit hospitalisé durant un, deux, trois, quatre ou cinq jours. Par conséquent, il n'y a pas d'influence directe sur l'hospitalisation et sur le coût dans la compensation des risques.

Nous vous proposons donc d'éliminer la divergence avec le Conseil des Etats et de suivre votre commission qui a biffé à la fois l'indicateur de morbidité et la précision relative aux trois jours d'hospitalisation.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe socialiste et le groupe PDC/PEV/PVL communiquent qu'ils soutiennent la proposition de la majorité.

Le groupe radical-libéral communique qu'il soutient la proposition de la minorité Stahl.

Stahl Jürg (V, ZH): Die zweite Differenz in der Vorlage 2 wurde ebenfalls vom Ständerat aufrechterhalten und bezieht sich auf den Zeitpunkt der Einführung bzw. des Inkrafttretens.

Am 4. Oktober machte der Nationalrat – damals noch in der alten Zusammensetzung – mit FDP, Teilen der CVP und SVP einen Vorschlag für die an die Einführung von Fallpauschalen gekoppelte Inkraftsetzung und hiess diesen gut. Mit meinem Minderheitsantrag will ich an dieser umsetzbaren Fassung des Nationalrates festhalten, und ich bitte Sie, dies auch zu tun. Denn der vom Ständerat auf den 1. Januar 2011 vorgezogene





Zeitpunkt der Einführung ist in der Praxis kaum umsetzbar. Auf der einen Seite sind dann die Fallpauschalen, welche ja zentrales Element der Vorlage 1 sind, noch nicht flächendeckend in der Schweiz eingeführt, und auf der anderen Seite braucht es für die technische Umsetzung bei den Krankenkassen noch Anpassungen. Es macht aber keinen Sinn, die Anpassungen ein Jahr vor der Einführung der Fallpauschalen zu realisieren, um dann 2012 bei der flächendeckenden Einführung der Fallpauschalen nochmals anpassen zu müssen.

Sie müssen sich im Klaren sein: Es geht hier um eine Umverteilungssumme von heute über 1,2 Milliarden Franken. Mit der Verfeinerung, welche Sie gutgeheissen haben, wird sie noch höher sein – erste Berechnungen zeigen eine Umverteilungssumme von 2 Milliarden Franken. Bitte lassen Sie den Akteuren, und da meine ich nicht explizit die Krankenversicherer, sondern auch die Verwaltung, die notwendige Zeit, um die konkreten Umsetzungs- und Ausführungsbestimmungen auszuarbeiten. Im Übrigen haben Teile des Ständerates den Wunsch geäussert, diesen wirklich frühen Zeitpunkt von 2011 nochmals in unserer Kommission überdenken zu lassen. Die Kommissionssitzung begann um 6 Uhr 30, und wir vollzogen da offensichtlich nicht alle richtig den Prozess des Überdenkens, darum ist meine ursprünglich erfolgreiche Variante vom 4. Oktober eben zu einer Minderheitsvariante geworden.

Ich bitte Sie, die Minderheit zu unterstützen. Allenfalls, wenn diese wider Erwarten abgelehnt wird, bitte ich Sie, die Einführung auf den 1. Januar 2012 festzulegen. Das wäre dann gekoppelt an die Einführung von Fallpauschalen. Das ist ein Eventualantrag, welcher nur zum Tragen kommt, wenn meine Minderheit unterliegt.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/142)

Für den Antrag der Minderheit ... 89 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 74 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. II Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit I

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Festhalten

Antrag der Minderheit II

(Stahl)

(falls der Antrag der Minderheit I abgelehnt wird)

Es tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Ch. II al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité I

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Kleiner, Moret, Parmelin, Ruey, Triponez)

Maintenir

Proposition de la minorité II

(Stahl)

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

Elle entre en vigueur le 1er janvier 2012.

Triponez Pierre (RL, BE): Ich empfehle Ihnen, bei Ziffer II Absatz 2 dem Hauptantrag der Minderheit Stahl zu folgen. Die wesentlichen Argumente sind soeben vorgetragen worden. Ich möchte Ihnen vor allem noch zwei Gründe nennen, weshalb der Minderheitsantrag die vernünftige Lösung darstellt.

Erstens ist die ganze Thematik des Risikoausgleichs im Parlament und auch in der Kommission gleichzeitig mit der soeben behandelten Vorlage 1, mit der Spitalfinanzierung, bearbeitet worden, und zwar deshalb, weil es im



Hinblick auf die gesamte Revision auch für die vom Risikoausgleich betroffene Krankenversicherungsbranche sachgerecht und auch vernünftig wäre, wenn die Änderung des Risikoausgleichs gleichzeitig mit den neuen leistungsabhängigen Fallpauschalen eingeführt würde. Das wäre auch im Sinne einer möglichst kohärenten Gesamtregelung. Zweitens ist Festhalten umso wichtiger, als heute noch unklar ist, welche Konsequenzen die praktische Umsetzung der Spitalfinanzierung, welche noch einige Zeit beanspruchen dürfte, auf die einzelnen Akteure und auch auf die einzelnen Krankenversicherer haben wird. Es wäre deshalb unverantwortlich, wenn man den Risikoausgleich bereits auf den 1. Januar 2011 in Kraft setzen und die Fallpauschalen erst später umsetzen würde.

Dies sind die Gründe, weshalb ich Ihnen auch im Namen der FDP-Fraktion empfehle, hier dem Hauptantrag der Minderheit Stahl zu folgen. Wenn dieser Antrag unterliegen sollte, ersuche ich Sie, dem Eventualantrag der Minderheit Stahl zuzustimmen. Wenn man schon ein fixes Datum nennen will, sollte es realistisch der 1. Januar 2012 sein.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich glaube, es lohnt sich, in diesem Moment doch noch einmal ein paar grundsätzliche Bemerkungen zu diesem Risikoausgleich in der Krankenversicherung zu machen.

Herr Stahl hat mit seinen Minderheitsanträgen – dem ersten haben Sie zugestimmt – die Absicht, allzu Schlimmes zu verhüten. Die Ausdehnung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung stellt aus unserer Sicht eine sehr oberflächliche Massnahme dar. Statt den Zugang der Versicherten zu den Versicherungen und den Leistungserbringern und die Qualität für die Versicherten sicherzustellen, versucht man hier eigentlich, Ungesetzliches zu rechtfertigen und mit einem Kostenausgleich etwas weniger schlimm zu machen. Der Risikoausgleich widerspricht den Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes. Artikel 13 besagt, dass die Bewilligung entzogen wird, wenn eine Gleichbehandlung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Artikel 4 besagt, dass die Wahlfreiheit unter den Zugelassenen durchgesetzt werden sollte. Das sind Voraussetzungen, die das Krankenversicherungsgesetz beinhaltet, und dem widerspricht dieser Risikoausgleich. Er müsste gar nicht stattfinden. Das eigentliche Problem liegt natürlich im Verhältnis Patient/Leistungserbringer. Aber wenn ein echter Wettbewerbsdruck bei den Leistungserbringern da wäre, bräuchte es auch diese Vorlage und den Risikoausgleich nicht.

AB 2007 N 1946 / BO 2007 N 1946

In den vergangenen Jahren hat man sich immer mit einer zeitlichen Begrenzung im Gesetz mit dem Verhältnis Versicherter/Versicherung beschäftigt. Der Bundesrat und die Verwaltung haben sich noch nie ernsthaft bemüht, den Rechtsanspruch der Versicherten gegenüber den Versicherungen auch durchzusetzen. Es wird einfach umverteilt. Herr Stahl hat vorhin die gesamte Summe genannt; die Visana-Versicherung erhält in dieser Umverteilung über 350 Millionen Franken, die Helsana noch etwas mehr – das ist diejenige, die am meisten bekommt –, nämlich über 480 Millionen Franken.

Dass diese Vorlage vom Verwaltungsratspräsidenten der Helsana, Herrn Ständerat David, geprägt ist, kann hier auch wieder einmal betont werden. Es ist im Interesse dieser Leute – das sind Interessenvertreter. Und das ist natürlich etwas ärgerlich. Der Bundesrat hat diese Vorlage nicht lanciert. Sie kommt von den Interessenvertretern des Ständerates.

Jede Ausdehnung dieses Risikoausgleichs ist letztlich ein Schritt in Richtung Einheitskasse. Dazu gibt es, Frau Frösch, von Ökonomen genügend Aussagen, die das bestätigen. Also, die Vorsicht sei hier gegeben. Und diese Ausdehnung wird mit der Einführung der Fallpauschalen begründet. Es wird gesagt, das sei dann notwendig. Aber dann müsste man mindestens die zeitliche Übereinstimmung anschauen. Die Vorlage entlarvt sich hier auch, weil der Ständerat unabhängig von der Einführung der Fallpauschalen einen zeitlichen Ablauf zur Einführung des Risikoausgleichs vorschlägt. Herr Triponez hat sich vorhin ja dazu geäußert. Wir sind auch der Meinung, wenn schon Ausdehnung des Risikoausgleichs, dann sollte man am nationalrätlichen ersten Entscheid bezüglich der Einführung festhalten.

Die SVP-Fraktion wird in jedem Fall der Minderheit folgen.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir führen heute über den Risikoausgleich ja keine Grundsatzdebatte mehr durch. Die meisten Ökonomen – um das noch zu ergänzen – sind allerdings der Meinung, dass der Risikoausgleich Voraussetzung ist, um ein wettbewerbliches System einführen zu können, wenn man eine Einheitsprämie hat; sonst müsste man zu risikogerechten Prämien übergehen. Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen, in Bezug auf die Inkraftsetzung der ständerätlichen Fassung zu folgen, dies insbesondere aus zwei Gründen:

1. Der geltende Risikoausgleich ist bis 2010 verlängert worden. Wir müssen daher per 1. Januar 2011 eine



Lösung haben. Wäre dies nicht der Fall, müsste das Bundesgesetz, mit welchem der heutige Risikoausgleich verlängert wurde, erneut bearbeitet und verlängert werden, sonst hätten wir eine Gesetzeslücke. In Anbetracht der vorliegenden Neuregelung und weil es auch Sinn macht, sollte die Inkraftsetzung daher per 1. Januar 2011 erfolgen.

2. Es gibt nur noch wenige Kantone, welche in den Spitälern generell das System von Tagespauschalen kennen. Die meisten Kantone sind bereits zu einer Form von Fallpauschalen übergegangen; einige Kantone haben auch bereits das System DRG eingeführt. Es gilt zu berücksichtigen, dass Tagespauschalen in den Spitälern eine Form des Risikoausgleichs sind. Das heisst nämlich, dass die leichten Krankheitsfälle die kostenaufwendigen und schwierigen Spitalfälle quersubventioniert haben. Deshalb sind übrigens auch die Einführung und die Weiterentwicklung von DRG ins Stocken geraten, weil mit der Einführung von Fallpauschalen diese Form des Risikoausgleichs nicht mehr existiert. Die meisten Kantone haben also schon Fallpauschalen, einige haben DRG eingeführt, und der Endtermin für die Einführung ist der 1. Januar 2012.

Es ist daher, insbesondere aber auch um eine Gesetzeslücke zu vermeiden, richtig, den neuen Risikoausgleich per 1. Januar 2011 umzusetzen. Wir haben vorhin die Dreitagesfrist in das Gesetz aufgenommen. Diese Dreitagesfrist für Spitalaufenthalte hat mit einer leistungsgerechten Finanzierung gemäss DRG nichts zu tun. Es müssen bezüglich dieser drei Tage also Anpassungen gemacht werden. Diese können per 1. Januar 2011 umgesetzt werden.

Die Kommission hat diesen Entscheid mit 13 zu 10 Stimmen gefällt. Ich ersuche Sie, dem Antrag der Kommissionmehrheit zuzustimmen und dem Ständerat zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Quand on ne veut rien faire, évidemment tout est bon pour repousser l'introduction d'une nouveauté. Monsieur Bortoluzzi a été très clair: il a rappelé dans son argumentation les éléments centraux recherchés par la minorité, c'est-à-dire la concurrence et non la compensation des risques. C'était l'objectif principal.

Alors, on peut militer aujourd'hui pour une certaine cohérence, mais on peut aussi fonctionner sans attendre que l'autre partie de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et l'introduction des APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) soient terminées pour améliorer ces critères de compensation des risques. Nous avons décidé de renforcer les critères de compensation des risques et nous pouvons tout à fait les mettre en oeuvre pour 2011.

Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe des Verts, le groupe socialiste et le groupe PDC/PEV/PVL communiquent qu'ils soutiennent la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/143)

Für den Antrag der Minderheit I ... 100 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 77 Stimmen

Le président (Bugnon André, président): La proposition subsidiaire de la minorité II est ainsi caduque. L'objet retourne au Conseil des Etats pour l'élimination des divergences.