



04.061

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

## CHRONOLOGIE

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

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)  
1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier)****Ziff. II***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

Die kantonalen Spitalplanungen und -listen müssen innert zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung den Anforderungen nach Artikel 39 genügen. Die erste Planung nach Artikel 39 Absatz 2bis ist bis Ende des Jahres des Inkrafttretens dieser Gesetzesänderung zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

*Abs. 2*

Die Umsetzung der Regelungen nach den Artikeln 41 Absatz 1bis und 49 Absatz 1 erfolgt zeitlich gestaffelt, spätestens aber mit den Spitaltarifen, die ab dem dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung angewendet werden. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben.





Der Bundesrat bestimmt ebenfalls das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tariffberechnung einbezogen werden.

*Abs. 2bis*

Spätestens im dritten Jahr nach Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten in allen Spitälern der Spitalliste zu übernehmen.

*Abs. 3*

In bisher subventionierten Spitälern beteiligen sich die Kantone bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlung.

*Abs. 4*

In bisher nichtsubventionierten Spitälern beteiligen sich die Versicherer bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen.

*Abs. 5*

Kantone und Versicherer vereinbaren in der Einführungsphase der leistungsbezogenen Pauschalen die jeweiligen massgeblichen Vergütungsanteile für die Kantoneinwohnerinnen und Kantoneinwohner. Die Vergütungsanteile sind so zu vereinbaren, dass sie zu einem stufenweisen Kostenübergang zur Finanzierungsregelung nach Artikel 49a führen. Können sich die Parteien nicht auf die entsprechenden Anteile einigen, setzt sie der Bundesrat fest.

*Abs. 6–9*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

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

*Abs. 1*

Streichen

*Abs. 3*

In bisher subventionierten Spitälern beteiligen sich die Kantone bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung ....

*Antrag Markwalder Bär*

*Abs. 2*

Die Umsetzung .... einbezogen werden. Auf den gleichen Zeitpunkt werden die Planungen der Kantone gemäss Artikel 39 angepasst.

**Ch. II**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Les planifications et les listes hospitalières cantonales doivent répondre aux exigences de l'article 39 dans le délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. La première version de la planification selon l'article 39 alinéa 2bis doit être établie jusqu'à la fin de l'année de l'entrée en vigueur de la présente modification de la loi et doit être mise en oeuvre dans un délai de trois ans.

*Al. 2*

La mise en oeuvre des réglementations selon les articles 41 alinéa 1bis et 49 alinéa 1 se fait par étapes, mais au plus

AB 2007 N 529 / BO 2007 N 529

tard avec les tarifs hospitaliers applicables à partir de la troisième année après l'entrée en vigueur de la présente modification. Le Conseil fédéral fixe les modalités d'introduction ainsi que le moment à partir duquel les forfaits liés aux prestations doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. Le Conseil fédéral fixe également la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

*Al. 2bis*



Au plus tard dans la troisième année à compter de l'introduction des forfaits liés aux prestations, les cantons doivent prendre en charge leur part de rémunération prévue à l'article 49a, y compris les coûts d'investissement, dans tous les hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux.

*Al. 3*

Dans les hôpitaux jusqu'ici subventionnés, les cantons participent, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, aux coûts des traitements hospitaliers.

*Al. 4*

Dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, les assureurs participent, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, aux coûts des traitements hospitaliers.

*Al. 5*

Les cantons et les assureurs conviennent, dans la phase d'introduction des forfaits liés aux prestations, des parts de rémunération déterminantes correspondantes pour les résidents du canton. Les parts de rémunération doivent être convenues de telle manière à ce qu'elles tendent à une adaptation graduelle des coûts aux règles de financement prévues à l'article 49a. Si les parties ne peuvent pas s'entendre sur la part correspondante, c'est le Conseil fédéral qui la fixe.

*Al. 6–9*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### *Proposition de la minorité*

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

*Al. 1*

Biffer

*Al. 3*

Dans les hôpitaux jusqu'ici subventionnés, les cantons participent jusqu'à l'introduction des forfaits liés aux prestations, conformément aux règles de financement en vigueur avant la présente modification, aux coûts ....

#### *Proposition Markwalder Bär*

*Al. 2*

.... pas pris en compte dans le calcul du tarif. Les planifications cantonales sont adaptées selon l'article 39 en même temps.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Die Vorlage steht im Wesentlichen, in den Hauptzügen; es ist eine gute Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens in Richtung Transparenz und Wettbewerb. Aus dieser Sicht sind wir zufrieden – nicht in allen Teilen natürlich, aber der Grundgehalt dieser Vorlage stimmt.

Es ist nun nicht unwichtig, die vorgesehenen Änderungen auch mit Übergangsregelungen zu versehen, die der eher schwerfälligen Branche gerecht werden. Auf der anderen Seite ist es klar, dass es auch nicht angehen kann, all denen entgegenzukommen, die bei neuen Herausforderungen zuerst einmal sagen, was alles warum nicht möglich sei, dass es schon schwierig sei usw. Wir versuchen hier, Übergangsregelungen zu schaffen, die dem Problem angemessen und für die Betroffenen durchführbar sind.

Wenn nun die Minderheit hier Änderungen vorschlägt, muss man zur Kenntnis nehmen: Es geht nicht um eine materielle Änderung, sondern es geht darum, Widersprüche auszuräumen. Ich hoffe, dass Ihnen nachher die Kommissionssprecher meine Überlegungen bestätigen werden. In Absatz 1 besteht beim zeitlichen Ablauf ein Widerspruch – so, wie ich es beurteile –, er stimmt nicht mit dem Vorgehen in den übrigen Bereichen überein. Darum beantrage ich Ihnen, Absatz 1 zu streichen. Trotzdem ist aber ein Teil dieses Absatzes 1 notwendig. Sie haben auf Ihren Pulten einen Antrag Markwalder Bär. Er ergänzt Absatz 2; wenn Absatz 1 gestrichen wird, ist diese Ergänzung in Absatz 2 notwendig, damit die Spitalplanungsliste trotzdem Aufnahme findet. Der Bundesrat hat dann die Kompetenz, die Abläufe zu koordinieren und zu bestimmen. Das ist, glaube ich, der richtige Weg. Das zu Absatz 1 und als Vorbemerkung zum Antrag Markwalder Bär; die Antragstellerin wird ihn dann ja selbst begründen.

Bei Absatz 3 haben wir die gleiche Minderheit. Ich glaube, dass die Mehrheit das Problem hier aufgenommen hat. Der Antrag meiner Minderheit war Teil eines ganzen Konzepts, das sich auf Artikel 39 bezog. Den Antrag der Minderheit zu Absatz 3 braucht es nicht mehr, nachdem die Mehrheit eine Anpassung der Fassung des Ständerates vorgenommen hat. Der Antrag der Minderheit zu Absatz 3 kann als zurückgezogen betrachtet werden.



Ich möchte Sie also bitten – um eine richtige Abstimmung in den Übergangsbestimmungen vorzunehmen –, Absatz 1 zu streichen und bei Absatz 2 dem Einzelantrag Markwalder Bär zuzustimmen. Ich glaube, so haben wir eine Ausgangslage, die mit dem vorderen Teil übereinstimmt und die es dem Bundesrat dann möglich macht, die koordinierende Aufgabe richtig wahrzunehmen. Es braucht in dieser Frage dann aber noch den Ständerat, der hier zusammen mit dem Bundesrat genau überprüfen sollte, ob die Funktionsfähigkeit dieser Übergangsregelung gesichert ist.

**Markwalder Bär** Christa (RL, BE): Mein Antrag will in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen die Ergänzung anbringen, dass die Planungen der Kantone gemäss Artikel 39 auf den gleichen Zeitpunkt angepasst werden sollen, zu welchem die Einführung des Spitalbinnenmarkts, die Neuordnung der Fallpauschalen sowie die finanzielle Gleichstellung der Trägerschaft erfolgen sollen. Im Moment stimmen die Sequenzen der Einführung der verschiedenen Massnahmen noch nicht. So argumentiert zum Beispiel die Minderheit Bortoluzzi zu Recht, dass Absatz 1 der Übergangsbestimmungen in der Kommission mit der Diskussion zu Artikel 39 bereits abgelehnt worden und erst nachträglich und fälschlicherweise erneut aufgenommen worden ist.

Doch auch in zeitlicher Hinsicht ist Absatz 1 der Übergangsbestimmungen falsch. Die Vorgabe, dass die Neuordnung der Planung gemäss Artikel 39 innerhalb zweier Jahre nach Verabschiedung dieses Gesetzes umzusetzen ist, ist unrealistisch. Wir haben in Artikel 39 den Bund beauftragt, einheitliche Planungskriterien zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und bedarfsgerechter Mindestversorgung zu erlassen. Das ist keine Aufgabe, die sich rasch erfüllen lässt. Die Kantone sind in die Erarbeitung der Planungsvorgaben einzubeziehen. Die Anliegen der Leistungserbringer und Versicherer sind zu berücksichtigen. Voraussichtlich will auch die SGK zu der dafür notwendigen Verordnung konsultiert werden. Das wird mehr als ein Jahr in Anspruch nehmen, womit den Kantonen nicht mehr genügend Zeit bleibt, die Planung entsprechend den neuen Vorgaben sauber umzusetzen. Die Planung wird somit nicht im Einklang mit dem Gesetz stehen.

Auch gilt es zu verhindern, dass die Kantone ihre Spitallisten noch vor Einführung objektiver Kriterien zu Qualität und Kosten anpassen. Im Kanton Bern hat der Gesundheitsdirektor bereits angekündigt, was dies bedeuten könnte, nämlich die Streichung von mindestens drei Spitälern von der Spitalliste. In anderen Kantonen, zum Beispiel im Aargau oder in Zürich, zeigen die Diskussionen um die Schliessungen von Spitälern auf, dass heute statt objektive Kriterien oft oder eher die Trägerschaft oder die politische Nähe des Spitals zum Regierungsrat den Ausschlag für die Planungsentscheide geben.

**AB 2007 N 530 / BO 2007 N 530**

Wenn wir die privaten und öffentlichen Spitäler einander gleichstellen wollen, müssen wir dies nicht nur bei der Finanzierung tun, sondern vor allem auch bei der Frage, wer die Patienten behandeln und bedienen darf. Diese Frage gilt es auf der Basis von Qualität und Kosten zu beantworten. Notwendig ist deshalb eine saubere Staffelung der Massnahmen. Das bedeutet, dass die Neuordnung der Planung gemäss Artikel 39 zusammen mit der Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips sowie der Neuordnung der Fallpauschalen gemäss Artikel 49 Absatz 1 stattfinden soll. Dies wird durch meinen Zusatz erreicht.

Auch diese Lösung kann der Ständerat noch verbessern, denn es fehlt noch eine klare Zeitvorgabe, auf wann die Betriebsvergleiche eingeführt werden. Nur auf der Basis von Qualitätsvergleichen wird der Wettbewerb funktionieren und nicht auf Kosten der Qualität gehen. Den publizierten Betriebsvergleichen haben wir bei Artikel 49 Absatz 8 zugestimmt. Der Ständerat wird sie hoffentlich ebenfalls bis spätestens zur Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips, der Neuordnung der Fallpauschalen sowie der Gleichstellung privater und öffentlicher Träger für obligatorisch erklären und damit den Patientinnen und Patienten und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten einen Leistungsvergleich ermöglichen.

Kurz: Die Neuordnung der Planung hat auf den gleichen Zeitpunkt wie die Einführung des Spitalbinnenmarktes, die Neuordnung der Fallpauschalen und die finanzielle Gleichstellung der Trägerschaften zu erfolgen.

Ich bitte Sie, meinen Antrag zu unterstützen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à suivre la majorité dans ces dispositions transitoires.

Après les modifications qui ont été apportées dans l'appréhension de la planification, il est en effet important de compléter la version du Conseil des Etats, qui arrêta des dates, dans ces dispositions transitoires, qui ne sont plus adéquates par rapport au processus de décision. La majorité de la commission a également arrêté des délais. Ceux-ci sont extrêmement importants.

Monsieur Bortoluzzi a certes une autre vision du système de santé, mais cela n'empêche pas de rester lucide: je crois qu'on est obligé d'avoir des références de temps en plus des références liées aux critères. Les critères



généraux seront établis par la Confédération et, en plus, nous avons besoin de critères de temps, pour véritablement mettre en oeuvre et appliquer cette loi. Ce sont des éléments importants. Les cantons ne partent pas de rien, mais de processus qui durent déjà depuis un certain nombre d'années, parfois même depuis de très longues années. Par conséquent, ils ont la maîtrise de la situation, ainsi que la maîtrise des effets qu'ils provoqueront sur leur liste, dont les changements sur l'organisation de l'ensemble du système de santé de chacun d'eux. Par conséquent, les délais mentionnés et qui ont été retenus par la majorité de la commission sont des délais raisonnables et qu'il convient absolument de soutenir.

Nous devons, pour les cantons aussi, avoir un minimum de clarté sur les délais retenus en regard des conceptions à mettre en oeuvre en matière de planification hospitalière et d'organisation du système de santé, et par rapport aux décisions qu'ils devront également prendre à l'intérieur de leur territoire. Il est important de suivre la majorité qui fixe des délais très clairs et, ainsi, les cantons sauront à quoi s'en tenir.

Je vous invite donc à soutenir les propositions de la majorité et à rejeter par là celles de la minorité Bortoluzzi.

**Gutzwiller Felix (RL, ZH):** Es geht hier um die Übergangsbestimmungen, also um den Wechsel vom jetzigen in das künftige System, das wir gestern beschlossen haben. Dieses künftige System sieht ja vor, dass die Steuerung der Kapazität der Spitallandschaft durch Effizienz und Qualität gemacht wird. Wir werden die Fallpauschalen haben, die Transparenz einführen. Wir werden die Fallpauschalen an die Ergebnisqualität knüpfen. Das haben wir bei Artikel 49 Absatz 8 beschlossen, und wir haben sogar beschlossen, die Ergebnisse zu veröffentlichen. Man wird mit den Fallpauschalen in Zukunft also eine Dynamisierung des Systems erleben: Betriebsvergleiche, Qualitätseinbindungen und schliesslich Veröffentlichung in einem gesamtschweizerischen Binnenmarkt. So wurde es gestern beschlossen.

Die Frage ist ja, wie man nun zu diesem System kommt. Aus dieser Optik ist unseres Erachtens in diesen Übergangsbestimmungen einiges noch ein klein wenig holperig und sollte noch einmal stringent durchdacht werden. Wir stellen uns vor, dass in diesen Übergangsbestimmungen nun als Erstes diese Fallpauschalen zügig aufgesetzt werden sollten. Hier gibt es noch einige technische Fragen. Gemäss Absatz 2 hat der Bundesrat die Einführungsmodalitäten und den Zeitpunkt zu bestimmen. Wir sind der Meinung, dass verbunden mit der entscheidenden Grundlage der Fallpauschale auch die kantonalen Planungen angepasst werden können und dass danach in einer zweiten Phase, wenn die Qualitätsindikatoren definiert sind, auch die Betriebsvergleiche erfolgen.

Wie das heutige System nun sequenziell möglichst zügig, aber auch möglichst stabil und geordnet ins neue übergeführt werden sollte, sollte vom Ständerat noch einmal abgeklärt werden, auch im Hinblick auf Unebenheiten. Wir sind der Meinung, dass der Antrag Markwalder Bär dazu führt, dass sich in der ersten Phase eine gewisse Konkordanz zwischen Fallpauschalen und Planung ergibt. Die Differenz zur ursprünglichen Mehrheit ist ja bezüglich Zeit nicht sehr gross; das macht vielleicht ein Jahr aus. Deshalb sind wir der Meinung, dass es vernünftig ist, dem Antrag Markwalder Bär zuzustimmen und bei Absatz 1 gleichzeitig der Minderheit Bortoluzzi zu folgen, weil damit diese Unebenheiten beseitigt werden. Nachher, bei den weiteren Schritten des Übergangs – Absätze 2bis, 3 und 4 –, folgen wir bei den Sequenzen jeweils der Mehrheit.

Insgesamt unterstützen wir also die Minderheit bei Absatz 1, den Antrag Markwalder Bär bei Absatz 2 und nachher die Schritte gemäss Mehrheit. Das sollte einen geordneten Übergang ermöglichen. Wir gehen allerdings davon aus, dass der Ständerat das mit Hilfe der Verwaltung noch einmal sehr genau unter die Lupe nimmt.

**Robbiani Meinrado (C, TI):** Cette révision comporte des adaptations très significatives. On en a longuement discuté, que l'on pense à une planification plus précise et plus complète ou à l'introduction de tarifs forfaitaires, mais aussi à une nouvelle répartition plus précise de la participation des coûts entre cantons et assureurs. Ces adaptations impliquent d'abord des clarifications préliminaires, surtout en ce qui concerne l'introduction de critères uniformes pour la planification et qui impliquent aussi un processus décisionnel particulièrement délicat et approfondi. Par rapport à cela, le calendrier joue un rôle tout à fait particulier. Un temps suffisant doit être prévu pour permettre l'élaboration et l'application des mesures que l'on vient d'adopter, sur la base d'un critère de cohérence interne.

Face à ces considérations, le groupe PDC considère la proposition Markwalder Bär comme étant raisonnable. Son adaptation permettrait d'ailleurs de maintenir une divergence et donnerait au Conseil des Etats la possibilité d'approfondir la question et de réfléchir ultérieurement à l'adoption d'un calendrier répondant tout à fait aux tâches qui découlent de cette révision.

D'une manière générale, le groupe PDC suivra la majorité, mais il soutiendra la proposition Markwalder Bär.

**Couchepin Pascal, conseiller fédéral:** Nous en sommes maintenant aux dispositions transitoires et à la ques-



tion importante de savoir quand entrent en vigueur les dispositions relatives aux DRG, à la planification et au principe du "Cassis de Dijon". Ce sont trois problèmes qui sont résolus par les dispositions que vous avez votées jusqu'à ce jour. Mais ensuite il faut les mettre en oeuvre; et pour les mettre en oeuvre, il faut se poser quelques questions.

Est-il possible, comme le souhaite la proposition Markwalder Bär, de mettre en vigueur en même temps la planification et les DRG? J'ai quelques doutes. Je crois que les choses

AB 2007 N 531 / BO 2007 N 531

devraient se passer un peu différemment. D'abord, la planification – peut-être pas sa mise en vigueur – doit être établie, de telle sorte que ceux qui y seront soumis introduisent les DRG.

L'argument de la majorité – ce n'est pas à moi de le reprendre, mais je crois l'avoir compris ainsi –, c'est de dire que l'introduction du système DRG exige beaucoup d'efforts et que ceux qui ne sont pas sur les listes n'auront pas d'intérêt à l'introduire puisqu'ils n'y sont pas soumis et qu'ils factureront en fonction d'autres principes. Par conséquent, les partisans de la majorité disent qu'il faut d'abord savoir pour l'hôpital s'il sera sur la liste et au moment où il l'est, alors il investira pour introduire – avec tout ce que cela comporte de modifications dans la comptabilité, dans l'organisation de l'hôpital – le système DRG.

Par contre, si un hôpital doit introduire le système DRG en même temps qu'il apprend qu'il est sur la liste, il n'arrivera pas à s'en sortir. Evidemment, on peut répondre à cela que les cantons peuvent en principe dire aux hôpitaux qui seront sur la liste qu'ils doivent se préparer au système DRG, mais il y a quand même des possibilités de recours, il y a toute une série d'opérations qui peuvent être faites par ceux qui n'y sont pas. Alors les hôpitaux diront: "On a fait l'effort et, tout d'un coup, on nous annonce qu'on n'est même pas sur la liste." Ce sont des problèmes très complexes.

C'est la raison pour laquelle je maintiens l'appui à la solution de la majorité. De toute façon, il y a des divergences avec le Conseil des Etats et il faudra avoir un nouveau débat dans ce dernier conseil pour mieux comprendre la portée des décisions que l'on souhaite.

En conclusion, nous soutenons la majorité, mais nous sommes disposés à rouvrir le débat sur ces problèmes au Conseil des Etats. L'essentiel, c'est qu'il y ait une divergence pour que ces problèmes restent ouverts. Il est important d'avoir déjà aujourd'hui un débat sur ces sujets. Il faudra le terminer au Conseil des Etats.

**Humbel Näf** Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Übergangsbestimmungen regeln die Phase der Umsetzung und Einführung der neuen Spitalfinanzierung und sind daher wesentlich für das Gelingen des Systemwechsels. Nach dem Willen der Kommissionsmehrheit sollen die Übergangsbestimmungen folgende Ziele erreichen: Erstens müssen die einheitlichen Fallpauschalen ohne Verzögerung eingeführt werden. Zweitens sollen bei den Fallpauschalen Qualität und Kosteneffizienz vergleichbar gemacht werden. Diese beiden Kriterien – Qualität und Kosteneffizienz – müssen für die Aufnahme von Spitälern und Kliniken auf die Spitallisten ausschlaggebend sein. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gemäss Artikel 39 Absatz 2 Litera d KVG müssen die Kantone genügend Spitalkapazitäten auf die Spitallisten aufnehmen. Der Bundesrat bestimmt die Einführungsmodalitäten sowie den Zeitpunkt, zu dem die leistungsbezogenen Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Im Gegensatz zum Ständerat verzichtet Ihre SGK auf die Nennung von fixen Daten, sondern rechnet die Fristen ab Inkrafttreten. Im Idealfall kann die Teilrevision des Gesetzes auf 2008 in Kraft treten. Der Bundesrat legt fest, wie die getätigten Investitionen in die Tarifberechnungen einzubeziehen sind. Spätestens aber mit den Spitaltarifen im dritten Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes müssen alle Listenspitäler aufgrund von einheitlichen Fallkosten gleich finanziert werden. Auf den gleichen Zeitpunkt soll auch die schweizweite Wahlfreiheit unter den Listenspitälern, das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip, eingeführt werden. Während der Einführungsphase vereinbaren Kantone und Versicherer die massgeblichen Vergütungsanteile. Allfällige Mehrkosten durch die Änderung der Spitalfinanzierung müssen beide Kostenträger paritätisch übernehmen. Bis zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen gelten die bisherigen Finanzierungsregeln.

Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen müssen die Bundesvorgaben für die Planung und Anpassung der kantonalen Spitallisten nach den Planungskriterien des Bundes innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes umgesetzt sein. Dieser Zeitplan dürfte schwer einzuhalten sein, nachdem wir jetzt mit Artikel 39 Absatz 2ter beschlossen haben, dass der Bund auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit Planungskriterien erlassen muss. Für die zu überarbeitenden Spitalplanungen gemäss dem neuen Artikel 39 müssen ja zuerst einmal die Vorgaben des Bundes vorliegen. Erst wenn sie beschlossen worden sind, können sie von den Kantonen auch umgesetzt werden. Es stellt sich daher die Frage, ob die Frist von zwei Jahren nicht etwas zu kurz ist und ob sie nicht gleich lang sein sollte wie die Phase für die Umsetzung



bei der hochspezialisierten Medizin, welche wir ebenfalls in Artikel 39 geregelt haben.

Der Antrag Markwalder Bär geht in diese Richtung. Frau Markwalder Bär will, dass die Spitalplanungen spätestens im dritten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes mit der Einführung von Fallpauschalen den Anforderungen des neuen Artikels 39 entsprechen müssen. Die Kantone hätten also ein Jahr länger Zeit als mit der von der Kommission beschlossenen Fassung.

Der Antrag Markwalder Bär lag der Kommission nicht vor. Er dürfte aber zeitlich doch eher umsetzbar sein als die von der Kommission beantragte Fassung. Wie auch Herr Bundesrat Couchepin gesagt hat, wird sich der Ständerat nochmals mit diesen Übergangsbestimmungen befassen müssen. Wir müssen für diese Einführungsphase eine Frist setzen, aber sie muss auch realistisch sein. Die Übergangsfrist kann auch gestaffelt sein: Wenn gewisse Kantone schneller sind, wäre das gut; aber dass wir ihnen eine Frist von drei Jahren gewähren müssen, scheint mir sinnvoll zu sein.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 04.061/4139)

Für den Antrag der Minderheit .... 99 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 66 Stimmen

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 04.061/4138)

Für den Antrag Markwalder Bär .... 168 Stimmen

(Einstimmigkeit)

*Abs. 3 – Al. 3*

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich halte fest, dass der Antrag der Minderheit Bortoluzzi zu Absatz 3 zurückgezogen worden ist.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

## **Ziff. IIa**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Änderung bisherigen Rechts

Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG)

*Art. 34*

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 53 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.

AB 2007 N 532 / BO 2007 N 532

*Antrag der Minderheit*

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

Streichen

## **Ch. IIa**

*Proposition de la majorité*

*Titre*





Modification du droit en vigueur

Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF)

*Art. 34*

Le Tribunal administratif fédéral connaît, conformément à l'article 53 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux.

*Proposition de la minorité*

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

Biffer

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit Rechsteiner Paul haben wir bereits bei Artikel 53 KVG entschieden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. III**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

.... am 1. Januar 2008 oder ....

**Ch. III**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

.... le 1er janvier 2008 ou ....

*Angenommen – Adopté*

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Es folgen noch Fraktionserklärungen.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion wird diese Vorlage ablehnen. Wir haben uns sehr dafür engagiert, dass wir mit dieser Vorlage in einem sehr wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung eine Grundlage nach dem Prinzip "bestmögliche Qualität zu tiefstmöglichen Kosten" schaffen. Deshalb haben wir auf der einen Seite die Regulierungen verstärkt, wie es in einem Anbietermarkt notwendig ist, wenn wir die Kosten unter Kontrolle behalten wollen. Wir haben die Planungskriterien des Bundes und jene der Kantone verstärkt. Wir haben in der Spitzenmedizin entsprechend gehandelt. Wir wären gerne noch weiter gegangen, mit mehr Kompetenzen beim Bund und mit der Einführung einer Bedürfnisklausel. Auf der anderen Seite haben wir Massnahmen unterstützt, die der Qualität und der Effizienz dienen: die Fallkostenpauschale und die freie Spitalwahl. Wir sind überzeugt, dass die Kosten ohne starke Regulierungen in einem Anbietermarkt nicht kontrolliert werden können. Wir sind aber ebenfalls davon überzeugt, dass es innerhalb des regulierten Marktes durchaus Freiheiten und Vergleichbarkeit geben muss.

Ich hatte gestern das Gefühl, die Katze lasse das Mäusen nicht. Die Mehrheit konnte es sich nicht verkneifen, einerseits mit dem Monismus-Artikel, aber andererseits vor allem mit den Vertragsspitalern den regulierten Markt gerade wieder auszuhebeln. Damit haben wir ein völlig inkohärentes System. Die Kantone und der Bund müssen planen, aber per Gesetz wird diese Möglichkeit zur Planung bereits wieder ausgehebelt. Konkret: Die Kantone machen die Spitalisten, und die Spitalisten müssen per Gesetz den Bedarf an Betten abdecken. Dazu sollen jetzt aber noch die Vertragsspitaler weitere Betten zur Verfügung stellen, die über die Grundversicherung mitfinanziert werden. Jedes Bett in einem Vertragsspital ist damit aber per Gesetz eine Überkapazität. Damit schaffen wir Überkapazitäten per Gesetz und sind weiterhin kostentreibend.

Wir möchten das nicht, wir wollen kostendämpfende Massnahmen. Wir wollen, dass in diesem zentralen Bereich der Gesundheitsvorsorge die Kosten unter Kontrolle gehalten werden, die Qualität und die Effizienz



gesteigert werden können. Das haben wir mit diesen inkohärenten Beschlüssen verpasst. Deswegen lehnen wir die Vorlage ab.

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH): Wir werden dieser Vorlage zustimmen. Es scheint uns klar, dass mit dem sehr deutlichen Verdikt der Bevölkerung zur Einheitskasse ein entscheidender Systementscheid – im Übrigen zum zweiten Mal innerhalb dreier Jahre – gefallen ist. Die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger in diesem Land will eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung wettbewerbliche Reform, will keine Monopolisten und will keine überbordende staatliche Kontrolle.

Diese Weiterentwicklung haben wir nach unserer Auffassung jetzt gut und kohärent gemacht, indem jetzt klar ist, dass die wettbewerblichen Anreize im System in der nächsten Zukunft verbessert werden: Es wird Pauschalen geben, man wird die Preis- und Kostenstruktur transparenter machen, man wird die Ergebnisqualität kennen, es gibt einen Spitalinnenmarkt. Das wird Druck auf Überkapazitäten machen – und zwar wettbewerblichen Druck –, bei gleichzeitiger Akzentuierung der Qualität, und das ist es, was wir wollen. Der Staat behält seine wichtige regulatorische Rolle, er baut sie sogar etwas aus. Neu gibt es eine Harmonisierung der kantonalen Planungen, neu hat der Bund die Möglichkeit, dafür zu sorgen, dass diese planerischen Prinzipien, auch aufbauend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, umgesetzt werden. Der Staat erhält somit zunehmend die Rolle, die er haben sollte, nämlich die Rolle eines Regulators – und zwar eines strikten Regulators – des Gesundheitsmarktes, der auf Qualität und Transparenz achtet.

Wir sind also überzeugt, dass diese Vorlage in die richtige Richtung geht, werden ihr zustimmen und bitten Sie, dasselbe zu tun.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien donnera son aval à ce projet. Nous estimons que l'élément le plus important est le passage du financement par forfait journalier avec couverture du déficit par les pouvoirs publics à un système de financement des prestations fournies au patient. C'est cela qui fera la promotion de la qualité au meilleur prix. Cet élément principal du financement des hôpitaux doit maintenant pouvoir être avalisé et entrer en vigueur.

En ce qui concerne la planification, nous sommes aussi favorables à une planification mieux organisée pour la médecine de pointe. Elle doit aussi intervenir pour des raisons de qualité et de maîtrise des coûts. Nous laissons les cantons l'établir et prévoyons une épée de Damoclès s'ils ne font pas leur travail. Dans ce domaine, la Confédération pourra intervenir.

En ce qui concerne les listes des hôpitaux et la possibilité pour les personnes de se faire soigner dans toute la Suisse, nous estimons que c'est une bonne chose.

Ce projet passe au Conseil des Etats pour qu'il en évalue encore une fois les incidences du point de vue des compétences cantonales. Mais aujourd'hui, adoptons ce projet.

AB 2007 N 533 / BO 2007 N 533

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

(namentlich – nominatif; 04.061/4137)

Für Annahme des Entwurfes .... 113 Stimmen

Dagegen .... 54 Stimmen

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

*Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires

selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

