



04.061

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

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

Zweitrat – Deuxième Conseil

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)

Antrag der Kommission
Eintreten

Antrag Huguenin
Nichteintreten

Proposition de la commission
Entrer en matière

Proposition Huguenin
Ne pas entrer en matière

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Nach dem Scheitern der KVG-Revision in der Wintersession 2003 hat der Bundesrat die Revision des Krankenversicherungsgesetzes in vier Vorlagen aufgeteilt. Der





Ständerat hat inzwischen drei Teilvorlagen verabschiedet; wir diskutieren heute den ersten Revisionsteil, die Spitalfinanzierung.

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

AB 2007 N 414 / BO 2007 N 414

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

Zwei Ordnungsanträge mit der gleichen Stossrichtung fanden in der Kommission eine Mehrheit. Beide verlangten, die Vorlage der Spitalfinanzierung zu etappieren und in einem ersten Schritt die Grundlage für die Einführung der Leistungsfinanzierung auf einem gesamtschweizerisch einheitlichen System zu realisieren, das heisst auf der Basis von Swiss DRG; zudem seien die Grundlagen für Betriebsvergleiche hinsichtlich Ergebnisqualität und Kosteneffizienz zu schaffen. Eine entsprechende Aufteilung der Vorlage wurde auch von der GDK und von H+ gefordert. Entgegen diesen Ordnungsanträgen hat die Kommission die Vorlage durchberaten und neben den unbestrittenen Punkten Neuerungen gemäss Ständerat bestätigt sowie auch Abweichungen zur ständerätlichen Fassung beschlossen. Unbestritten waren in der Kommission folgende Punkte gemäss Ständeratsbeschluss:

1. Die möglichst zügige Einführung der Leistungsfinanzierung auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen gemäss Swiss DRG. Dabei sind die Investitionskosten gemäss Vorgaben des Bundesrates in die Fallpauschalen mit einzukalkulieren.
2. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für Transparenz bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie zur Veröffentlichung der Daten.

Eine Kommissionsmehrheit will analog zum Ständerat, dass der Bund einheitliche Kriterien für die Planung erlässt. Mit dieser Kompetenzdelegation soll erreicht werden, dass die Planung in den Kantonen auf einer objektiveren Grundlage von Qualität, Kosteneffizienz und regionaler Versorgungssicherheit erstellt wird. In diesem Zusammenhang wurde in der Kommission die Mehrfachrolle der Kantone diskutiert. Sie sind Spitalplaner, Betreiber von Spitälern, Genehmigungsinstanz bezüglich Tarifen und Schiedsrichter beim Scheitern von Verhandlungen. Diese Mehrfachfunktion führt unweigerlich zu Zielkonflikten, namentlich wenn es um die Gleichbehandlung von eigenen Spitälern und Privatkliniken geht. Verfassungsmässig haben die Kantone den Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Im stationären Bereich müssen die Kantone dazu aufgrund bedarfsgerechter Spitalplanung Spitallisten erstellen. Die Mehrheit der SGK will, dass diese Planung künftig auf der Basis von objektiveren Kriterien wie Qualität, Kosteneffizienz und regionale Versorgungssicherheit vorgenommen wird. Das heisst, dass bezüglich Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Spitallisten gleich lange Spiesse bezüglich Rechten und Pflichten für öffentliche und private Spitäler gelten müssen.

Die wichtigsten Änderungen zur ständerätlichen Fassung liegen in der Einführung des sogenannten Cassis-de-Dijon-Prinzips, der Aufnahme von Geburtshäusern und der Abgeltung der Leistungen. Einigkeit herrscht in der Kommission darüber, dass für Patientinnen und Patienten eine schweizweite Freizügigkeit bei der Wahl eines Listenspitals eingeführt werden soll, das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip. Dieser in der SGK unbestrittene Beschluss wird von den Kantonen bekämpft. Im Detail werden wir darauf bei Artikel 41 Absatz 1bis zu sprechen kommen. Weiter beantragt eine Kommissionsmehrheit, dass künftig auch Aufenthalts- und Hotelleriekosten in Geburtshäusern von den Versicherern bezahlt werden müssen. Soweit Geburtshäuser als stationäre Leistungserbringer zugelassen werden, sollte auch da die Abgeltung paritätisch zwischen Versicherern und Kantonen erfolgen. Die ständerätliche Fassung von Artikel 49a Absatz 2, Abgeltung der stationären



Leistungen, beurteilte die Kommission als zu kompliziert für den Vollzug; sie schlägt mehrheitlich vor, den minimalen kantonalen Kostenanteil von 55 Prozent festzuschreiben. Diese für die Kantone flexiblere Lösung berechtigt sie allerdings nicht dazu, Kostenverlagerungen zulasten der Krankenversicherer vorzunehmen. Das gilt vor allem für Kantone, in denen der kantonale Anteil schon heute wesentlich über 55 Prozent liegt.

Wichtig sind die Übergangsbestimmungen. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Fallpauschalen aufgrund einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur einzuführen sind. Zuvor legt er fest, wie die getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einzubeziehen sind. Spätestens mit den Spitaltarifen im dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes müssen alle Listenspitäler aufgrund von einheitlichen Fallkosten gleich finanziert werden. Auf den gleichen Zeitpunkt soll auch die schweizweite Wahlfreiheit unter den Listenspitalern eingeführt werden, das sogenannte Cas-sis-de-Dijon-Prinzip. Während der Einführungsphase vereinbaren Kantone und Versicherer die massgeblichen Vergütungsanteile. Allfällige Mehrkosten aus der Spitalfinanzierungsvorlage müssen paritätisch von beiden Kostenträgern übernommen werden.

Eintreten auf die Vorlage war in der Kommission unbestritten. In der Gesamtabstimmung hat die Kommission der Vorlage mit 12 zu 5 Stimmen bei 5 Enthaltungen zugestimmt.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, auf die Spitalfinanzierungsvorlage einzutreten.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: De toute évidence, la situation actuelle ne donne pas satisfaction et impose une révision de la loi. La part du financement hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins est réglée actuellement en fonction des coûts d'exploitation imputables. Ce système aboutit à une focalisation de chaque partenaire financier – cantons et assureurs – sur ses propres intérêts. Cela ne permet guère une optimisation de l'efficacité et, donc, du rapport coûts/prestations.

Par ailleurs, la planification hospitalière s'est faite essentiellement sur la base de considérations locales/régionales et surtout d'opportunités politiques. Cela a abouti à une situation des plus disparates et n'a pas permis une restructuration conçue véritablement en fonction des besoins.

Enfin, la décision du Tribunal fédéral des assurances obligeant les cantons à contribuer à la prise en charge des patients privés dans les hôpitaux publics ou subventionnés dans la même mesure que les patients ne disposant que de l'assurance de base a débouché sur des charges supplémentaires de l'ordre de 700 millions de francs. Cela a conduit à la mise sur pied d'une loi fédérale urgente en 2002 afin d'échelonner les participations cantonales. En décembre dernier, nous avons repoussé l'échéance de cette loi puisque nos travaux n'ont pas encore abouti. Tous ces éléments font qu'une révision des modalités du financement hospitalier s'impose. La présente révision est fondée sur trois axes auxquels il faut ajouter la compensation des risques.

1. La mise en place d'un financement lié aux prestations, c'est-à-dire de forfaits par pathologie. Cela permet non seulement de réaliser la transparence et donc de disposer de données claires concernant l'activité de chaque établissement tout en incluant les paramètres économiques, mais aussi d'établir des indicateurs de qualité et de résultats. Cette approche fait l'unanimité des partenaires et des partis politiques. Par contre, il y a des divergences quant à l'usage qui peut en être fait.

2. Cette révision tend à permettre une planification hospitalière intégrale en fonction des besoins effectifs sur la base de critères définis par la Confédération en accord avec les cantons. C'est l'approche qui a le plus divisé la commission. Elle a débouché sur des débats que je me permets de qualifier de tortueux. Il en est résulté un remaniement complet des articles 39 et 39a, compliquant la compréhension du projet qui vous est soumis. Nous y reviendrons.

AB 2007 N 415 / BO 2007 N 415

3. Il y a lieu de fixer clairement la part financée par les cantons et celle financée par l'assurance obligatoire des soins, en tenant compte des investissements et non seulement des seules prestations. Cela confère aux établissements une indiscutable autonomie de gestion en fonction du mandat de prestations qui leur a été attribué. Le Conseil fédéral envisageait un système dual fixe avec 50 pour cent pour les cantons et 50 pour cent pour l'assurance-maladie. Le Conseil des Etats s'est rabattu sur une répartition 60/40 après une tentative de mise en place d'un système moniste qui envisageait une participation des cantons de 30 pour cent à toutes les prestations, aussi bien hospitalières qu'ambulatoires. Cette approche novatrice avait déclenché une opposition farouche des cantons, de toute évidence peu disposés à connaître une pareille révolution.

La majorité de la commission s'en est tenue à un compromis de 55 pour cent au moins en supprimant toute référence à la moyenne suisse des primes, cela pour assurer l'homogénéité du système sur le plan national. C'est la formule la plus proche de la situation actuelle et qui ménage le plus les finances cantonales. Elle





n'interdit pas bien sûr une contribution supérieure, comme à Genève où elle atteint 74,5 pour cent. Enfin, un affinement du dispositif de la compensation des risques faisait partie du deuxième volet de cette révision. La commission a estimé que cette question ne faisait pas principalement partie de la problématique du financement des hôpitaux. En revanche, elle est beaucoup plus directement liée au "managed care" et à l'obligation de contracter. Elle a par conséquent décidé, par 14 voix contre 7 et 1 abstention, de repousser ce débat à l'examen de la révision de la LAMal en relation avec ces deux objets.

Comme je viens de le mentionner, le maintien de la planification hospitalière a suscité la perplexité d'une bonne partie de la commission. Cette mesure n'entre-t-elle pas en contradiction avec le financement lié aux prestations en la rendant par conséquent superflue? En dehors des "hearings" habituels, la commission a donc souhaité entendre les professeurs Robert Leu et Thomas Poledna, auteurs d'un projet basé sur la concurrence et la transparence. Les établissements verraient leur financement conditionné par leurs performances. Celles-ci seraient évaluées par des indicateurs de qualité et de résultats. Ce modèle, inspiré en partie par le système hollandais, n'a pas manqué de séduire une majorité de la commission.

Toutefois, force a été de reconnaître qu'il posait de nombreux problèmes. Le premier et le plus important, sans doute, est d'ordre constitutionnel. Une modification de la Constitution s'impose pour dépouiller les cantons de leur compétence en matière de gestion de l'offre d'établissements publics et s'en remettre essentiellement au marché. Ensuite, un classement en fonction des performances ne va pas sans autre, car cela demande une validation rigoureuse des critères de sélection. Qui plus est, l'activité des différents établissements se situe dans des contextes très divers, allant de la couverture des besoins en périphérie à une médecine très spécialisée.

La comparaison des uns avec les autres demande donc de tenir compte de ces facteurs, ce qui rend un classement aléatoire. Enfin, à défaut de comparer des pommes avec des poires, n'y a-t-il pas une certaine confusion des genres dès le moment où des critères se référant à certains aspects de la réalité viennent se substituer à ceux du marché et de la concurrence, à savoir le libre choix de l'hôpital par les assurés patients, marché et concurrence auxquels on entend précisément confier un rôle déterminant? Le modèle hollandais, d'ailleurs, se garde bien d'établir le moindre classement et se contente de mettre l'accent sur l'information et la transparence.

Fort de ces considérations, la commission a imaginé de scinder le projet en deux volets, le premier étant limité au financement en fonction des prestations, soit l'introduction des forfaits par pathologie DRG (diagnosis related groups), le second traitant de toutes les autres questions sur lesquelles un consensus paraît plus difficile à établir. Cela aurait occasionné un retard inadmissible avec la persistance d'un flou législatif impropre à la mise à disposition d'un outil de gestion, même à titre provisoire. L'introduction isolée d'un financement par DRG incluant les investissements est de plus totalement incompatible avec le système actuel. La commission s'est donc ralliée au projet du Conseil des Etats dans sa majeure partie et a confié à une sous-commission le soin d'examiner dans quelle mesure la proposition des professeurs Robert Leu et Thomas Poledna est susceptible d'être éventuellement reprise dans un second temps.

La grande nouveauté du projet qui vous est soumis et qui fait, dans une certaine mesure, pendant à la proposition des professeurs Robert Leu et Thomas Poledna, est l'introduction du principe du "Cassis de Dijon", soit le libre choix offert aux patients d'aller se faire soigner dans les hôpitaux de toute la Suisse figurant sur une liste de planification. Enfin, la commission a revu tout le chapitre des statistiques pour permettre une harmonisation des méthodologies sous l'égide de la Confédération et pour éviter la saisie de multiples données finalement vouées au cimetière à défaut d'objectifs bien définis. L'introduction d'indicateurs de qualité et de résultats fait partie de la stratégie destinée à clarifier les rôles et permettre des comparaisons de type "benchmarking" entre les établissements.

C'est donc par 15 voix contre 4 et 3 abstentions que la commission vous prie d'entrer en matière sur ce projet.

Huguenin Marianne (-, VD): La révision de la LAMal progresse pas à pas, se réjouit Santésuisse, ravie de voir aboutir peu à peu toutes les réformes souhaitées après l'échec en décembre 2003 de la deuxième révision partielle. Cette stratégie des petits pas a été choisie par le Conseil fédéral qui a présenté, entre mai 2004 et février 2005, sept messages touchant chacun un aspect particulier de la LAMal, saucissonnant le tout. Nous sommes devant une sorte de monstre flou à sept têtes – je ne parle pas du Conseil fédéral! – extrêmement complexe, rendant pour le moins difficile au citoyen moyen d'y retrouver ses petits, et donc de pouvoir réagir par la voie du référendum.

En effet, l'une des modifications entrées en vigueur en 2006, le nouvel article 64a, a fait apparaître en Suisse des personnes exclues des soins, tout en protégeant les caisses-maladie qui peuvent exclure plus rapidement les mauvais payeurs et en rejetant la responsabilité sur des patients qui connaissent la plupart du temps déjà



de graves difficultés ainsi que sur les cantons et les prestataires de soins appelés, eux, à plus d'éthique. On compte 120 000 personnes sans couverture d'assurance en Suisse, selon la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – "la pointe de l'iceberg", selon les médecins.

Derrière les sept têtes du monstre flou, dans cette sorte de révision permanente de la LAMa, qui fait le va-et-vient entre nos deux chambres, se voit reportée pour plus tard ou refait surface en fonction des enjeux politiques du moment – voir l'obligation de contracter, vouée aux gémonies avant le vote sur la caisse unique et qui ressuscite dès le 12 mars 2007 –, se profile une troisième révision. Officiellement, elle mijote toujours dans les chaudrons du Conseil fédéral, mais ses mots clés sont justement la liberté de contracter – dans le domaine ambulatoire, mais aussi dans le domaine stationnaire, disent certains – et le financement moniste des hôpitaux, soit leur soumission à la seule gestion des caisses-maladie.

"A gauche toute!/Links!" vous invite à ne pas entrer en matière sur cette révision partielle touchant le financement hospitalier. Pourquoi? Tout simplement parce qu'elle balise le chemin vers le financement moniste annoncé pour plus tard, parce que le but de cette loi est de faire entrer les hôpitaux dans le monde de la concurrence et du marché, parce qu'elle va marquer un retrait des pouvoirs publics dans le financement des hôpitaux, parce qu'elle va contribuer à effacer la distinction entre hôpitaux publics et privés.

La pression sur les hôpitaux est actuellement déjà forte. Dans plusieurs cantons, les mesures de planification hospitalière ont principalement visé le secteur public.

AB 2007 N 416 / BO 2007 N 416

Globalement, le nombre de lits hospitaliers est en diminution relative par rapport à l'accroissement de la population. Les tentatives pour soustraire les hôpitaux à la gestion directe de l'Etat ont abouti à Neuchâtel ou échoué devant le peuple à Berne, mais se poursuivent. Ce statut "hors sol" est censé rendre plus facile leur concentration et la suppression d'hôpitaux régionaux. Dans plusieurs cantons, la politique hospitalière est un des lieux de résistance de la population.

Selon le rapport annuel 2006 de la Commission fédérale pour les questions conjoncturelles, au cours des deux dernières décennies, le nombre de lits d'hôpital a chuté de 43 pour cent et la durée moyenne des séjours de 41 pour cent. Aux HUG à Genève, le volume d'activité a crû de 11 pour cent en cinq ans, alors que les effectifs n'ont augmenté que de 7 pour cent. Cette politique est basée sur l'accroissement du contrôle des prestations des médecins et des coûts des hôpitaux, sur leur soumission aux critères de gestion utilisés dans le secteur privé. On les compare à des usines: on parle de chaîne de production; on voit même cette loi introduire le principe du "Cassis de Dijon"; on voit un Peter Hasler, ancien patron des patrons, élu par le législatif zurichois comme président du nouveau conseil de l'hôpital universitaire de Zurich; on voit des hôpitaux américains, utiliser les méthodes de management de Toyota.

Les forfaits par cas et le système des DRG sont des outils essentiels de cette mise en concurrence. Nous les connaissons dans le canton de Vaud. Le financement des prestations avec des forfaits par cas peut sembler banal, une simple mesure technique de bonne gouvernance. Ce pourrait en théorie être le cas si cet outil restait dans le cadre de la gestion. Le danger, c'est qu'il tend à contaminer toute la pratique des soins, qu'il renforce le primat de la technologie au détriment des soins eux-mêmes.

J'entends encore cette parente, hospitalisée à Genève, qui disait qu'elle bénéficiait au niveau technologique d'une médecine de pointe, mais qu'elle se retrouvait dix ans en arrière au niveau des soins infirmiers.

Le contrôle des coûts par patient devient le mode de gestion de l'hôpital imposé aux soignants. Ce n'est plus un patient individuel qui se trouve au centre, mais les DRG, une "maladie-traitement". Sous la pression des gestionnaires, le critère de la durée moyenne de séjour a envahi le discours des soignants. On ne parle que de durée moyenne de séjour et les critères médicaux – vous avez de la fièvre, vous n'êtes pas bien – ne comptent plus: vous êtes poussé vers la sortie.

Ce système incite à écourter les séjours, quitte à augmenter les réhospitalisations. Il pousse à transférer sur la médecine de ville les coûts, sans utiliser les synergies de l'hôpital. Il transforme le patient en une "hot potato", comme disent les Américains qui en ont l'habitude, "pomme de terre chaude" qu'il s'agit de refiler à d'autres au plus vite. Or, il n'y a aucun doute que la médecine de qualité, la médecine de demain, est et sera une médecine individuelle, une médecine qui s'adapte à chaque situation. Le système des DRG qui devient le critère de gestion, qui contamine toute la pensée des soignants, va dans l'autre sens, dans le sens de la soumission de la santé des hôpitaux aux critères de la productivité individuelle, et c'est toute la culture propre du monde hospitalier qu'on est en train de briser. Ce système va donc permettre leur mise en concurrence, va contribuer à augmenter la pression au détriment de la qualité des soins, le stress, l'épuisement professionnel, le "burn-out" du personnel hospitalier.

C'est contre cette mise en concurrence, contre la contamination par le marché, contre l'obsession du contrôle



des coûts au détriment de la qualité des soins que nous vous invitons à ne pas entrer en matière sur cette révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à entrer en matière sur le projet de modification du financement hospitalier.

Celui-ci est, d'une part, un élément central du système de santé, tant en termes de coûts que de prise en charge et d'offre de soins pour notre population, et, d'autre part, un champ révélateur des différentes visions, s'agissant de l'organisation du système de santé, fondées soit sur la régulation, soit sur le libre marché ou la concurrence.

Dans le débat politique que nous menons depuis de longs mois entre les deux conseils au sujet du financement hospitalier, nous pourrions penser que ce dernier est une sorte de serpent de mer. Après le Conseil des Etats où les débats ont été houleux – un nouveau modèle a été mis sur pied, un pas en retrait a ensuite été effectué –, les débats dans la commission de notre conseil ont montré la complexité à la fois technique et politique de l'affaire. Alors que la continuité et le consensus auraient été une voie possible pour une réforme en douceur, il faut avouer que, dans cette discussion, nous avons vécu une situation relativement tendue – pour ne pas dire conflictuelle – quand bien même elle a surtout été animée par des sous-entendus et par l'absence d'une volonté clairement affirmée de choisir. Au fond, la majorité veut un autre modèle, un modèle totalement différent, sans oser aller jusqu'au bout de son intention et de le proposer, voire de le faire voter.

En conséquence, au début de ce débat, toute une série d'options demeurent ouvertes ou ne sont, du moins, pas encore exclues, et elles vont de la concurrence totale – pour utiliser des mots qu'on a souvent entendus en commission – à la recherche d'un renforcement de la régulation, notamment par la planification hospitalière.

Dans ce large éventail, il y a des positions à la fois diverses et contradictoires, ce qui pose problème dans ce débat. Vu les incertitudes quant à la ligne de conduite que l'on veut effectivement suivre et les divergences qu'on va créer avec le Conseil des Etats – comme je l'ai dit, devant les options proposées, notamment par une minorité –, le groupe socialiste est pour l'instant soit insatisfait, soit sceptique, donc – vous l'aurez compris – très partagé. Nous étions partagés au vote sur l'ensemble en commission, nous restons partagés.

Aujourd'hui nous attendons les délibérations pour y voir un peu plus clair et arrêter notre position définitive pour le vote sur l'ensemble. Notre souci fondamental est d'aménager le système sans rupture. Nous ne voulons pas non plus – comme d'autres l'ont claironné sans nuance au cours des derniers mois de campagne à propos de l'initiative populaire pour une caisse unique – que le Parlement accouche, en matière de financement hospitalier, d'un monstre non maîtrisable ou non maîtrisé. Nous ne voulons pas non plus d'un saut dans l'inconnu.

Concrètement, de notre point de vue, nous disons oui au principe des APDRG (all patient diagnosis related groups) avec la nuance de ne pas prendre en considération les investissements dans le calcul des forfaits. Nous disons oui à une planification hospitalière intégrale, mais surtout à une planification hospitalière cohérente, qui soit politiquement soutenue notamment par la Confédération pour aider les cantons à aller de l'avant et à trouver des solutions sur un sujet extrêmement complexe, notamment dans le respect de la démocratie directe, ce qui peut poser des difficultés. Nous disons oui aussi à un engagement des cantons dans le financement hospitalier pour éviter une surcharge sur les primes, qui demeurent pour nous antisociales. De plus, nous disons oui aussi à davantage de transparence, mais avec des actes. Nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion par article.

Enfin, dans ce débat d'entrée en matière, je tiens à vous dire que le groupe socialiste refuse la manoeuvre du groupe UDC autour d'un pseudo-statu quo, qui n'est en fait qu'une voie déguisée vers ce que ses membres appellent joyeusement "la concurrence totale", qui ne parviendra qu'à provoquer des blocages et notamment des référendums. Ni les cantons, ni le peuple n'accepteront la privatisation du système de santé telle qu'elle est souhaitée par les membres du groupe UDC, sans régulation et livré au tout-puissant, mais ô combien dangereux, marché. Vous ne vouliez pas de rupture avec la caisse unique, ne faites par conséquent pas cela avec les hôpitaux, ce serait grave.

Je vous demande donc d'entrer en matière.

AB 2007 N 417 / BO 2007 N 417

Fehr Jacqueline (S, ZH): Wir sind tatsächlich in einer seltsamen Situation. Das, was auf der Fahne steht, ist nicht das, was die Mehrheit, die hinter dieser Fahne steht, wirklich will. Auf dem Papier finden wir mehr Planung, eine stärkere Rolle des Bundes als Koordinator und eine klare Bestätigung der Kantone mit ihrem Versorgungsauftrag. Nach dem Willen der bürgerlichen Mehrheit hätte es aber weniger Planung geben sol-





len; die Kantone müssten entmachtet, die Privatspitäler und die Krankenkassen gestärkt, der Markt müsste geöffnet, der Monismus eingeführt werden.

Aufgrund dieser Situation ist es sehr schwierig, eine Position zu beziehen; deshalb war unsere Fraktion bei der Gesamtabstimmung in der Kommission gespalten. Damit wir aber überhaupt wissen, was am Schluss der Plenumsdebatte herauskommt, müssen wir auf das Geschäft eintreten. Wir beantragen Ihnen deshalb, dem Eintreten zuzustimmen.

Die Situation ist politisch unübersichtlich, weil die bürgerlichen Parteien nicht mit offenen Karten spielen. Offenbar möchten Sie vor den Wahlen nicht sagen, wohin die Reise gehen soll. Da fragt sich natürlich, ob Sie Angst vor dem Volk haben. Wieso, liebe SVP, haben Sie mit allen Mitteln dafür gekämpft, dass Ihre Initiative, die zu einem Leistungsabbau führen würde, nicht mehr vor den Wahlen zur Abstimmung kommt? Haben Sie Angst, den Leuten zu sagen, dass Sie eine Gesundheitspolitik anstreben, bei der Alte mehr zahlen müssen als Junge, Kranke mehr als Gesunde? Haben Sie Angst, den Leuten zu sagen, dass Ihre Modelle vor allem ein Ziel haben, nämlich den Markt für private Gewinne zu öffnen? Schade, dass Sie diese Diskussion nicht mehr vor den Wahlen führen, wir hätten sie gerne geführt.

Hier bei dieser Vorlage verstecken Sie sich hinter dem Zauberwort "Fallkostenpauschale" und stellen das ins Fenster, obwohl wir wissen, dass diese Fallkostenpauschalen auch ohne dieses Gesetz hätten eingeführt werden können. Die Fallkostenpauschalen sind ein Instrument, hinter dem auch wir stehen, sie sind aber ein Instrument, das nicht ohne Risiken ist. Letztlich hängt der Erfolg von den zwei immer gleichen Fragen ab, nämlich erstens: Wer steuert das System? Und zweitens: Wie viel Geld steht zur Verfügung? Werden die Mittel verknappt oder verliert der Staat an Steuerungsmöglichkeiten, drohen eben genau die sogenannten blutigen Entlassungen, von denen wir gestern in den Medien lesen konnten, und es droht auch eine neue Risikoselektion.

Die Fallkostenpauschalen werden also hier ins Zentrum gestellt, und damit wird vertuscht, dass Sie mit Ihren eigentlichen Zielen nicht weiterkommen. In der Kommission gab es verschiedene Phasen mit Rückkommensanträgen, und es wurde verschiedentlich versucht, die Vorlage zu torpedieren. Dabei zeigte sich, dass sich eben auch die drei bürgerlichen Parteien nicht einig sind. Ein grosser Teil möchte im Schlepptau der Economiesuisse die Planung abschaffen, und es brauchte schon ein dezidiertes Einstehen des freisinnigen Gesundheitsministers für mehr Staat, um Sie vor politischen Husarenritten zu bewahren.

Neuerdings sind Ihnen auf Geheiss der Economiesuisse die Spitalisten ein Dorn im Auge. Weshalb eigentlich? Was sind die Spitalisten anderes als die Umsetzung der Vertragsfreiheit mit dem Akteur Staat, in diesem Fall mit den Akteuren Kantone? Sie wollen doch genau diese Vertragsfreiheit, aber Sie wollen sie eben nicht mit dem Akteur Staat, sondern mit den Akteuren Krankenkassen oder einem dubiosen Regulator. Weshalb wollen Sie das? Sie wollen den Markt den Privatspitälern öffnen, und dazu sagen Sie: Alle haben gleich lange Spiesse. Auf Deutsch heisst das nichts anderes, als dass sich die Privatspitäler aus den Töpfen der Grundversicherung bedienen können. Die Kosten sollen also von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden, die Profite sollen hingegen dann in die Taschen der privaten Akteure fliessen.

Genau hier stehen Ihnen die Kantone im Wege, die eben für ihre Steuergelder und für die Grundversicherung sorgen, und deshalb möchten Sie deren Einfluss beschränken. Wir sehen die Sache anders: Die Kantone sind und bleiben für uns zentrale Akteure bei der Planung und der Sicherstellung der Grundversorgung und der Gesundheitsversorgung, weil sie demokratisch legitimiert sind, weil sie per Verfassung diesen Auftrag haben und weil sie sparsamer und effizienter sind. Für die SP-Fraktion bleibt deshalb klar, dass der Staat der zentrale Akteur in der Steuerung und Planung des Versorgungsangebotes ist und bleibt. Die Fallkostenpauschalen sind Instrumente, um die Qualität zu steigern, die Effizienz zu erhöhen und die Kostenentwicklung zu dämpfen. Darüber hinaus unterstützen wir nationale Kriterien für die kantonale Spitalplanung, soweit sie nicht als Türöffner für die Privatspitäler dienen. Wir fordern den Bedürfnisnachweis für Grossinvestitionen, die nationale Planung der Spitzenmedizin, die Aufhebung der Kantonsgrenzen mit dem Cassis-de-Dijon-Prinzip und die faire Möglichkeit für die Kantone, die Planung auch zu vollziehen, und damit die Einschränkung der Rekursrechte. Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten.

Stahl Jürg (V, ZH): Frau Kollegin Fehr Jacqueline, kann es sein, dass Sie vergessen haben, dass der Ständerat in Flims einem Gegenvorschlag zur innovativen Prämiensenkungs-Initiative der SVP zugestimmt hat?

Fehr Jacqueline (S, ZH): Und Sie haben in der Dezembersession geschlossen gegen unseren Antrag, die Vorlage sofort zur Abstimmung zu bringen, gestimmt!

Markwalder Bär Christa (RL, BE): Frau Fehr, ist Ihnen eigentlich bewusst, welche Bedeutung die Privatspitäler im Bereich der Gesundheitsversorgung, aber auch als volkswirtschaftliche Grösse in der Schweiz haben?



Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich bin mir bewusst, dass der Gesundheitsmarkt ein wichtiger und wachsender Markt ist. Die Frage ist nicht, ob er wachsen darf. Die Frage ist, mit welcher Unterstützung und ob er auf Kosten der Grundversicherung und der Staatsfinanzen wachsen darf.

Teuscher Franziska (G, BE): Nach dem Wochenende mit der Abstimmung zur Einheitskrankenkasse haben alle zu interpretieren begonnen und versucht, möglichst viel Wasser in ihr eigenes Gesundheitsgärtchen zu lenken. Und da es in der Schweiz viele solche Gärtchen gibt und wir erst noch im Wahljahr stehen, gab es nach der Abstimmung mehr Stellungnahmen denn je. Eines zeigte sich aber am Abstimmungssonntag allen klar: Reformen im Gesundheitswesen sind nur in kleinen Schritten möglich, ob bei der Finanzierung oder bei der Organisation. Das müssen sich auch die Marktturbos hinter die Ohren schreiben. Die leidige Monismusdiskussion, die uns in der Kommission stunden-, ja tagelang beschäftigt hat, die unterdessen auch in einer Subkommission weiterdiskutiert wird, wird letztlich keine Mehrheiten finden. Also, ersparen wir uns doch diesen Leerlauf.

Die vorberatende Kommission hat mit der Teilrevision zur Spitalfinanzierung kein Meisterstück geliefert, vielmehr hat sie eine grosse Konfusion veranstaltet. Das sehen Sie nun auch bei allen Einzelanträgen, die von den Kommissionsmitgliedern noch eingereicht wurden. Den Durchblick hat in dieser Vorlage wohl niemand mehr so genau. Vorschläge, welche unausgereift waren und über deren finanzielle Folgen niemand Rechenschaft ablegen wollte, fanden in der Kommission eine Mehrheit. Selbst der Bundesrat hat am Ende der Beratung dieser Vorlage nicht bilanzieren können, welche finanziellen Auswirkungen die Vorlage auf die Kantone und auf die Versicherer haben wird. Wir haben nun ein Durcheinander von verschiedenen, sich zum Teil widersprechenden Modellen auf der Fahne, und wir sind gefordert, hier in der Beratung im Plenum Ordnung zu schaffen.

Die grüne Fraktion ist zwar für Eintreten, aber wir werden am Ende der Detailberatung darüber entscheiden, ob wir dieser Vorlage zustimmen werden oder nicht. Das wichtigste Element in dieser Teilrevision ist für die Grünen die leistungsbezogene Finanzierung – dies nicht etwa, weil wir glauben, dass wir damit Kosten senken können. Wir halten aber ein einheitliches Tarifsysteem bei den Akutspitalern in der Schweiz für unabdingbar, um Transparenz zu schaffen, was

AB 2007 N 418 / BO 2007 N 418

wo zu welchen Kosten geleistet wird. Transparenz ist für uns das A und O zur Steuerung des Systems.

Falls Spitäler in ländlichen Regionen und Randgebieten wegen der geringeren Auslastung nicht so kostengünstig arbeiten können wie Zentrumsspitäler, muss der Kanton hier mit seinem Versorgungsauftrag in die Bresche springen. Es muss aber auch das Prinzip gelten: Wer zahlt, befiehlt. Das heisst, wer öffentliche Gelder für Leistungen will, muss sich den Vorgaben der Kantone als Planungsbehörde unterordnen, auch bei grossen Investitionsentscheidungen, und er muss die Bücher den Planungsbehörden öffnen. Die Leistungsfinanzierung muss von einem stark verbesserten Risikoausgleich flankiert werden, um die Risikoselektion besser abfedern zu können.

Die Kantone, die für die Grünen für die Spitalplanung wichtig sind, haben mit einer einheitlichen Fallklassifikation ein Instrument in der Hand, um ihre Planung ernsthafter aufeinander abzustimmen. Das ist dringend nötig. Mit der Revision werden sie in die Pflicht genommen, ein Mindestangebot zu definieren, für welches sie den Spitalern Aufträge erteilen, aber für welches sie dann auch öffentliche Finanzen zur Verfügung stellen. Wo Rechte bestehen, entstehen aber auch für Spitäler Pflichten. Die Spitäler haben die Pflicht, neu alle Leute aufzunehmen, es darf keine Rosinenpickerei von lukrativen Standardfällen geben. Die Spitäler haben die Ausbildung von Pflege- und Medizinalpersonal zu gewährleisten.

Die gesamtschweizerische freie Spitalwahl, wie sie in der Vorlage propagiert wird, ist ein gesundheitspolitisch teurer und unnützer Blendeartikel. Fast drei Viertel aller Leute können heute über eine Zusatzversicherung ihr Spital in der ganzen Schweiz frei wählen. Das Anliegen mag zwar auf den ersten Blick sympathisch erscheinen, denn wer ist schon gegen Wahlfreiheit? Doch wenn die interkantonale Wahlfreiheit neu steuerfinanziert werden soll, kostet dies die Kantone rund eine halbe Milliarde Franken mehr; dies, um die freiwillige Zusatzversicherung zu entlasten. Ohne notabene einen Zusatznutzen zu haben, ohne mit der Wimper zu zucken, schiebt man solche Summen herum.

Als die Kommission darüber befand, interessierte sich niemand für die Höhe dieser Kosten. Es ist höchste Zeit, dass wir das hier im Plenum tun. Wenn die Kantone schon verpflichtet werden, 500 Millionen Franken mehr auszugeben, dann wollen die Grünen andere Prioritäten setzen; nicht bei der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz, sondern wir möchten mehr Geld für die Prämienverbilligung oder mehr Geld für die Spitexförderung. Dies bringt uns sozialpolitisch viel weiter. Die Grünen sind in diesem Bereich für koordinierten Föderalismus



statt unberechenbaren Markt.

Die Grünen wollen aber nicht, dass die Revision Schiffbruch erleidet; deshalb sind wir für Eintreten. Wir finden, dass die leistungsbezogene Finanzierung ein wichtiger und richtiger Schritt in Richtung von mehr Transparenz ist. Daher lehnen wir den Antrag Huguenin ab, obwohl wir all die Bedenken teilen, die sie insbesondere zur monistischen Finanzierung der Spitäler geäußert hat. Wir sind allerdings nicht der Meinung, dass wir mit dieser Revision diesen Schritt schon vollziehen. Wie ich bereits eingangs gesagt habe, werden wir uns gegen diese Bestrebungen der bürgerlichen Mehrheit in diesem Parlament wenden, im Spitalbereich die Konkurrenz einzuführen und die monistische Spitalfinanzierung durchzusetzen.

Wir werden am Schluss, nach der Beratung, entscheiden, was diese Revision bringt. Wir werden schauen, welche Beschlüsse im Bereich der Planung und Finanzierung gefasst wurden; dann werden wir Bilanz ziehen und uns entscheiden, ob wir dieser Vorlage zustimmen oder nicht.

Ruey Claude (RL, VD): C'est la transparence, l'égalité de traitement, l'efficience – qualitative et financière – que nous défendons dans ce projet. Et le moins qu'on puisse dire, c'est que le financement hospitalier actuel est loin de répondre à ces critères.

On a beaucoup parlé de transparence à propos des caisses-maladie lors du débat sur la caisse unique, caisses pour lesquelles tous les chiffres sont d'ailleurs publics et publiés sur Internet. Eh bien, on est loin du compte en matière de financement hospitalier. Hôpitaux publics, hôpitaux parapublics, hôpitaux sous forme privée mais subventionnés jusqu'aux tuiles – si vous me passez l'expression – par l'Etat, hôpitaux et cliniques purement privés: le moins qu'on puisse dire, c'est que la prise en charge hospitalière dans ce pays est plutôt complexe. Si l'on ajoute encore qu'outre l'hospitalisation de base, les hôpitaux publics et parapublics pratiquent aussi l'hospitalisation privée et semi-privée – qui normalement devrait ressortir aux hôpitaux privés –, on comprendra que l'on ait de la peine à s'y retrouver. Et cela d'autant plus que les financements sont également, eux aussi, complexes, inégalitaires et peu transparents, dès lors qu'ici, on apporte un subventionnement public, alors que là, on le refuse, sans égard au type de prestation ni à la qualité de la prestation donnée.

Je songe en particulier aux chambres privées qui doivent être subventionnées par les cantons lorsque l'établissement est public ou parapublic, alors que les mêmes chambres privées ne le seront pas dans l'hôpital voisin. Cela crée des inégalités de traitement entre hôpitaux, mais également et surtout, des inégalités de traitement entre assurés, puisque nous sommes tous obligatoirement assurés. Je songe encore au fait qu'ici, dans les hôpitaux publics et parapublics, les investissements ne sont pas compris dans le prix des prestations et des soins, alors que là, dans les cliniques privées, l'amortissement des investissements est bien entendu agrégé au prix des prestations.

C'est dire qu'on est loin de la transparence, loin de l'égalité de traitement; c'est dire encore – et c'est peut-être là le plus grave dans une perspective de maîtrise des coûts et de lutte contre la hausse des primes – qu'on est loin de l'efficience. Il est donc temps que l'on sorte de ce bricolage. Un ancien chef du service de la santé publique du canton de Berne parlait même de "vaste atelier protégé" à propos de l'hospitalisation dans ce pays. Nous ne pouvons plus payer ce que coûte la conservation de structures obsolètes, nous ne pouvons plus nous payer la défense de prés carrés, d'un étatisme passéiste, mais nous devons viser la clarté, la concurrence ouverte, l'efficacité dans la qualité.

Le projet qui nous est soumis va dans ce sens. En introduisant le financement à la prestation et non plus aux structures, le système va dans le sens de plus de fluidité, de plus de vérité des prix. Il introduit un financement qui suit le patient, ce qui améliore aussi bien l'égalité de traitement que l'économicité du secteur. L'introduction, en outre, du principe de "Cassis de Dijon" va dans ce sens. C'est un pas, un petit pas sans doute, puisque sont maintenues une planification étatique et une obligation de contracter dans le domaine hospitalier, ce qui est sans doute contestable, mais c'est un pas qui va dans la bonne direction.

Dans ce sens, le groupe radical-libéral entre en matière. Il salue l'effort fait par le Département fédéral de l'intérieur pour clarifier le financement hospitalier. Il sera particulièrement vigilant à ce que les hôpitaux soient tous mis sur pied d'égalité et que l'on ne cède pas à l'étatisme que l'on a senti poindre dans les interventions de la gauche et des Verts tout à l'heure.

C'est dans ce sens que, au nom du groupe radical-libéral, je vous invite, comme Monsieur Gutzwiller qui va me succéder, à entrer en matière.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Wie Kollege Ruey schon ausgeführt hat, ist das für uns eine sehr wichtige Vorlage. Sie kommt natürlich auch im richtigen Moment, wie wir feststellen, wenn wir an das sehr klare Ergebnis der Volksabstimmung zum Thema Einheitskasse denken, das wir hier in der Schweiz hatten. Der Weg ist nach einem zweimaligen Scheitern des Vorhabens sozusagen frei für eine wettbewerbliche Reform der Krankenver-



sicherung, und diese Spitalfinanzierungsvorlage setzt hier einige wichtige Akzente, die ich Ihnen gerne noch beleuchten möchte.

Für uns sehr wichtig sind als erster Punkt einmal die klaren neuen Mechanismen und Vorgaben für Transparenz und

AB 2007 N 419 / BO 2007 N 419

Qualität in diesem System. Eine wettbewerbliche Reform des Krankenversicherungssystems und des Gesundheitswesens wird dann möglich sein, wenn für alle Akteure Klarheit darüber geschaffen wird, welche Leistungen zu welchen Preisen in welcher Qualität erbracht werden. Schon allein diese Transparenz wird dafür sorgen, dass ein ganz neuer Wind im Gesundheitswesen wehen wird. Die einzelnen Akteure werden einem möglichen Benchmarking, also Vergleichen mit den Besseren in ihrer Branche, ausgesetzt. Die verschiedenen Konsumentierenden, die Patienten, können sich besser Rechenschaft darüber abgeben, wo es wirklich Qualität gibt. Die Frage "Wie weit reise ich zu einem Spital?" wird sich ganz neu stellen. Man wird nicht mehr fragen: "Wie weit ist es? Sind es 5 oder 10 Kilometer? Ist die Distanz akzeptabel?" Man wird fragen: "Wo habe ich welche Qualität?" Und dann wird die Beurteilung von Distanzen, der Nähe zum Spital, und von vielem anderem eine neue Dynamik bekommen. Die Überkapazitäten werden unter diesem Druck sehr viel einfacher abgebaut. Schon dieser erste Punkt ist für uns sehr wichtig. Wir werden die entsprechenden Anträge unterstützen.

Der zweite Punkt sind die Finanzierungsinstrumente, die neu geschaffen werden. Sie gehören ebenfalls in die Entwicklung dieses Gesundheitswesens hin zu einer wettbewerblichen Reform. Es sind die Fallpauschalen, die hier im Zentrum stehen, Fallpauschalen, die verbunden mit der Qualität eben auch Leistungsvergleiche erlauben und schliesslich auch Betriebsvergleiche. Ihre Kommission hat ja klar festgehalten, dass solche Betriebsvergleiche gemacht und auch publiziert werden müssen. Wir werden also endlich auch über die Produktionskosten von bestimmten Leistungen diskutieren können. Wir werden die Frage stellen können, warum die Behandlung eines einfachen Infarktes bei einem vergleichbaren Patienten im Spital X ein Viertel oder 50 Prozent mehr kostet als im Spital Y. Diese Dinge werden ebenfalls das System dynamisieren, die Qualität verbessern, Kosten kontrollieren.

Das ist die Grundzielsetzung, die wir anstreben. Das ist auch die Vorbedingung für einen verbesserten Wettbewerb in diesen Bereichen. Dazu gehört in der Logik der wettbewerblichen Reform auch der Abbau der kantonalen Grenzen. Mit dem von den Kommissionssprechern erwähnten Cassis-de-Dijon-Prinzip wird es erstmals möglich sein, die zu hohen kantonalen Barrieren bezüglich der Hospitalisierung abzubauen, mehr Dynamik auch über die Kantonsgrenzen hinweg zu bekommen. Das kann zusammen mit Transparenz und Qualität nur erwünscht sein.

Ich vermerke hier auch, dass bei den Übergangsbestimmungen noch einige holprige Stellen da sind, die Systeme vielleicht vom Ständerat dann noch einmal angesehen werden müssen, damit ein guter Übergang, eine gute Umstellung auf neue Finanzierungsformen – sprich DRG –, auf Betriebsvergleiche und Transparenz und schliesslich der entsprechende Abbau der Kantonsgrenzen und der Gleichbehandlung der Spitäler sichergestellt sind. Die Gleichbehandlung wird in dieser Vorlage ebenfalls endlich umgesetzt. Sie ist sehr wichtig. Gleichbehandlung heisst gleich lange Spiesse bezüglich Qualitätsnachweisen, Kosten, Finanzierung der Investitionen.

Wir bitten Sie also, auf diese Vorlage einzutreten und sie – mit einigen Ausnahmen, die wir nachher noch diskutieren werden – im Sinne der Mehrheit speditiv zu bearbeiten.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien entre en matière sur ce projet de révision de l'assurance-maladie concernant le financement des hôpitaux. Les buts principaux de la révision sont: le financement lié aux prestations axées sur la personne qui bénéficie du traitement et non plus au financement de l'établissement comme tel; la répartition du financement entre cantons et assureurs; la planification selon une liste qui établit l'égalité de traitement des assurés dans les établissements publics et privés qui figurent sur la liste; la planification pour la médecine hautement spécialisée et l'accès aux traitements pour tous les assurés.

Cette révision est nécessaire et le point le plus important en est le changement de financement, qui passe du forfait journalier avec couverture de déficit par les pouvoirs publics à un système de forfait par cas lié aux prestations, ainsi qu'à une égalité de traitement pour les assurés quel que soit l'établissement qui leur prodigue les soins. Ce nouveau système doit promouvoir la qualité au prix le plus juste. Ce système doit aussi apporter une maîtrise des coûts.

Nous soutiendrons aussi le modèle de la commission quant au concept de listes cantonales mettant sur pied d'égalité les hôpitaux publics et privés en matière de financement, avec la possibilité pour les patients de se faire soigner dans tous les hôpitaux figurant sur une de ces listes, quel que soit le canton. A l'heure où les



frontières du pays s'ouvrent pour les traitements couverts par l'assurance-maladie de base, il ne nous paraît pas judicieux de bétonner les frontières cantonales.

En ce qui concerne la part cantonale de rémunération des prestations hospitalières, notre groupe soutiendra plutôt la version du Conseil des Etats pour ne pas pénaliser les cantons qui, grâce à une politique performante de la santé, assurent le maintien à un bas niveau des primes d'assurance-maladie; et si on les obligeait à apporter une participation artificiellement élevée, cela pénaliserait leurs efforts. Nous reviendrons sur ce sujet à l'article pertinent.

Nous entrons donc en matière pour instaurer une maîtrise des coûts des hôpitaux et de leur financement. Vous savez que c'est une part importante de l'assurance-maladie de base – de 35 à 37 pour cent – et nous avons toujours à l'esprit l'idée forte de promouvoir la qualité, mais au meilleur prix, donc au prix le plus juste.

Robbiani Meinrado (C, TI): La LAMal ha consentito sin dai suoi primi passi di raggiungere due dei tre obiettivi che si prefissava, quelli della solidarietà e dell'ampliamento della gamma di prestazioni. Ha invece visibilmente fallito il terzo obiettivo – e questo rappresenta un po' il suo vero tallone d'Achille –, cioè quello del controllo dei costi. È evidente che da questo profilo il settore ospedaliero, per i costi ampi che genera, rimane un decisivo fronte di azione e di intervento. Da qui l'importanza attribuita anche dal gruppo PPD alla revisione oggi in discussione e il sostegno ai suoi principali pilastri, cioè il passaggio da una copertura dei costi a una copertura delle prestazioni attraverso tariffe forfetarie, una pianificazione più ampia ed articolata, rispettivamente una suddivisione più precisa dei costi tra cantoni e assicurazione obbligatoria. Non vorrei qui riprendere in dettaglio gli argomenti già trattati dalla collega che mi ha preceduto. Mi limiterei ad alcuni accenni alle impostazioni e alle poste in gioco, che fanno un po' da sfondo alle scelte concrete di questa revisione.

La prima posta in gioco riguarda il bilanciamento tra da una parte la concorrenza e dall'altra la pianificazione – due poli che ci seguono sempre in questi dibattiti sulla politica della salute. Questa revisione, a nostro avviso, raggiunge una composizione accettabile e soddisfacente: accentua sì la concorrenza, in particolare attraverso l'introduzione di tariffe forfetarie, ma questo comunque all'interno di un quadro generale di pianificazione più efficace. Ed è importante che soprattutto le cure acute rimangano all'interno di un quadro pianificato.

Una seconda posta in gioco riguarda il bilanciamento tra fonte di finanziamento fiscale e fonte di finanziamento alimentata dai premi individuali, per lo più indipendenti dal reddito. Assistiamo qui – ed è comprensibile – ad una grossa resistenza da parte dei cantoni, preoccupati di vedersi aumentare il loro onere. Va però detto che soprattutto per le cure acute ospedaliere bisogna fare in modo che l'intervento pubblico rimanga prevalente e decisivo.

Una terza posta in gioco che si intravede più che altro nell'ombra ma che fa comunque capolino anche in questa discussione è quella di una impostazione cosiddetta monista, dove ci sia un solo interlocutore rispetto alle strutture sanitarie. Questo è un tema che abbiamo interesse a tenere al

AB 2007 N 420 / BO 2007 N 420

di fuori di questa revisione, poiché è tutt'altro che maturo nelle sue conseguenze e nella sua architettura.

Quindi, anche a nome del gruppo PPD vi invito ad entrare in materia e ad avanzare in questa revisione nel suo complesso. La soluzione proposta dalla commissione risulta accettabile e consente certamente di fare un passo innanzi verso una gestione delle cure ospedaliere più attenta ai costi che genera. Su qualche aspetto si trarrà beneficio dal fatto che siamo contrapposti al Consiglio degli Stati: ciò permetterà di affinare ulteriormente le proposte di soluzione.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Diese Vorlage bringt aus der Sicht der SVP-Fraktion für einmal eine annehmbare Korrektur oder Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes, auch wenn es sich aus unserer Sicht nur um einen bescheidenen Schritt handelt. Unterdessen bin ich persönlich nicht mehr ganz so euphorisch wie auch schon, wenn es um solche Gesetzesänderungen in unserem Gesundheitswesen geht. Zu oft hat man in den letzten Jahren gute Ansätze mit Kompromissen am falschen Ort zunichte gemacht oder haben die zuständigen Kantone, obwohl durch Gesetze an sich beauftragt, einfach nichts gemacht oder mindestens nicht im Interesse der Versicherten gehandelt. Wettbewerb mit geeigneten Rahmenbedingungen – davon spricht man ja schon lange, nur hat man es bisher versäumt, die wesentlichen Elemente, die den Wettbewerb erst ermöglichen, im Gesundheitswesen einzufordern.

Die mehrmalige Ablehnung von Volksbegehren, welche eine stärkere staatliche Rolle im Gesundheitswesen zum Ziele hatten, ist nun eine gute Ausgangslage und dürfte die Arbeit am Krankenversicherungsgesetz vereinfachen – ich hoffe es mindestens; es wird sich dann in der Detailberatung zur Spitalfinanzierung zum ersten Mal weisen müssen. Das Gesundheitswesen ist ein sensibler Bereich, deshalb wäre es unserer Meinung nach verfehlt zu glauben, es seien grosse Würfe möglich. Die Kommission unseres Rates hat sich gegenüber dem



Ständerat die eher bescheidenen Ziele gesetzt, nicht den Staat und die Planwirtschaft zu stärken, die ohne transparente Grundlagen Entscheide fällen können, sondern zuerst einmal Wettbewerbselemente einzuführen. Priorität haben in dieser Spitalfinanzierungsvorlage die folgenden Punkte: Verbesserung der Datenlage; Einführung transparenter Kostenstrukturen; Fallpauschalen unter Einbezug der Investitionen, um den unabhängigen Vergleich unter den Anbietern im stationären Bereich erst einmal zu ermöglichen; Subjekt- statt Objektfinanzierung; die Schwäche, dass sich die angestrebten Fallpauschalen am Preis und nur zum Teil an der Qualität messen, heisst auch, dass dieser Teil mit schweizweiten Vergleichen versehen werden soll.

Die Kommission hat sich entschieden, auch diesen Qualitätserhebungsteil anschliessend an die Verabschiedung des auf finanzielle Aspekte ausgerichteten Fallpauschalensystems aufzuarbeiten, einzuführen und Ihnen dann entsprechende Anträge zu stellen. Die Zulassung von stationären Einrichtungen oder Abteilungen soll dereinst auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserhebungen beruhen. Selbstverständlich sind die Kantone in diesen Prozess mit einzubeziehen, aber die wenig durchschaubaren Entscheide, wer nun wo wen versorgen darf, sollen gelegentlich der Vergangenheit angehören. Fakten sollen entscheidend sein und nicht die politische Befindlichkeit. Die Politik hat in erster Linie dafür zu sorgen, dass das Angebot qualitativ gut, wirtschaftlich und in genügendem Umfang zur Verfügung steht.

Wenn ich nun sage, dass mit dieser Vorlage erste bescheidene Schritte gemacht werden, muss man in Betracht ziehen, dass diese Revision für die Branche, die mit einfachsten betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, mit den zu einem Wettbewerb gehörenden Grundsätzen bisher wenig vertraut ist, einen ordentlich grossen Schritt darstellt. So gesehen wäre es falsch, von grossen Würfen zu träumen – wie das im Krankenversicherungsgesetz, das ja vor gut zehn Jahren in Kraft gesetzt wurde, eigentlich fälschlicherweise getan wurde –, um dann festzustellen, dass die betroffenen Medizinalpersonen mit den angestrebten Änderungen nicht Schritt halten können. Ich glaube, diese Vorlage trägt diesem Umstand ebenfalls Rechnung.

Wir beantragen Ihnen, auf die Vorlage einzutreten. In der Detailberatung werden wir auf unsere Ausrichtung zurückkommen.

Studer Heiner (E, AG): Wir hoffen, dass wir bei dieser Thematik wieder etwas ruhiger diskutieren können. Es ist ja auch eine Thematik mit enorm vielen Konsequenzen.

Wir sind in der Stossrichtung mit vielem, was vorgebracht wird, einverstanden. Vor allem ist uns ganz wichtig, dass der Bund bei der Spitzenmedizin eine aktive Rolle einnimmt. Dazu werden wir uns dann, wenn es konkret wird, noch äussern. Wo wir aber unsere ganz gewaltigen Bedenken haben, ist bei der freien Spitalwahl, die die Kommission beantragt. Wir waren überrascht, als wir die Fahne sahen und es dort keine Minderheit hatte, und dachten, es könne doch nicht sein, dass auch alle Kommissionsmitglieder aus der SVP-Fraktion das einfach so durchlassen, ohne zu wissen, was das auf der finanziellen Ebene für Konsequenzen hat. Das Prinzip der freien Spitalwahl ist von der Idee her verständlich, aber was sind die Konsequenzen? Wir haben wie viele andere auch in diesen letzten Tagen einige Dokumente gelesen, gerade auch von Gesundheitsdirektoren, die uns dazu führen, einen entsprechenden Antrag zu stellen, damit diese Konsequenzen wirklich mit den Fakten auf den Tisch gelegt werden können und dann eben auch der Ständerat nochmals einbezogen wird.

Aber wie gesagt: Das Wesentliche ist, dass wir eintreten und ernsthaft versuchen, diese Vorlage so abzuschliessen, dass sie dann auch Bestand hat.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le projet de réforme dans le domaine du financement hospitalier a une longue histoire. Finalement, il était à l'origine de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui a échoué en 2003. On peut donc dire qu'on discute de ces problèmes depuis l'an 2000, soit depuis sept ans.

Le Conseil des Etats a modifié – sur des points relativement secondaires – le projet du Conseil fédéral. Mais dans l'ensemble, il a repris ce projet et le Conseil national a travaillé sur cette base. L'appréciation générale du travail du Conseil national est évidemment positive. La plupart des points sur lesquels aussi bien le Conseil des Etats que le Conseil fédéral ont été d'accord, ont été repris. Il y a un certain nombre de changements – dont certains ne sont pas positifs –, mais je crois que c'est secondaire par rapport à l'essentiel des points que nous discutons à l'occasion du débat d'entrée en matière.

Les principaux axes du projet sont triples: le premier tend à augmenter la transparence concernant les coûts et les prestations; le deuxième tend à éliminer les inégalités de traitement et les distorsions dans le financement; le troisième tend à renforcer la coopération et la coordination intercantonale et à faciliter la mobilité des patients.

Le premier point, c'est l'augmentation de la transparence dans les coûts et les prestations. Les rapporteurs se sont exprimés sur ce point: l'innovation essentielle est l'introduction d'une structure tarifaire uniforme sur le



plan suisse, les fameux DRG. On espère ainsi créer une base de comparaison entre les prestations fournies par les différents hôpitaux, tout en incitant les établissements à effectuer les traitements de la manière la plus économique possible au moyen des forfaits liés aux prestations.

Je tiens à préciser que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser en entendant tel ou tel orateur, le système des DRG en soi n'apporte pas de changement important sur le plan de la qualité. Je prétends même que les DRG seuls n'améliorent pas la qualité. Ils risquent de pousser les hôpitaux à moins investir – Madame Huguenin l'a dit, mais elle a abouti à des conclusions excessives. Les DRG en eux-mêmes ne sont pas un instrument de qualité, mais un instrument d'efficacité, de transparence et en cela, ils sont positifs.

Au moment où la structure reposant sur les DRG sera introduite, il faudra en parallèle mettre en place un système

AB 2007 N 421 / BO 2007 N 421

d'information sur la qualité. Ces deux piliers permettront d'atteindre l'efficacité économique, la transparence et l'amélioration de la qualité.

Le deuxième axe, c'est l'élimination des inégalités de traitement existant aujourd'hui à l'égard de différents types d'assurés et de différents types d'hôpitaux. Pour y parvenir, le projet prévoit que toutes les prestations hospitalières couvertes par l'assurance obligatoire des soins et correspondant à la planification cantonale seront financées de la même manière par les cantons et les assureurs, indépendamment de la couverture du patient – assurance de base; semi-privé ou privé – et indépendamment du statut public ou privé de l'hôpital.

Enfin, le troisième axe qui nous paraît important, c'est le renforcement de la coordination et de la coopération entre les cantons dans la planification et l'augmentation de la mobilité des patients. Je suis surpris d'entendre des conseillers d'Etat se déclarer prêts à abandonner cette ambition et souhaiter une planification cantonale sans ouverture sur une planification intercantonale dont tout le monde sent bien qu'elle sera une étape à venir. Pour essayer de faire le pont entre la situation actuelle – planification cantonale – et la situation future – planification intercantonale, régionale –, nous avons proposé l'introduction du principe du "Cassis de Dijon", probablement pour un tout petit nombre de patients, mais exigeants, parce qu'ils visent à faire des choix de qualité pour des opérations plus difficiles. Ce principe consiste à dire à tous les citoyens de Suisse: "Vous avez la liberté de choisir, d'être soignés dans n'importe quel hôpital qui est sur une des listes cantonales." C'est une liberté de choix importante et un progrès pour tous ceux qui croient qu'il faut ouvrir, d'une part, la palette des prestations et, d'autre part, celle des choix possibles pour les patients potentiels.

Je suis heureux de voir que la commission, à l'unanimité, a accepté d'introduire ce principe, qui n'aura pas un effet quantitatif immense au départ, mais qui sera une incitation pour les cantons à dépasser les frontières cantonales, à planifier en tenant compte des régions, ce qui est évidemment souhaitable à terme.

Un certain nombre de points sont davantage discutés, contestés. Je crois que c'est au cours du débat qu'il faudra les aborder. Pour l'instant, il s'agit de savoir si on veut entrer en matière ou non. Après sept ans de réflexion et d'études, je crois qu'on a un projet qui est équilibré, qui est mûr et qui a déjà été approuvé par le Conseil des Etats, qui peut être modifié partiellement, mais qui permet d'aller dans le bon sens.

Au cours de ces derniers mois, on a constaté un ralentissement de la croissance des primes d'assurance-maladie. Je suis convaincu que ce ralentissement peut être stabilisé à moyen terme, sur une année ou deux ans, mais il ne sera pas possible de garantir un ralentissement des hausses – je ne parle pas d'abandon des hausses – si des réformes plus profondes ne sont pas apportées. Cette réforme du financement hospitalier va dans le bon sens et devrait permettre à terme, lorsqu'elle déploiera tous ses effets, de consolider la situation actuelle d'apaisement de la hausse des coûts dans le domaine de la santé publique.

C'est donc un projet important que nous discutons aujourd'hui et je vous remercie d'entrer en matière.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Nichteintretensantrag abzulehnen.

Dass wir im Spitalbereich Handlungsbedarf haben, hat die Diskussion eindeutig gezeigt. Nicht auf die Vorlage einzutreten wäre eine Diskussionsverweigerung, und das können wir uns in diesem Bereich bestimmt nicht leisten. Es wurde ausgeführt, dass die Einführung von DRG auch ohne Gesetzesrevision möglich wäre. Es trifft zu, dass bereits in verschiedenen Kantonen Fallpauschalen gemäss DRG oder eine Leistungsfinanzierung eingeführt worden sind. Die Umsetzung ist aber in allen Kantonen unterschiedlich gelöst. Wir wollen und müssen daher eine gesetzliche Grundlage schaffen, damit wir die Einführung von leistungsorientierten Pauschalen auf einer einzigen Grundlage erreichen können und die Umsetzung eben auch in allen Kantonen gleichermassen erfolgt. Wir haben auch bereits jetzt im Gesetz, dass die Kantone Betriebsvergleiche durchführen und für Qualitätssicherung sorgen. Auch in diesen Bereichen sehen wir, dass eigentlich recht wenig gegangen ist. Gerade



mit der Einführung von DRG ist es deshalb sehr wichtig, auch Qualitätsvergleiche erzielen zu können und das Ganze nicht auf Preisvergleiche begrenzt zu lassen. Genau bei diesen beiden Punkten setzt die Revision an. Mit der Mehrheit der Kommission verstehe ich nicht, wieso Privatkliniken gegen öffentliche Spitäler ausgespielt werden. Die Kantone, und es gibt verschiedene Kantone, brauchen die Privatkliniken für die Versorgung der Bevölkerung. Gerade der Kanton Bern etwa braucht die Privatkliniken für die Versorgungssicherheit, für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass sich die Kantone aus der Finanzierung zurückziehen können, obwohl sie die Spitäler brauchen bzw. dass die Patientinnen und Patienten, welche in Privatkliniken behandelt werden, keine Kantonsbeiträge bekommen. Gerade da geht es um die Schaffung von gleich langen Spiessen.

Ich möchte nochmals auf die Hauptpunkte der Revision hinweisen: Es ist die Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung, es ist aber ebenso die Schaffung von Transparenz bezüglich Qualität und Kosteneffizienz. Wenn wir diese Transparenz haben, müssen die öffentlichen Spitäler und die Privatkliniken die gleichen Rechte und die gleichen Pflichten haben. Die Kantone haben den verfassungsmässigen Auftrag, für die Versorgung der Bevölkerung zu sorgen; sie haben ihn im ambulanten Bereich und im stationären Bereich, wo sie für eine bedarfsgerechte Versorgung Spitalisten erstellen müssen. Sie müssen bereits heute eine bedarfsgerechte Spitalplanung machen. Wir stellen aber fest, dass die Kantone an den meisten Orten Inventarlisten gemacht haben. Wenn wir diese Inventarlisten haben und nun Transparenz einführen wollen, geht es darum, dass die Spitalplanungen dann überarbeitet werden, wenn es aufgrund objektiver Kriterien – Qualität und Kosteneffizienz – geschehen kann.

Vonseiten der EVP und der Grünen wurde die Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips kritisiert. Sie müssen sehen, dass wir bereits heute darüber sprechen, dass eine grenzüberschreitende Spitalbehandlung möglich sein muss. Es gibt Pilotverträge im Raume Basel/Deutschland, wo ein grenzüberschreitender Spitalaufenthalt möglich ist. Wir können doch nicht gleichzeitig die kantonalen Grenzen festigen, sondern müssen auch hier Freizügigkeit zulassen. Wir werden in der Detailberatung bei der Umsetzung dieses Artikels allenfalls Präzisierungen vornehmen müssen oder es dem Ständerat überlassen, dies zu tun.

Ich bitte Sie jedoch, wie es die Kommission beantragt, auf die Vorlage einzutreten.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag Huguenin ab.

Abstimmung – Vote

Für Eintreten 161 Stimmen

Dagegen 3 Stimmen

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

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

Detailberatung – Discussion par article

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

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

AB 2007 N 422 / BO 2007 N 422

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

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 22a

Antrag der Kommission

Abs. 1





....

f. medizinische Qualitätsindikatoren.

Abs. 2, 3bis, 4, 4bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... dem Bundesamt für Justiz, den Kostenträgern sowie den Kantonen zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

Art. 22a

Proposition de la commission

Al. 1

....

f. les indicateurs de qualité médicaux.

Al. 2, 3bis, 4, 4bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... de la justice, des organismes prenant en charge les coûts ainsi que des institutions la présente loi. Ces données sont publiées.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Bien qu'il n'y ait pas de proposition de minorité, j'aimerais dire deux mots d'explication à propos de l'article 22a.

La commission s'est tenue d'assez près à la version du Conseil fédéral. L'alinéa 1 a été modifié en y ajoutant la notion "les indicateurs de qualité médicaux" à la lettre f, ce qui implique également les résultats. Dans son ensemble, l'effort demandé aux fournisseurs de prestations est absolument considérable et il est évident que l'alinéa 4 implique une consultation des fournisseurs de prestations et des assureurs. Le Conseil fédéral s'y est engagé devant la commission.

Angenommen – Adopté

Art. 23

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 23

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Fehr Jacqueline (S, ZH): Der Bundesrat schlägt Ihnen hier vor, dass im Zusammenhang mit der Datenerhebung und der Zurverfügungstellung der Daten von den Versicherten ein Beitrag erhoben wird. Ich gebe zu: Populistischer und für das Volk verständlicher ist sicher die Position der Mehrheit, die sagt, dass diese statistischen Arbeiten über das ordentliche Budget des Bundesamtes für Statistik und damit über Steuergelder finanziert werden sollen und nicht, wie wir es verlangen, über die Versicherungen und damit über die Krankenkassenprämien. Aber es ist eine sehr unehrliche Position, weil wir, wie wir alle wissen, Jahr für Jahr das Budget des Bundesamtes für Statistik zusammenkürzen und auch von diesem Bundesamt mehrfach erfahren haben und zur Kenntnis nehmen mussten, dass ihm schlicht die Mittel fehlen, um all die Wünsche und Aufträge, die wir in diesem Gesetz in Sachen Statistik äussern beziehungsweise geben, auch wirklich erfüllen zu können.



Deshalb betreibt hier die Mehrheit Zechprellerei, wenn sie zwar eine vollständig neue statistische Datenerhebung verlangt, viel mehr solcher Daten fordert, aber nicht bereit ist, sich auch darum zu kümmern, wie denn die Finanzierung gemacht werden soll. Wir sollten hier ehrlich genug sein, um zu sagen: Uns sind diese Daten wichtig. Sie sind eine Voraussetzung für eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens. Wir sind hier auch noch sehr am Anfang dieser Erhebungen und haben noch sehr viel zu tun. Wir müssen auch bereit sein, die nötigen Mittel dafür zu sprechen.

Sollten Sie hier der Minderheit nicht folgen, so möchte ich Sie doch auffordern, zumindest dann im Rahmen des Budgetierungsprozesses das Budget des Bundesamtes für Statistik entsprechend aufzustocken. Denn weder über das Bundesamt noch über die Prämien Geld zu sprechen, diese Rechnung wird nicht aufgehen. Dann werden wir nie zu den Daten kommen, die wir brauchen, um das Gesundheitssystem zu steuern.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die FDP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Rossini Stéphane (S, VS): Je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline concernant la problématique de la statistique.

La transparence – on l'a encore entendu ce matin dans le débat d'entrée en matière – est un thème qui est brandi par tous et que l'on évoque très souvent. Mais malheureusement – et je dis bien: "malheureusement" – il faut avoir conscience que la transparence ne saurait se limiter à un slogan facile à scander, parfois gratuit et qui ne fait du bien qu'à celui qui en use et en abuse, surtout si l'on ne veut pas faire le lien entre la transparence et les moyens nécessaires pour véritablement parvenir à la réaliser.

Malheureusement donc, trop souvent on évoque la transparence, mais sans se donner les moyens de la réaliser. Elle suppose, dans le domaine de l'assurance-maladie, mais ailleurs aussi, une volonté politique claire et un engagement assidu. Il faut donc des bases légales, des moyens financiers et une collaboration étroite fondée sur des engagements de principe, mais aussi une collaboration technique avec l'ensemble des acteurs concernés à la fois par la collecte des données et par leur traitement. Par conséquent, la statistique et la transparence sont un enjeu politique. Celle-ci n'a de sens que si elle a un contenu, et c'est au Parlement qu'il incombe aujourd'hui de donner du sens à ce contenu, c'est-à-dire de donner les moyens au Conseil fédéral d'aller véritablement de l'avant avec les partenaires qui sont les siens.

A l'article 23, le groupe socialiste soutient la proposition de la minorité et donc le projet du Conseil fédéral à l'alinéa 2 qui implique les assureurs de manière contraignante en exigeant d'eux une contribution financière. Pourquoi le Conseil des Etats a-t-il biffé cette contrainte imposée aux assureurs? Il est difficile d'y voir clair et les arguments qui ont été évoqués sont assez flous. Malheureusement, on l'a constaté à plusieurs reprises, au Conseil des Etats, on adopte une attitude fort discutable, laquelle privilégie certains acteurs – et "certains acteurs" peut se prendre au singulier, c'est-à-dire un certain acteur, soit l'acteur assureur.

Le Conseil fédéral, dans une démarche beaucoup plus large et plus rigoureuse, a conscience qu'il faut améliorer la transparence et s'en donner les moyens. Nous devons le soutenir. Je crois qu'il serait relativement contradictoire pour le Parlement, aujourd'hui, de ne pas soutenir le Conseil fédéral dans sa manière de traiter la problématique de la transparence.

AB 2007 N 423 / BO 2007 N 423

Par conséquent, au nom du groupe socialiste, je vous invite à dépasser les bonnes intentions. Sans moyens, il n'y a pas de statistiques, et les moyens dépendront de notre volonté politique. Alors, appliquons la loi d'une manière dynamique et constructive. Il est important que les assureurs, qui ne traitent pas les données, participent au financement de cette démarche extrêmement importante pour le pilotage du système.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Scherer Marcel (V, ZG): Die SVP-Fraktion wird bei Artikel 23 Absatz 2 die Mehrheit unterstützen. Es kann nicht sein, dass Prämienzahler die Aufgaben der Statistik bezahlen. Zum Umfang der Statistiken hätten die Versicherer und die Prämienzahler nichts zu sagen. Wir müssen hier klare Grenzen setzen und dürfen nicht zulassen, dass das Bundesamt für Statistik beliebig nach Aufwand Rechnung stellen kann. Stellen Sie sich vor, der Bundesrat setzt den Umfang der zu erstellenden Statistiken und Erhebungen fest, das Bundesamt sagt, was das alles kostet, und die Prämienzahler müssten nach der Version der Minderheit dann die Kosten übernehmen.

Ich bitte Sie, hier die Mehrheit zu unterstützen.



Couchepin Pascal, conseiller fédéral: L'essentiel, c'est que l'appareil statistique soit amélioré. Mais l'essentiel exige aussi qu'on s'occupe des détails, et notamment de savoir qui va payer les frais qui découlent de l'établissement des statistiques.

Le Conseil fédéral est en faveur de la proposition de la minorité, qui soutient le projet du Conseil fédéral. Nous sommes convaincus que, dans une vision de l'assurance-maladie qui appelle à faire la transparence, à stimuler le développement des informations mises au service des acteurs du système, il est essentiel que l'établissement des statistiques ne soit pas continuellement bloqué par des problèmes financiers. Il ne s'agit pas de grandes sommes; il s'agit d'un montant qui peut apparaître comme symbolique comparé au montant total des primes d'assurance-maladie. Mais cette somme est importante pour l'établissement des statistiques elles-mêmes. Il est nécessaire d'avoir ces moyens.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Es geht bei dieser Bestimmung um die Frage, ob die Erhebung und die Auswertung von Daten wie die meisten Statistiken durch das Bundesamt für Statistik über Steuern finanziert werden sollen oder ob die Versicherer bzw. die Prämienzahlenden die statistischen Arbeiten finanzieren sollen. Es ist unbestritten, dass wir bessere, transparentere und aussagekräftigere Statistiken brauchen. Dass wir das heute nicht haben, liegt nur zum Teil daran, dass wir keine Daten hätten. Zum Teil liegen die Daten vor und können nicht genutzt werden. Vonseiten der Verwaltung wurde ausgeführt, dass sowohl die Versicherer wie die Leistungserbringer, namentlich Santésuisse und die FMH, auf ihren Daten sitzen würden und nicht bereit seien, diese herauszugeben. Zudem verhindert der Datenschutz, dass vorhandene Daten vollständig zur Verfügung gestellt werden können, auch dort, wo sie unabdingbar wären, insbesondere für Tarifverhandlungen. Es geht dabei natürlich nicht um schützenswerte, persönliche Daten von Patientinnen und Patienten, sondern einzig um Leistungsdaten, um Daten über Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern und von Versicherern.

Das Gesetz schafft in diesen Bereichen Abhilfe. Zum einen haben die Versicherer wie auch die Leistungserbringer gemäss Artikel 23 Absatz 2 die Informationen und Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, und gemäss Artikel 22a Absatz 3 werden die Daten veröffentlicht. Das neue Gesetz verpflichtet Versicherer und Leistungserbringer, ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Das ist richtig. Es ist nicht Zechprellerei, wie das Frau Fehr formuliert hat, sondern es wäre unverhältnismässig und falsch, wenn die Prämienzahlenden auch noch verpflichtet würden, die Aufbereitung der Daten zu finanzieren – dies insbesondere, weil diese Daten im gesamtwirtschaftlichen Interesse liegen und nicht einzig im Interesse der Prämienzahlenden. Zudem verweise ich nochmals darauf, dass in anderen Bereichen die statistischen Auswertungen steuerfinanziert sind.

Ihre Kommission hat mit 13 zu 8 Stimmen der Fassung des Ständerates zugestimmt, und ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 93 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 67 Stimmen

Art. 25 Abs. 2

Antrag der Mehrheit

....

f. für den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Bst. f

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 25 al. 2

Proposition de la majorité

....

f. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

Proposition de la minorité





(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Let. f

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Stahl Jürg (V, ZH): In regelmässigen Abständen kommt das Anliegen, Geburtshäuser in die Grundleistungen des KVG aufzunehmen, in die Debatten dieses Rates. Dank der Hartnäckigkeit von Kollegin Maury Pasquier werden wir auch heute und in dieser Revision über diese Leistungsausweitung im Krankenversicherungsgesetz abstimmen.

Mit meinem Minderheitsantrag beantrage ich Ihnen, der bundesrätlichen Version zuzustimmen. Unabhängig davon, dass in Geburtshäusern gute und seriöse Arbeit geleistet wird, welche anerkennend gewürdigt werden darf, sind neben einigen medizinischen Gründen vor allem auch grundsätzliche und ordnungspolitische Überlegungen die Gründe für meinen Minderheitsantrag. Geburtshäuser sollen nicht in dieser Revision ins KVG aufgenommen werden. Bereits heute werden mit Ausnahme der Hotellerie sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt in einem Geburtshaus von der obligatorischen Krankenpflegenversicherung bezahlt, also die Behandlungskosten und auch die Hebammenleistungen. Aus meiner Sicht ist diese Lösung ausreichend und sollte nicht verändert werden. Eine Mengenausweitung gibt falsche Signale gegenüber anderen Institutionen, welche dann auch ihrerseits mit weiteren Begehrlichkeiten folgen. Der Ordnung halber gebe ich noch meine Interessenbindung bekannt, Sie können sie zwar auch nachlesen im Register der Interessenbindungen: Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung einer der grössten Krankenkassen in diesem Land. Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zu folgen.

Fasel Hugo (G, FR): Herr Stahl, Sie haben gesagt, dass es bei den Geburtshäusern zu einer Mengenausweitung kommt. Kennen Sie eine Frau, die das gleiche Kind zweimal geboren hat? (*Heiterkeit*)

Stahl Jürg (V, ZH): Herr Kollege Fasel, ich glaube, es ist seit acht Jahren, seit ich diesem Rat angehöre, wirklich in regelmässigen Abständen so! Sie haben in der Theorie Recht, in der Praxis ist es aber nicht so, dass invasive

AB 2007 N 424 / BO 2007 N 424

Notfallstationen, in denen Eingriffe vorgenommen werden, oder Notfallbetten abgebaut werden. Folglich ist es eine Mengenausweitung. Aber um auf Ihre Frage konkret zu antworten: Eine Frau kann ein Kind nur einmal gebären. Das weiss ich auch. (*Heiterkeit*)

Meyer Thérèse (C, FR): C'est au moins la quatrième fois que nous prenons la parole pour défendre les maisons de naissance, sujet qui avait déjà été abordé dans la dernière révision de la LAMaI. Il y a eu ensuite l'initiative parlementaire Maury Pasquier 04.418, à laquelle ce conseil a donné suite, à une large majorité. Il paraissait tout à fait logique d'introduire enfin cette prestation dans la révision partielle de la LAMaI.

L'inscription dans la loi des maisons de naissance exige un complément de financement par rapport à la pratique actuelle, qui rembourse les frais du personnel soignant sans prendre en compte la structure de base qui est la maison de naissance elle-même, et ceci sans financer un séjour. En effet, le principe d'une maison de naissance est d'accueillir la femme pour son accouchement; elle retourne ensuite dans les 24 heures dans son foyer.

L'an dernier, 1037 femmes ont accouché dans des maisons de naissance, cela sur un total d'environ 70 000 naissances dans le pays. Il n'y aurait pas eu une naissance de plus ou de moins grâce aux maisons de naissance, mais le coût d'un accouchement dans une maison de naissance s'élève à la moitié du coût d'un accouchement à l'hôpital. Il faut encore ajouter que les maisons de naissance doivent relever le défi de ne pas avoir de cas avec des complications, car elles risqueraient de ne plus avoir la permission de proposer leurs services. Elles doivent minutieusement choisir les cas qui peuvent profiter de leurs services, c'est-à-dire des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé, pas de naissance de jumeaux, pas de naissance par siège non plus, pour éviter des complications. J'ai suivi de près ces pratiques dans mon canton où cela marche très bien.

Le groupe démocrate-chrétien soutiendra la majorité pour permettre ce type d'accouchement, d'un prix nettement plus bas lorsqu'il se déroule dans une maison de naissance.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Monsieur Rossini a évoqué dans le débat d'entrée en matière le fait que le financement hospitalier est un sujet que l'on peut qualifier de "serpent de mer" sur le plan des travaux du Parlement. Un autre serpent de mer, plus modeste mais tout aussi récurrent, accompagne le premier: c'est



celui des maisons de naissance et de leur reconnaissance dans la LAMal.

Qu'en est-il de la situation actuelle? En quelques mots, les maisons de naissance, qui sont pour la plupart localisées en Suisse alémanique, ont vu le jour en Suisse au début des années 1990. Les sages-femmes qui y travaillent accompagnent en moyenne environ 1000 naissances par année sur un total de 70 000 à 80 000 naissances pour toute la Suisse. Or, si la LAMal rembourse les prestations fournies par la sage-femme, elle n'entre pas en matière pour les frais d'infrastructure des maisons de naissance qui, bien que modestes par rapport à ceux d'un hôpital, sont donc entièrement à la charge des parents.

Les mille familles ayant choisi l'an dernier une maison de naissance pour que leur enfant y vienne au monde ont donc dû prendre à leur charge les frais de cette formule. Mais on peut imaginer que d'autres couples, n'en ayant pas les moyens, ont choisi soit l'accouchement à domicile, soit celui en milieu hospitalier, tous deux entièrement remboursés par l'assurance de base. Pourtant, un accouchement en milieu hospitalier, si on reprend les chiffres fournis par le canton de Fribourg en 2004, coûte à l'assurance de base de 6262 francs à 7786 francs, alors que le coût d'une naissance dans une maison de naissance est de 3800 francs en moyenne, soit environ la moitié.

Je dois ici déclarer mes liens d'intérêt: j'exerce la profession de sage-femme à domicile et je siége au conseil d'administration des Hôpitaux universitaires genevois. Je devrais donc, en toute bonne logique, appliquant la maxime qui veut que "charité bien ordonnée commence par soi-même", tout faire pour empêcher le développement des maisons de naissance qui vont faire diminuer le nombre d'accouchements à domicile et en milieu hospitalier.

Pourtant je soutiens ardemment les maisons de naissance, d'une part parce que les coûts de la santé m'importent et, d'autre part, parce que je suis toujours aussi persuadée que les mères doivent pouvoir accoucher dans un environnement favorable. Les établissements hospitaliers, toujours plus coûteux, toujours plus médicalisés n'offrent pas toujours cet environnement favorable, mais surtout ils ne sont pas du tout obligatoirement nécessaires à une naissance harmonieuse dans la mesure où aucune complication n'est intervenue pendant la grossesse et où aucun facteur de risque n'existe.

Les maisons de naissance, contrairement à ce qui a pu être dit en commission, ne concurrenceront jamais les établissements hospitaliers, car leur fonctionnement même implique forcément une taille réduite. L'inscription des maisons de naissance dans la LAMal, contrairement à ce qui a été dit par Monsieur Stahl, ne fera pas naître un enfant de plus. On peut peut-être le regretter. Toujours est-il que la très faible augmentation initiale des coûts induite par l'inscription des maisons de naissance dans la LAMal permettra, à terme, une diminution des frais d'accouchement en général, en laissant à plus de femmes le choix d'accoucher en maison de naissance. Dès lors, au nom du groupe socialiste, je vous invite, comme vous l'avez déjà fait à quatre reprises au cours des dernières années, à suivre la majorité de la commission.

Dunant Jean Henri (V, BS): Ich spreche zugleich zu Artikel 41 Absatz 1ter. Gegen Geburtshäuser sprechen ökonomische, aber auch medizinische Gründe. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt – Behandlungskosten, Hebamme usw. – werden von der Krankenversicherung ja bereits bezahlt; Unterkunft und Verpflegung hingegen nicht, diese werden ausschliesslich in den Spitälern bezahlt. Eine Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung auf andere Institutionen muss unterbleiben. Ein solcher Präzedenzfall würde zur Folge haben, dass die Kantone die Geburtshäuser in die Spitalliste aufnehmen und sich zu 50 Prozent an den Kosten beteiligen müssten. Andere Institutionen – ich denke da an Kurhäuser oder Sterbehäuser – würden dann gleich behandelt werden wollen. Abgesehen davon, dass sie einen medizinischen Rückschritt bedeuten, sind Geburtshäuser für mich ein typisches Beispiel einer Mengenausweitung. Hotelleriekosten sollten von den Patientinnen übernommen werden. Überlassen wir es den Kantonen, ob sie einzelne Geburtshäuser nach entsprechender Qualitätsprüfung in ihre Spitalliste aufnehmen wollen.

Für mich wiegen die medizinischen Gründe ebenso schwer. Bei Hausgeburten ist die Komplikationsrate für Mutter und Kind zwar tief; sie liegt im tiefen einstelligen Prozentbereich. Dies würde die Existenz von Geburtshäusern vordergründig rechtfertigen. Früher aber nahm die Gesellschaft die Invalidität oder den Tod des Kindes oder gar den Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt als schicksalsbedingt hin; heute haben solche Zwischenfälle bald einmal juristische Konsequenzen, vom schweren persönlichen Leiden der Familie nicht zu sprechen. Aus medizinischen Gründen sind Geburtshäuser ein Rückschritt um Jahrzehnte, weil die Risikoselektion unmittelbar vor der Geburt nicht gesichert ist; es kann sich eben etwas ändern zwischen dem Tag vor der Geburt und dem Tag der Geburt.

Ferner weist die Schweiz in Sachen Geburtshilfe einen hohen Versorgungsgrad auf, man darf Leben und Gesundheit von Kind und Mutter nicht aufs Spiel setzen. Weiter hat eine notfallmässige Verlegung vom Geburtshaus ins Spital während der Geburt eine sehr hohe Komplikationsrate, z. B. ist ein Notfallkaiserschnitt im



Geburtshaus nicht möglich. Zudem werden bei hundert normalen Hausgeburten allenfalls eingesparte Kosten durch eine einzige schwere Komplikation zunichte gemacht, z. B. führt erheblicher

AB 2007 N 425 / BO 2007 N 425

Sauerstoffmangel im Gehirn des Kindes nachher zu lebenslänglicher schwerer Invalidität, das kann zusammen gerechnet über eine Million Franken kosten. Schliesslich kann heute durch die Zulassung von Beleghebammen kostensparend, aber gleichwohl in sicherer Umgebung geboren werden. Hier im Parlament kann man sich leicht für die Geburtshäuser und für Mehrausgaben einsetzen. Für die möglichen katastrophalen Komplikationen muss man ja nicht geradestehen.

Im Namen der SVP-Fraktion, aber vor allem im Interesse von Frauen und Kindern bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Teuscher Franziska (G, BE): Herr Stahl hat es bei der Begründung seines Minderheitsantrages gesagt: Die Geburtshäuser haben uns hier drin tatsächlich schon einige Male beschäftigt. Es ist ein Verdienst von Liliane Maury Pasquier, dass sie bei jeder Gelegenheit darauf hinweist, dass die Geburtshäuser in unserem Gesundheitssystem im Moment noch ein kleines Dasein fristen. Das können wir hier korrigieren.

Ich bin sehr erstaunt über die Voten der ewiggestrigen SVP-Herren. Sie bekämpfen einen Antrag, dass Frauen in Geburtshäusern gebären können. Ich frage mich, warum das so ist. Ich habe es aus Ihren Voten nicht heraushören können. Ich glaube, Ihnen geht es irgendwo um eine Ideologie, die für Sie mit diesen Geburtshäusern verbunden ist. Mir ist aber nicht klar, welche. Sie weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Mutter-Kind-Beziehung ist, Sie weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Rolle der Mutter in unserer Gesellschaft ist. Hier sollten Sie auch einmal dazu stehen, dass die Mutter selber entscheiden kann, wo sie ihr Kind auf die Welt bringt.

Für mich ist das Argument, dass Geburtshäuser finanziell günstiger sind, nicht dasjenige, warum ich dafür bin, hier die Geburtshäuser mit aufzunehmen. Für mich ist es wichtig, dass die Mutter die Wahlfreiheit hat zu entscheiden, wo sie ihr Kind auf die Welt bringt: Will sie das zu Hause, will sie das im Geburtshaus, oder will sie das in einem Spital? Von daher ist es vielleicht ja auch typisch, dass bis anhin nur Männer das Geburtshaus bekämpft haben.

Am Schluss noch zu Herrn Dunant: Ich habe Ihnen gut zugehört, aber ich konnte bei keinem Argument, das Sie angeführt haben, den Rückschritt entdecken, den eine Geburt in einem Geburtshaus jetzt unserer Gesellschaft oder unseren Müttern zufügen soll. Sie malen den Teufel an die Wand, den niemand sonst sieht ausser eben gewissen Herren von der SVP. In dieser Frage, das muss ich klar sagen, habe ich Vertrauen zu den Leuten, die die Situation kennen, und das ist hier in diesem Saal – neben den betroffenen Frauen, die auch schon selber Kinder zur Welt gebracht haben – sicher Liliane Maury Pasquier. Deshalb gilt das Votum dieser Herren für mich viel weniger als dasjenige einer Hebamme, die uns hier kompetent anrät, dem Antrag mit diesen Geburtshäusern zuzustimmen.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Dies ist sicher nicht das ganz entscheidende Thema dieser Vorlage; es geht für uns aber um das Thema der Wahlfreiheit – heute ein wichtiges Thema –, und es geht um Einrichtungen, die Wahlfreiheit ermöglichen. Eine Ausdehnung der Leistungen findet nicht wirklich statt; natürlich gibt es eine neue Kategorie, aber wir glauben aus den von Herrn Fasel genannten Gründen nicht, dass eine Ausdehnung der Leistungen stattfindet. Vor allem ist es aus unserer Sicht klar – es scheint mir wichtig, das noch nachzutragen, es wurde bisher noch nicht gesagt –, dass auch diese Einrichtungen den nachher zu diskutierenden Planungsvorgaben unterstellt sind. Auch hier werden die Kantone sagen können – und das ist die Brücke zu Herrn Dunant –, was auf die Liste kommt und was nicht. Sie werden damit natürlich auch ein Regulativ haben, mit dem dafür gesorgt werden kann, dass es keine Überkapazitäten gibt, indem mit der Transparenz im neuen System mit der Zeit ein ausgeglichenes Angebot an Geburtshäusern, geburtshilflichen Abteilungen und anderen Einrichtungen entstehen muss. Dieser Nachtrag scheint mir sehr wichtig, auch wenn es, zumindest für mich, nicht explizit im Text steht. Ich bitte die Kommissionsprecher, mich zu korrigieren, wenn ich falsch liege; zumindest für mich ist klar, dass auch diese Einrichtungen allenfalls auf die Liste kommen und der entsprechenden Dynamik der Planung unterstellt sind. Wir interpretieren es in diesem Sinne.

In diesem Sinne wird die Mehrheit der FDP-Fraktion der Kommissionsmehrheit zustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: La majorité de la commission souhaite étendre le nombre de lieux où l'on peut bénéficier des prestations de l'assurance-maladie. Cette discussion a déjà eu lieu plusieurs fois et le Conseil fédéral s'est constamment opposé à cette extension. Il ne s'agit pas d'un débat idéologique, mais pratique. Il est vrai qu'il y a la liberté de choix: on ne peut obliger personne à accoucher à l'hôpital plutôt qu'à



la maison. Dans ce sens, les maisons de naissance sont une extension de l'offre et de la liberté de choix. Ce qui est faux, c'est de prétendre que financièrement elles sont toujours meilleur marché. Je partage l'avis de Monsieur Dunant selon lequel un incident peut anéantir l'avantage financier de nombreux accouchements meilleur marché dans les maisons de naissance.

Il ne peut pas y avoir des maisons de naissance très éloignées des hôpitaux. Pratiquement, les maisons de naissance doivent toujours être proches d'un hôpital parce que, dès qu'il y a un incident, il faut pouvoir recourir aux services offerts par un hôpital. Par conséquent, elles ne sont pas un remplacement, mais un complément à l'offre hospitalière. Du point de vue de la sécurité, elles sont moins sûres que les hôpitaux. Elles sont peut-être plus conviviales; c'est probablement le cas. Mais, du point de vue de la sécurité, ce n'est pas un progrès, ce n'est pas un avantage financier.

Sans espoir de succès, nous vous suggérons de soutenir la proposition de la minorité Stahl.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Monsieur le conseiller fédéral, j'ai deux questions concernant la sécurité:

1. Quelle est votre opinion sur les résultats de l'étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique qui a mis en évidence que l'accouchement à domicile ne présentait pas plus de risque, ni en termes de mortalité ni sur le plan de la morbidité, que celui en milieu hospitalier?
2. Que savez-vous des infections nosocomiales en maternité?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il est exact qu'il y a des risques d'infections nosocomiales; il est exact que, d'après l'étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique, l'accouchement à domicile ne comporte pas plus de risques statistiquement que l'accouchement à l'hôpital, mais c'est une sélection, parce que lorsque vous accouchez à domicile, c'est que vous êtes quasiment sûre qu'il n'y a pas de risques. Encore une fois, c'est parce qu'il y a une sélection au départ: on accouche à la maison seulement si on est sûre qu'il n'y aura pas de pépin. La maison de naissance est une offre intermédiaire, c'est quelque chose de différent. Elle peut donner l'illusion qu'il est plus sûr d'y accoucher qu'à domicile, mais à la fin vous avez quand même besoin de l'hôpital s'il y a une complication. Mais on ne va pas se battre, vous allez gagner, et je n'en ferai pas une maladie, nosocomiale ou autre!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Comme l'a rappelé Madame Maury Pasquier, cette affaire prend effectivement la tournure d'un serpent de mer, où les manipulations de procédure et les procès d'intention finissent pas l'emporter sur les arguments raisonnables. En particulier, Monsieur Dunant peint certainement le diable sur la muraille. J'ai moi-même pratiqué l'obstétrique dans un hôpital périphérique et l'accouchement à domicile. Je ne souscris pas à ses arguments, bien qu'il ait été mon chef de clinique en son temps, mais pour la chirurgie vasculaire.

Les maisons de naissance demandent des équipements manifestement moins lourds qu'un hôpital, ce qui permet

AB 2007 N 426 / BO 2007 N 426

une rationalisation de la prise en charge et surtout une démedicalisation dans des grands moments de la vie pour tenter, dans la mesure du possible, de mettre en valeur son caractère intime. Une étude du Fonds national – Madame Maury Pasquier vient de le rappeler – a clairement montré qu'il n'y avait pas davantage de risques, d'autant plus qu'un suivi méticuleux de la grossesse a permis de les identifier. Lorsqu'il y a lieu simplement de les suspecter, même lorsqu'ils ne sont pas effectivement présents, bien entendu, l'accouchement doit avoir lieu à l'hôpital. Il y a lieu donc d'être extrêmement circonspect en matière d'indication.

Mais fondamentalement, la grossesse n'est pas une maladie. Il n'y a donc pas besoin que ces institutions soient localisées a priori à proximité d'un hôpital. Il n'y a pas non plus de raison de craindre la prolifération des maisons de naissance. L'objectif de cette modification est surtout d'assurer la pérennité de l'existant.

C'est ainsi, par 14 voix contre 6 et 3 abstentions, que la commission vous recommande d'approuver l'ajout de la lettre f et la modification des articles subséquents en rapport avec cette question, soit les articles 29, 35 et 38.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 118 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 53 Stimmen

Art. 29 Abs. 2 Bst. b
Antrag der Mehrheit





b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 29 al. 2 let. b

Proposition de la majorité

b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 35 Abs. 2 Bst. i

Antrag der Mehrheit

i. Geburtshäuser;

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 35 al. 2 let. i

Proposition de la majorité

i. les maisons de naissance;

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 38

Antrag der Mehrheit

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c bis g, i und m

Antrag der Minderheit

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Streichen

Art. 38

Proposition de la majorité

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35 alinéa 2 lettres c à g, i et m

Proposition de la minorité

(Stahl, Bortoluzzi, Parmelin, Scherer, Triponez, Wobmann)

Biffer

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité





Art. 39

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Abs. 2

Die Kantone koordinieren ihre Planung.

Abs. 2bis

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

Abs. 2ter

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

Abs. 3

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

Abs. 4–6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Randegger, Scherer, Triponez)

Abs. 1bis

Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e sind in einem transparenten Verfahren unter analoger Anwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen zu vergeben.

Antrag der Minderheit I

(Rossini, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Abs. 2bis

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin erstellt der Bund eine gesamtschweizerische Planung.

Antrag der Minderheit II

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Abs. 2bis

Streichen

AB 2007 N 427 / BO 2007 N 427

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Stahl)

Abs. 2ter

Streichen

Antrag Fehr Jacqueline

Abs. 1 Bst. d

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates





Antrag Gutzwiller

Abs. 2ter

Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Er hört zuvor die Kantone an. Er berücksichtigt die Anliegen der Leistungserbringer und Versicherer.

Art. 39

Proposition de la majorité

Al. 1

Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Al. 2

Les cantons coordonnent leurs planifications.

Al. 2bis

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification sur l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux, pour quelles prestations, doivent figurer sur les listes hospitalières cantonales.

Al. 2ter

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

Al. 3

Les conditions fixées à l'alinéa 1 s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médicosociaux).

Al. 4–6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Randegger, Scherer, Triponez)

Al. 1bis

Les mandats de prestations mentionnés à l'alinéa 1 lettre e sont attribués suivant une procédure transparente et en application de dispositions analogues à celles de la loi fédérale sur les marchés publics.

Proposition de la minorité I

(Rossini, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Al. 2bis

La Confédération établit une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Proposition de la minorité II

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer, Stahl)

Al. 2bis

Biffer

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Stahl)

Al. 2ter

Biffer

Proposition Fehr Jacqueline

Al. 1 let. d



Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Gutzwiller

Al. 2ter

Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité, la rentabilité et les soins de base. Il consulte au préalable les cantons. Il tient compte des intérêts des fournisseurs de prestations et de ceux des assurés.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich schlage Ihnen vor, eine erste Debatte über die Absätze 1 und 1bis zu führen. – Sie sind damit einverstanden.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich beantrage Ihnen mit meinem Einzelantrag, bei der Spitalplanung den halben Satz "wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind" zu streichen. Dieser Satz steht auch im aktuellen Gesetz und hat sich eigentlich in der Realität als etwas herausgestellt, was niemand recht zu fassen mag. Es ist nicht sicher, ob es eine politische Beruhigungsspiel für die Privatspitäler ist oder ob es ein Türöffner ist, um die Spitalplanung der Kantone via Rekursrecht zu unterlaufen.

In diesem Zusammenhang müssen wir uns nochmals überlegen, was wir mit der Spitalplanung eigentlich wollen. Wir wollen ein bedarfsgerechtes Angebot an Betten, das heisst, wir wollen gegenüber heute die Bettenzahl reduzieren; wir wollen dabei aber auch die regionalen Besonderheiten berücksichtigen. Wir wollen die Mittel effizient einsetzen, und wir wollen auch eine verantwortungsbewusste Verwendung der Steuergelder.

Es ist klar, dass Spitäler, die öffentlich oder öffentlich subventioniert sind und zum Teil oder meist mit teuren öffentlichen Geldern gebaut, unterhalten, ausgebaut oder erweitert wurden, bei der Spitalplanung eine höhere Priorität haben. Wenn es mit der Einführung der Fallkostenpauschalen darum geht, Spitäler miteinander zu vergleichen, wird es in der Realität nicht darum gehen, öffentliche Spitäler von der Spitalliste zu kippen, sondern darum, mit diesen Fallkostenpauschalen und den Vergleichen die Qualität in diesen Spitälern zu steigern. Das Ziel der Fallkostenpauschalen ist die Qualitätssteigerung und nicht das Eliminieren der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler von den Spitallisten. Das wäre gegenüber den Steuerzahlern ausserordentlich verantwortungslos. Es ist nicht vorstellbar, dass Kantonsspitäler plötzlich von der Spitalliste fliegen.

Der Gesundheitsmarkt ist gross – wir haben das schon beim Eintreten gehört –, er wächst stark. Die Privatspitäler spielen dabei eine wichtige Rolle, sie haben auch ihre Chance in diesem Markt, ohne dass sie an den Topf der Steuergelder und an den Topf der Grundversicherung kommen. Dort hingegen, wo es für die Versorgungssicherheit notwendig ist, sollen auch Leistungen der Privatspitäler gezielt eingekauft werden. Privatspitäler sollen also nicht "angemessen" berücksichtigt werden, sondern subsidiär. Sie haben dort ihren Platz, wo das Angebot durch die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler nicht ausreichend abgedeckt werden kann.

Aus diesem Grund erscheint es uns sinnvoller, diesen halben Satz zu streichen, weil dies zur Klärung beiträgt, weil so ein klares Konzept vorliegt; das heisst, dass die Kantone die

AB 2007 N 428 / BO 2007 N 428

Spitallisten so gestalten, dass der Bedarf gedeckt ist, dass die Versorgung sichergestellt ist, und dass sie dabei frei sind, welche Spitäler sie in welcher Reihenfolge auf die Liste setzen. Das heisst im Konkreten, dass ihre eigenen Spitäler – die öffentlichen und öffentlich subventionierten – selbstverständlich Priorität haben werden. Deshalb beantragen wir Ihnen, diesen halben Satz zu streichen.

Stahl Jürg (V, ZH): Mein Minderheitsantrag ist als Ergänzung zu Artikel 39 zu verstehen. Es gibt aus meiner Sicht keine Gründe, warum Bestimmungen des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen nicht analog im Gesundheitswesen angewendet werden könnten. Darum bitte ich Sie, meinem Minderheitsantrag zum Durchbruch zu verhelfen. Im Wesentlichen sind es drei Gründe, warum sich mein Minderheitsantrag positiv in das Gesundheitswesen einfügen lässt:

1. Die Qualität wird steigen. Mit dem öffentlichen Ausschreiben von Leistungsaufträgen nimmt der Anspruch an die Qualität zu. Aufgrund klarer Ausschreibungskriterien werden sich sämtliche Marktteilnehmer an kompetitiven Qualitätsmerkmalen messen müssen.

2. Die Transparenz führt zu mehr Wettbewerb. Durch das transparente Verfahren werden sich wettbewerbliche Effekte durchsetzen. Wenige Jahre nach der Einführung des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen wurden die Spielregeln von allen akzeptiert und in den meisten Fällen ohne richterliche Entscheidungen angewendet.



3. Die Leistungen werden kostengünstiger angeboten werden können. Ausgeschriebene Leistungsaufträge werden in der Tendenz kostengünstiger werden. Es gibt genügend Beispiele: Elektrizität, Bauwesen, öffentlicher Verkehr, Generalunternehmen, Serviceleistungen, Sicherheitsleistungen, um nur einige zu nennen. Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag zu folgen und damit ein kompetitives Element in das starre Konstrukt des Gesundheitswesens einzufügen.

Ruey Claude (RL, VD): Le groupe radical-libéral soutient en effet la proposition de la majorité à l'article 39 alinéa 1bis, et ceci pour les raisons suivantes. Je précise que je fais partie de la minorité parce que, en fait, Monsieur Randegger me remplaçait en séance.

Il faut se souvenir qu'au départ les cantons paient la moitié, grosso modo, des journées d'hospitalisation, parce que nous avons voulu, à l'époque où la LAMal a été créée, soulager une partie des assurés de ce qui aurait été répercuté sur les primes autrement. En d'autres termes, nous avons le système des primes par tête, atténué par une fiscalisation de l'hospitalisation.

Dans ce système, il est prévu que les cantons établissent une planification hospitalière, celle-ci devant tenir compte des hôpitaux privés. C'est la LAMal actuelle qui le dit, et c'est la lettre d de l'article 39 alinéa 1 qui nous est soumise qui le dit aussi. Il est important de maintenir cette lettre d et de ne pas suivre la gauche qui veut l'abroger. Il s'agit de tenir compte de l'égalité de traitement.

A l'avenir, avec le système que nous mettons en place, qui est l'achat de prestations – "Pauschfalle" –, nous pourrions à la limite nous dire qu'il n'y a pas besoin de planification. C'est d'ailleurs un élément qui a été discuté en commission. Mais il est évident que, vu les circonstances dans lesquelles nous nous trouvons, nous devons avancer pas par pas et donc aménager la planification actuelle. Cela étant, si nous maintenons la planification hospitalière, il faut qu'elle repose sur des critères loyaux et transparents. Il s'agit d'avoir du fair-play dans le choix des hôpitaux. Il s'agit d'assurer l'égalité de traitement, à qualité égale et à prix égal bien entendu. Cela doit être mesuré, l'efficacité aussi, tant sur la qualité que sur les prix, en tenant compte bien sûr des missions particulières, dans les cas de soins continus ou intensifs ou les cas d'urgence.

Il y a des missions plus coûteuses que d'autres et il faut éviter de comparer de manière inexacte. Cela doit donc être fait de manière soigneuse, mais de manière ouverte pour éviter les chasses gardées, les féodalités, pour éviter que les Conseils d'Etat concernés, qui d'ailleurs en général ne comprennent pas tous ce que leur chef de département concerné a lui-même de la peine à comprendre, ne prennent des mesures qui relèvent d'une politique protectionniste, et non pas des mesures claires au niveau du choix économique, sanitaire et qualitatif.

J'en viens aux cantons, précisément. Les cantons portent de multiples casquettes. J'ai été chef du département de la santé dans mon canton, et je crois pouvoir vous en parler en connaissance de cause. Ils sont propriétaires de certains hôpitaux; ils subventionnent les investissements d'autres hôpitaux publics ou parapublics; ils subventionnent les journées de malades dans l'ensemble des hôpitaux publics ou privés qui assurent des soins de base; ils sont les négociateurs de conventions locales sur les prix de la journée avec les assureurs et les fournisseurs de prestations; ils sont les arbitres des conflits qui peuvent exister en cas d'absence de convention parce qu'ils doivent fixer les tarifs, alors qu'ils sont en même temps propriétaires d'hôpitaux et subventionnent ceux-ci; enfin, ils sont les planificateurs.

Inutile de dire qu'avec ces multiples casquettes, les responsables cantonaux sont en permanence en butte à des conflits d'intérêts. Et le risque est qu'ils choisissent le court terme, la facilité, ce qui consisterait à favoriser ses propres hôpitaux même si ce choix est irrationnel du point de vue de l'économie globale de la santé. Le risque, c'est d'alléger le budget cantonal parce qu'on est sous la pression du ministre des finances – je vois dans la salle un ou deux de mes anciens collègues qui ont exercé cette fonction, justement d'ailleurs; le risque est donc que les cantons mélangent ce qui relève de la rationalité sanitaire avec ce qui concerne l'intérêt purement financier du canton.

Dès lors, il est particulièrement nécessaire de mettre des garde-fous et d'opter pour des méthodes d'analyse qui permettent d'obtenir de la transparence et d'assurer le fair-play. C'est ce que demande la minorité: elle ne dit pas qu'il faut appliquer la loi fédérale sur les marchés publics, bien entendu que non! – car cela reviendrait à dire que son chien a la rage pour pouvoir l'abattre –, mais elle dit: "On aimerait des méthodes analogues", c'est-à-dire des méthodes qui tiennent compte du prix, de la qualité, et que les cantons agissent de manière réellement sérieuse, expertisée, et sans qu'il y ait de passe-droit ou de défense de son pré carré ou des féodalités cantonales.

Ce sont les raisons pour lesquelles le groupe radical-libéral soutiendra la minorité sur ce point.

Borer Roland F. (V, SO): Die Fraktion der SVP wird den Antrag Fehr Jacqueline zu Artikel 39 Absatz 1 ableh-



nen, wird aber die Minderheit Stahl unterstützen.

Wenn wir vorhin dem Votum von Frau Fehr genau zugehört haben, haben wir doch einige sehr interessante Aspekte kennengelernt. Da ist der interessante Aspekt, dass anscheinend nach Ansicht von Frau Fehr ein Franken nicht ein Franken ist. Sie sprach nämlich – und ich zitiere hier – auf der einen Seite von teurem öffentlichem Geld, und auf der anderen Seite suggerierte sie uns, dass private Investitionen schlechtes Geld sind. Nur das öffentliche Geld, das in das Gesundheitswesen investiert wird, soll also etwas gelten, und das privat investierte Kapital ist eigentlich von Grund auf von Bösem.

Das kommt aus einer Ideologie heraus – ich betone: Ideologie –, die so nicht stimmt. Frau Fehr, Sie müssen damit leben – und auch Ihre Klientel, die Sie wählt, lebt davon –, dass im Gesundheitswesen auch Geld verdient wird und Geld verdient werden darf. Nach Ihren grundsätzlichen Überlegungen müssten eigentlich sämtliche Spitalangestellten für Gottes Lohn arbeiten, sie dürften kein Geld verdienen. So kann man das doch heute nicht mehr betrachten. Es ist eine ideologisch gefärbte Sichtweise, die Sie hier einnehmen und die zwischen öffentlichen und privaten Geldern unterscheidet. Es ist einfach die Weiterführung der Diskussion, die wir schon in der Kommission hatten.

AB 2007 N 429 / BO 2007 N 429

Zur Minderheit Stahl bei Artikel 39 Absatz 1bis: Wenn wir ein System wählen, in dem klar messbare Kriterien zu gelten haben, wenn es darum geht, Leistungsaufträge zu vergeben, dann müssen wir auf der einen Seite ganz klare Kriterienkataloge aufstellen, und auf der anderen Seite müssen wir im Voraus schon, bei der Festlegung, nachher auch aber bei ihrer Umsetzung klare, transparente Spielregeln festlegen. Wenn wir das tun, wird es in Zukunft zu Diskussionen kommen. Es wird in einem System des Wettbewerbs und in einem System, das über Leistungsaufträge geführt wird, immer Gewinner und Verlierer geben. Wir sind es im Sinne der Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit und auch dem Unterlegenen respektive dem Gewinner eines solchen Challenge schuldig, dass wir klar kommunizieren, wie eben die einzelnen Resultate zustande gekommen sind.

Deshalb werden wir von der SVP-Fraktion hier die Minderheit unterstützen.

Ich bin gerne bereit, jetzt auch die Frage von Frau Fehr, die sie sicher an mich hat, zu beantworten.

Präsident (Egerszegi-Obrist Christine, Präsident): Es gibt keine Frage, Herr Borer. Frau Fehr wünscht das Wort für eine kurze persönliche Erklärung, weil sie angesprochen worden ist.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Pech gehabt, Herr Borer, ich habe keine Frage an Sie, nur eine persönliche Erklärung, weil Sie ja das Kunststück fertiggebracht haben, mein Votum so ziemlich ins Gegenteil von dem zu verkehren, was ich eigentlich gesagt habe.

Die Situation ist ganz einfach; wir haben das ja auch schon stundenlang in der Kommission diskutiert. Die Positionen sind insofern verschieden, als Sie die Privatspitäler an die Töpfe der Grundversicherung, an die Töpfe der öffentlichen Gelder lassen und anschliessend die Profite in die privaten Taschen fliessen lassen wollen. Es ist nun mal so, dass dort, wo die öffentliche Hand in die Spitäler investiert hat, und dort, wo sie Eigentümerin der Spitäler ist, sie auch eine Verpflichtung gegenüber den Steuerzahlern hat, die Spitäler zu führen, damit der Versorgungsauftrag wahrgenommen werden kann.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Das war die Redezeit für die persönliche Erklärung.

Fasel Hugo (G, FR): In drei Minuten ist es 13 Uhr, dann hören wir normalerweise auf; also gehen wir zügig und schnell voran. Die Fraktion der Grünen unterstützt den Antrag von Frau Fehr. Das Konzept, das diesem Antrag zugrunde liegt, ist konsistent. Wenn man das wie vorgeschlagen handhaben will, ist es notwendig, den letzten halben Satz in Buchstabe d zu streichen.

Was den Minderheitsantrag Stahl betrifft, haben wir einige Bedenken und lehnen ihn deshalb ab. Die Bedenken sind die folgenden: Herr Stahl hat richtigerweise gesagt, dass man hier das Konzept der öffentlichen Ausschreibung anwenden wolle, wie es bei der Elektrizität zur Anwendung kommt, bei einer öffentlichen Buslinie oder bei der Kehrtafelfuhr. Das Problem ist eben nur, dass Aufträge im Gesundheitsbereich wesentlich komplizierter und schwieriger auszuschreiben sind. Das heisst, dass wir ein solches Konzept klar und deutlich ablehnen.

Ich denke auch, dass die Argumentation von Herrn Ruey wenig weiter trägt, wenn er den Kantonsregierungen Inkompetenz vorwirft. Denn die Kantonsregierungen werden mit einem viel umfassenderen, komplizierten und komplexen Ausschreibungssystem nicht über Nacht kompetenter. Sie müssen auch da noch in bester Kenntnis der Dinge entscheiden. Schliesslich wissen wir auch von anderen Orten, was öffentliche Ausschreibungen von



dieser Komplexität beinhalten; die Neat ist ein gutes Beispiel hierfür: Wenn wir ein Los nicht loswerden, wird es unendlich langwierige Prozesse geben. Denn wer sich um einen Auftrag bemüht und dann nur einen Teil erhält, weshalb die Sache wiederum nicht rentabel ist, der wird deshalb zusätzliche Forderungen stellen und Juristen bemühen. Das heisst: Das Konzept, das hier von Herrn Stahl vorgeschlagen wird, ist nicht praktikabel. Das ist der Grund, weshalb wir vonseiten der Grünen den Minderheitsantrag Stahl ablehnen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Aufgrund der persönlichen Erklärung von Frau Fehr möchte auch Herr Borer eine persönliche Erklärung abgeben.

Borer Roland F. (V, SO): Ich verahre mich dagegen, dass ich jemanden – egal, ob es sich um ein öffentliches Spital oder ein privates Spital handelt – an einen Honigtopf oder etwas anderes hängen will. Aber ich erwarte, dass jemand, der eine hervorragende Leistung im Bereich der Grundversorgung erbringt, egal ob privat oder öffentlich, dementsprechend bezahlt wird. Das erwarte ich.

Goll Christine (S, ZH): Die SP-Fraktion wird die Minderheit Stahl ablehnen und den Einzelantrag Fehr Jacqueline unterstützen. Die SP-Fraktion, Herr Borer, unterstützt den Einzelantrag Fehr Jacqueline vor allem deshalb, weil er Unklarheiten beseitigt. Wenn Sie die Fassung der Mehrheit lesen, können Sie unschwer feststellen, dass diese Formulierung mehr Fragen offenlässt als beantwortet.

Wir wollen verhindern, dass Privatspitäler mit öffentlichen Geldern subventioniert werden. Wir wollen das vor allem deshalb verhindern, weil die Formulierung, welche die Mehrheit gewählt hat, keine Sicherheit bietet, dass klare Rahmenbedingungen für die Subventionierung mit öffentlichen Geldern vereinbart werden. Diese Regelung ist in den gesetzlichen Bestimmungen, wie sie die Mehrheit beschlossen hat, nirgends vorgesehen. Wir sind nicht bereit, öffentliche Gelder für Privatspitäler und private Einrichtungen zu sprechen, ohne dass klare Kriterien und Auflagen eingehalten werden müssen. Das Ergebnis einer solchen Politik wird nämlich genau dasjenige sein, dass eine umfassende und hochstehende medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung nicht mehr garantiert werden kann, weil dann Privatspitäler – genau wegen dieser Subventionierung mit öffentlichen Geldern – die Möglichkeit haben, sich zurückzulehnen und Rosinenpickerei zu betreiben. Sie werden keine Auflagen haben, sich beispielsweise an der Grundversorgung wie Notfalldienst zu beteiligen. Wir unterstützen den Einzelantrag vor allem deshalb, weil mit einer Subventionierung von Privatspitälern mit öffentlichen Geldern immer auch eine Mengenausweitung verbunden ist, eine Mengenausweitung, die sich notabene immer auch in einem weiteren Prämienanstieg äussert. Wir wollen, dass die öffentlichen Spitäler die besten Spitäler sind und es auch bleiben.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich schlage Ihnen vor, hier die Debatte zu unterbrechen. Wir werden morgen nach der Vereinigten Bundesversammlung mit diesem Geschäft weiterfahren. Der Reigen der Fraktionssprecher ist damit zu Ende. Herr Bundesrat Couchepin wird morgen weiterfahren.

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

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich möchte Ihnen noch folgende zwei Mitteilungen machen: Heute Nachmittag um 16.30 Uhr findet die erste Jassmeisterschaft der eidgenössischen Räte statt. Sie sind herzlich dazu eingeladen.
Etwas später, um 18 Uhr, findet im Käfigturm die Vernissage der Ausstellung zu den Wahlen 2007 statt.

*Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr
La séance est levée à 13 h 05*