



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)***Art. 39*

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir sind gestern bei Artikel 39 Absätze 1 und 1bis stehen geblieben. Die Fraktionssprecherinnen und -sprecher haben bereits gesprochen. Nun hat Herr Bundesrat Couchepin das Wort.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Avec sa proposition à l'article 39 alinéa 1, Madame Fehr Jacqueline voudrait – comme cela a été abondamment dit hier – biffer une partie du texte, qui prévoit que les cantons doivent prendre en considération les organismes privés. Cela relève tout simplement du bon sens! Lorsqu'on doit établir une planification, il faut tenir compte de la réalité, et dans certains cantons, notamment celui de Berne, il n'est pas imaginable d'établir une planification hospitalière qui couvre les besoins de base en soins hospitaliers sans tenir compte des offres privées.





C'est la raison pour laquelle nous sommes d'avis que la proposition Fehr Jacqueline doit être rejetée. Plus difficile est le problème posé par la proposition de la minorité Stahl. En effet, à première vue, il paraît relever du bon sens qu'un certain nombre de règles doivent être respectées lors d'une mise en soumission. Les règles les plus courantes en la matière sont les règles analogues à celles de la loi fédérale sur les marchés publics. Mais, si on dépasse cette première impression, on s'aperçoit rapidement que cette loi n'est pas applicable.

Votre Commission de gestion, sauf erreur, a étudié il y a quelques années l'efficacité de la loi sur les marchés publics et est arrivée à la conclusion que si celle-ci était très efficace pour les appels d'offres concernant des choses très simples – par exemple de la nourriture pour l'armée ou la fourniture d'un casque, ou de munition –, les choses étaient infiniment plus difficiles pour tout ce qui concernait les marchés plus complexes. Or, le marché de la santé est par définition un marché très complexe. Imaginez la mise en soumission, l'appel d'offres, pour des hôpitaux: on doit intégrer dans les appels d'offres des critères qualitatifs et on doit le faire a priori, c'est-à-dire avant de les présenter devant le marché. Comment voulez-vous définir cette qualité? Il y aura toujours un élément d'arbitraire, une part de décision politique. Vous ne pouvez pas imaginer que dans un appel d'offres public, nous exigeons que le taux de mortalité dans telle ou telle opération soit inférieur à tel critère! Ce n'est pas possible, et pourtant c'est un critère de qualité.

Il y a là toute une série d'autres éléments "soft" qui définissent la qualité et qui permettent de faire un choix. A posteriori, il est possible de le faire. On sait que certains hôpitaux ne répondent pas à des critères, mais on ne peut pas les indiquer au stade de la mise en soumission. C'est la raison pour laquelle nous sommes d'avis que la proposition de la minorité Stahl n'est pas adéquate, qu'elle crée une illusion et surtout, qu'elle n'est pas applicable dans un contexte comme celui du marché de la santé. Les cantons eux-mêmes doivent définir les règles du jeu. C'est un acte politique cantonal de fixer les critères nécessaires dans le cadre de la loi fédérale, la Confédération fixant, elle, des critères généraux, comme cela est prévu dans un autre article de la loi.

Pour ces raisons, le Conseil fédéral est d'avis que la proposition de la minorité Stahl ne peut pas être retenue et il vous invite à voter la proposition de la majorité.

**Humbel Näf** Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie namens der Kommission, bei Artikel 39 Absätze 1 und 1bis der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Der Antrag Fehr Jacqueline geht von einem anderen Konzept aus, als es die Kommissionsmehrheit will. Die Kommissionsmehrheit will Fallpauschalen auf der Basis von Vollkostenrechnungen, das heisst inklusive Investitionskosten. Frau Fehr will das nicht. Die Kommissionsmehrheit will damit gleich lange Spiesse schaffen für öffentliche und Privatspitäler bezüglich Rechten und Pflichten, aber eben auch bezüglich Finanzierung. Wir wollen mehrheitlich auch einen Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung, das heisst, dass Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherer und des Kantons haben, und wir wollen nicht weiterhin einfach Subventionen an öffentliche Spitäler ausrichten. In diesem Sinne hat die Kommissionsmehrheit ein anderes Konzept beschlossen und will sicher nicht hinter die geltende Gesetzgebung zurück, nach der private Anbieter angemessen zu berücksichtigen sind.

Ich bitte Sie daher, der Kommissionsmehrheit zu folgen; dies auch beim Minderheitsantrag Stahl zu Artikel 39 Absatz 1bis. Unter dem Aspekt der Zielsetzung der gleich langen Spiesse hat dieser Antrag etwas für sich. Wir wollen aber eben, dass Qualität und die wirtschaftliche Effizienz vergleichbar, messbar und nachvollziehbar sind, und das muss in einem transparenten Verfahren geschehen. Nach dem öffentlichen Submissionsverfahren dürfte der Vollzug sehr schwer zu realisieren sein, mit vielen Ungewissheiten und langwierigen Beschwerdeverfahren. Zudem wird es den Kantonen ja freistehen, ein solches Verfahren zu wählen.

Ich bitte Sie also zusammenfassend, bei beiden Absätzen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: Le projet introduit un nouveau concept de planification et de concurrence. La planification selon le droit actuel a été effectuée selon des considérations diverses à l'échelle du canton, avec une prépondérance d'éléments d'appréciation politique dans les décisions. Le résultat n'a pas été satisfaisant et a débouché sur une situation des plus disparates.

Une planification selon des critères établis à l'échelon national s'impose si nous voulons introduire un financement par DRG incluant les investissements et davantage de

AB 2007 N 431 / BO 2007 N 431

concurrence sans distorsion. La proposition Fehr Jacqueline est donc inappropriée. La commission vous demande de maintenir la lettre d de l'article 39 alinéa 1 telle que proposée.

Concernant l'assujettissement de la planification à la loi fédérale sur les marchés publics, la commission n'a





pas été en mesure d'évaluer exactement la portée de cette proposition. La discussion en est restée à une appréciation de caractère général. On a remarqué, en particulier, que la planification hospitalière devait certes obéir à un certain nombre de critères selon les besoins, de façon à établir une certaine homogénéité à l'échelon national et surtout de façon à établir la transparence. Mais parallèlement il s'agit aussi de tenir compte des particularités régionales. De plus, le statut public ou privé des institutions implique des différences absolument fondamentales de situations de départ. Cela rend tout simplement impossible une procédure d'évaluation standard telle que prévue dans une procédure d'attribution similaire à celle de la loi fédérale sur les marchés publics.

La planification et le mandat hospitaliers ne peuvent que difficilement se prêter à une mise en soumission comme une infrastructure routière ou immobilière. Contrairement à ce que certains imaginent, un hôpital ne se met pas sur pied ni ne se démantèle comme une route dont on corrige un virage ou comme un bâtiment administratif dont on change l'affectation. D'ailleurs, l'alinéa 2ter de ce même article prévoit des critères de planification définis par la Confédération d'entente avec les cantons. Les éléments pertinents d'attribution d'un mandat de prestations en découlent. Cette nouvelle disposition n'ajoute donc rien et ne fait que brouiller les cartes.

Enfin, il a paru inopportun à la commission de créer une divergence sur ce point particulier. Elle vous recommande donc par 12 voix contre 11 de suivre sa majorité.

#### *Abs. 1 – Al. 1*

##### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 103 Stimmen  
Für den Antrag Fehr Jacqueline .... 53 Stimmen

#### *Abs. 1bis – Al. 1bis*

##### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit .... 77 Stimmen  
Dagegen .... 80 Stimmen

#### *Abs. 2bis – Al. 2bis*

**Rossini** Stéphane (S, VS): Nous abordons ici la problématique de la planification de la médecine de pointe. En ce qui concerne la coordination des différents centres hospitaliers universitaires de ce pays, force est de constater qu'il existe un certain décalage entre le discours ouvert et conciliant – presque dynamique et optimiste – et la réalité. Tout le monde veut de la cohérence dans ce secteur qui est, nous le reconnaissons, central et innovant et qui est aussi le fer de lance du système de santé. Il convient de le soutenir sans réserve, mais avec lucidité et avec une utilisation optimale des ressources publiques.

Malgré cet état général apparemment très satisfaisant, rares sont celles et ceux qui osent admettre que des querelles de clocher et de prestige existent et qu'une multitude d'oppositions se manifestent. Il existe donc un discours optimiste, mais aussi une autre réalité, que nous devons appréhender avec rigueur.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons de donner davantage de compétences à la Confédération dans la planification de la médecine de pointe. Si pour le Conseil fédéral des progrès ont été réalisés – Monsieur Couchepin nous le dira vraisemblablement tout à l'heure –, si les cantons essaient d'aller de l'avant, dans les coulisses, en revanche, les voix s'expriment de manière un petit peu différente et on peut dire que beaucoup de choses ne vont pas bien. Ici, c'est Zurich qui écrase tous les autres; là, c'est Berne ou Bâle qui en écrasent un autre; Lausanne ou Genève qui en écrasent encore d'autres au gré des enjeux, au gré des disciplines, au gré des personnes concernées. Ici, c'est un professeur qui défend sa suprématie; là, ce sont tant d'autres éléments qui échappent, bien sûr, au politique, qui ne comprennent rien du tout. Ce sont là autant d'éléments qui empêchent d'unir les forces, de valoriser les synergies, d'utiliser au mieux les ressources publiques.

Dans ma proposition de minorité I qui vise à donner davantage de compétences à la Confédération, il n'y a strictement aucun élément de nature idéologique, aucune velléité de nationalisation ou d'étatisation de la médecine, comme on pourra nous le dire, ou de frein à l'innovation. Non, les cosignataires de ma proposition de minorité I et moi-même pensons tout simplement que, dans le grand cirque des intouchables, il y a des limites et que nous devons mettre fin à certaines pratiques.



Objectivement, la menace d'une éventuelle intervention de la Confédération n'effraie franchement plus personne. On a plutôt l'impression qu'on nous dit: "Eh bien vous, parlementaires, causez toujours! Nous agissons comme nous le voulons." Par conséquent, pour essayer d'avoir davantage de rigueur et de forcer les synergies – parce que, dans ce domaine, il y a des enjeux importants –, nous devons agir. C'est, de notre point de vue, la seule issue pour aller de l'avant. Or cette issue, c'est de donner à la Confédération davantage de moyens. Nous voulons une Confédération qui ose agir, mais à qui on ne demande pas de tout faire, à qui on ne demande pas de faire mieux que les cantons. Nous voulons tout simplement une Confédération qui définisse très clairement les règles, qui dicte les conditions et qui impose le rythme des coordinations et des synergies à mettre en oeuvre.

Je pense que dans ce domaine, depuis de longs mois, pour ne pas dire de longues années, on nous mène en bateau, et cette situation a assez duré!

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Die sogenannte Spitzenmedizin gibt ja immer wieder zu reden. Die Kantone diskutieren schon länger darüber, wie sie die entsprechenden Einrichtungen koordinieren sollen. Hier schlägt die Mehrheit nun vor, dass der Bund eine gewisse Kompetenz bekommt, in diese Diskussion einzugreifen. Es gibt dazu folgende Argumente anzubringen, die gegen eine Aufnahme der Spitzenmedizin ins Gesetz sprechen: Erstens einmal ist da die Frage: Was ist Spitzenmedizin? Heute gehören medizinische Leistungen zum Alltag, die noch vor wenigen Jahren als Sensation und eben als Spitzenmedizin bezeichnet wurden. Hier findet eine Entwicklung statt, die allein schon aufgrund der Fragestellung, was dann die Spitzenmedizin wirklich betreffe, eine unklare Situation ergeben wird.

Solche Einrichtungen – das ist der zweite Punkt – in der Nähe von Universitäten oder als Teil von Universitäts-spitälern gehören zum Bereich der Ausbildung. Es ist damit auch eine Bildungsfrage verbunden.

Als Drittes, und das ist mir als Zürcher besonders wichtig: Ein Angebot an hochspezialisierter Medizin gehört in unserem Land zu jedem Wirtschaftsstandort mit internationaler Ausstrahlung. Es ist nicht eine Frage der Grundversicherungsregelung, einem Wirtschaftszentrum vorzuschreiben, ein Standort für spitzenmedizinische Leistungen und Einrichtungen zu sein. Die Aufgabe ist – und da gehen wir ja mit dieser Vorlage den richtigen Weg –, den Versicherten zu günstigen Bedingungen die Leistungen zugänglich zu machen. Kantone oder Städte haben die für die Grundversicherung unnötigen Strukturen, das, was über den Grundbedarf hinausgeht, das, was eben standortbezogen ist, selbst zu bezahlen. Wenn wir hier mit Fallpauschalen arbeiten, dann sind die Verträge mit diesen Einrichtungen entsprechend dieser Vorlage auszugestalten, und es braucht keine neue Planungskompetenz des Bundes, die sich aus dem Mehrheitsantrag ableiten liesse.

Ich möchte Sie also bitten, auf diesen Einschub der hochspezialisierten Medizin, auf diese Planungskompetenz des Bundes zu verzichten. Sie ist weiterhin den Kantonen zu überlassen. Der Zugang zu diesen Leistungen der

AB 2007 N 432 / BO 2007 N 432

Grundversicherung zu günstigen und wirtschaftlichen Bedingungen ist vertraglich zu regeln. Die darüber hinaus entstehenden Kosten sind den Kantonen und den Städten zu überlassen.

Ich bitte Sie also, unserem Streichungsantrag zuzustimmen.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien soutient la majorité. En effet, la médecine hautement spécialisée doit être planifiée sur l'ensemble de la Suisse pour des raisons d'efficience et de qualité; le nombre d'interventions doit être suffisant pour des raisons de fiabilité. Il y a aussi des raisons de coûts: nous savons tous que les infrastructures sont très lourdes et que le personnel attaché à ces interventions doit être très qualifié. Pour atteindre ces objectifs, nous trouvons que la version de la majorité est adéquate car elle engage les cantons à agir et à prendre leurs responsabilités. La couverture hospitalière et la couverture des soins sont de leur ressort. Mais nous avons mis une épée de Damoclès: s'ils n'agissent pas, le Conseil fédéral va désigner à leur place les hôpitaux habilités à pratiquer l'un ou l'autre domaine de cette médecine de pointe.

Nous rejetons la proposition de la minorité II (Bortoluzzi) parce qu'elle fait preuve d'un manque de réalisme, dans le sens que nous devons parvenir à une planification sur le plan national, pour pouvoir concentrer les efforts dans des centres de haute compétence, tout en visant la maîtrise des coûts.

Je vous demande donc, au nom du groupe démocrate-chrétien, de voter la proposition de la majorité aux deux alinéas 2bis et 2ter de l'article 39. L'alinéa 2ter, en effet, demande des critères uniformes pour la planification, ce qui est nécessaire aussi.

**Schenker** Silvia (S, BS): Artikel 39 enthält in mehrfacher Hinsicht Zündstoff. Nachdem wir nun über die Frage der privaten Trägerschaften abgestimmt haben, kommen wir zum zweiten heissen Thema. Beim nicht minder



umstrittenen Punkt in Artikel 39 geht es um die Frage der Spitzenmedizin, genauer gesagt um die Planungskompetenzen in der Spitzenmedizin.

Unsere Gesetzgebung sieht vor, dass die Planung der Gesundheitsversorgung durch die Kantone erfolgen soll. Seit Längerem ist ein Prozess im Gange, in dem es um die Planung der prestigeträchtigen und kostenintensiven Spitzenmedizin geht. Sie wissen, dass es die betroffenen Kantone und die GDK bis heute nicht geschafft haben, sich zu einigen. Da wird eine Netzwerklösung gegen eine Zwei-Standorte-Lösung abgewogen. Es wurden Gutachten erstellt, die für die eine Lösung plädieren, und Gegengutachten, die die andere Lösung favorisieren. Eine Einigung wurde bis heute nicht erzielt. Es liegt auf der Hand, dass es den involvierten Akteuren sehr schwerfällt, eine Lösung zu präsentieren. Es geht um viel Macht, um viel Geld und um viel Prestige. Ohne die ordnende Hand des Bundes wird dieses Kapitel nie abgeschlossen werden.

Die SP-Fraktion schlägt Ihnen mit dem Antrag der Minderheit I (Rossini) vor, eine klare Regelung zu treffen, die dem Bund die Kompetenzen gibt, die er braucht. In der Kommission wurde diskutiert, ob diese Bestimmung mit der Verfassung kompatibel sei. Wie zu erwarten war, waren sich in dieser Frage nicht alle befragten Juristinnen und Juristen einig. Diese Frage ist politisch zu beantworten, und politisch ist die Antwort klar: Es braucht eine Planung für die spitzenmedizinische Versorgung in unserem Land, und die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Kantone nicht zu einer tragfähigen Lösung kommen. Somit ist Handlungsbedarf gegeben.

Lassen Sie uns handeln und den Antrag der Minderheit I (Rossini) annehmen!

Bei Absatz 2ter werden wir der Mehrheit folgen. Auch hier sehen wir eine Verantwortung des Bundes. Spitalplanung ist eine schwierige Aufgabe, an der sich schon mancher Gesundheitsdirektor und manche Gesundheitsdirektorin die Zähne ausgebeissen hat. Wenn sich die Kantone an klar vorgegebene und möglichst objektive Kriterien halten können, ist das hilfreich. Es ist Aufgabe des Bundes, die Kantone in ihrer Planung zu unterstützen. Zum gleichen Absatz ist in der Zwischenzeit ein Einzelantrag Gutzwiller eingegangen. Einerseits ist dessen Formulierung aus meiner Sicht nicht sehr klar: Was bedeutet zum Beispiel Planung auf der Grundlage von Grundversorgung? Andererseits öffnet Herr Gutzwiller mit dieser unklaren Formulierung Tür und Tor für Beschwerden. Wenn wir wirklich wollen, dass die Kantone planen, müssen sie das notwendige Instrumentarium zur Planung haben, und dazu gehören in erster Linie klare Kriterien.

Ich bitte Sie, unsere Anträge zu unterstützen.

**Teuscher** Franziska (G, BE): Die grüne Fraktion unterstützt bei dieser Bestimmung die Minderheit I (Rossini). Für uns ist klar, dass der Bund bei der Spitzenmedizin das Heft in die Hand nehmen muss. Es kann ja nicht sein, dass die betroffenen Kantone, die untereinander im Konkurrenzkampf um diese Spitzenmedizin stehen, das gewinnbringend koordinieren können. Denn es geht um die Konkurrenz zwischen Bern und Zürich, zwischen Lausanne und Zürich, zwischen Bern und Basel usw. Hier werden hohe Summen ausgegeben, wenn nicht der Bund als oberstes Organ eingreift und die Planung auf eine solide Basis stellt.

Darin unterscheidet sich der Antrag der Minderheit I auch vom Konzept der Mehrheit. Mit ihrem Konzept will die Mehrheit, dass zuerst die Kantone die Planung beschliessen und dann allenfalls der Bund, wenn die Kantone nicht weiterkommen. Aber die Vergangenheit lehrt uns, dass wir eben nicht weiterkommen, wenn diese Kompetenz bei den Kantonen bleibt.

Die grüne Fraktion lehnt deshalb auch den Antrag der Minderheit II (Bortoluzzi) ab. Ich möchte kurz auf die Ausführungen von Kollege Bortoluzzi eingehen: Er sagte, es sei völlig unklar, was Spitzenmedizin überhaupt sei. Das wurde auch in der Kommission immer wieder erwähnt. Aber damit wollen Sie den Leuten vor allem Sand in die Augen streuen. Niemand macht sich zum Beispiel Gedanken darüber, was Spitzensport ist; hier ist man sich einig. Bei der Spitzenmedizin wollen Sie einfach nicht, dass der Bund koordinierend eingreift, und deshalb machen Sie dann eine Abhandlung darüber, was unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen sei.

Die grüne Fraktion wird bei Artikel 39 Absatz 2ter der Mehrheit zustimmen, weil sie klar der Meinung ist: Der Bund soll planen und den Kantonen auch einheitliche Kriterien vorgeben, damit sie ihre eigene Planung auf eine solide Basis abstützen können.

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH): Die Frage, wie dieses System künftig gesteuert werden soll, ist wichtig. Wir glauben, dass es diesbezüglich in dieser Vorlage wichtige Eckpunkte gibt. Sie sehen, dass in Artikel 39 Absatz 2, der hier gar nicht gross diskutiert worden ist, klar festgehalten wird, dass die Kantone in der Zukunft die Planung koordinieren sollen; das war auch in der Kommission klar die Mehrheitsmeinung. Man möchte also, dass die Kantone das Primat haben, dass aber die Planungen koordiniert sind. Zweiter markanter Eckstein dieses Systems ist Absatz 2ter, nämlich die neue Konzeption, wonach die Kantone zwar das Primat haben und die Planungen koordinieren müssen, aber der Bund Kriterien vorgeben soll, wie diese Planungen auszu-sehen haben. Sie haben ja auch gesehen, dass hierzu auch ein Einzelantrag vorliegt, der noch zur Diskussion



kommen wird. Aber im Grundsatz geht es darum: Die Kantone haben das Primat, sie müssen koordinieren, und der Bund sorgt mit einheitlichen Kriterien dafür, dass diese Planungen auch wirklich koordiniert sind. Das sind die beiden wichtigen Ecksteine, denen wir auch klar zustimmen.

Ob dann zusätzlich noch eine Kompetenz für die hochspezialisierte Medizin festgeschrieben werden muss, wie dies mit Absatz 2bis beantragt wird, ist eine Frage, die man sich stellen kann. Wir sind der Meinung, dass es ganz falsch wäre, die gesamte Kompetenz dem Bund zu übertragen, wie das die Minderheit I (Rossini) will, deren Antrag wir klar ablehnen. Falls Sie aber dem Einzelantrag zustimmen sollten, der eben gerade die von Frau Schenker erwähnten Kriterien

AB 2007 N 433 / BO 2007 N 433

angeben will, könnte man argumentieren, dass mit dem so geänderten Absatz 2ter klar ist, dass die hochspezialisierte Medizin eingeschlossen ist. Wenn Sie das explizit machen wollen, können Sie Absatz 2bis zustimmen, indem dort der Bund eine subsidiäre Kompetenz erhält, wobei das Primat auch hier bei den Kantonen bleibt.

Insgesamt scheint uns wichtig, dass Artikel 39 Absatz 2 eine klare Mehrheit findet und dass Absatz 2ter ergänzt wird, damit klar ist, in welche Richtung die Planungen von den Kantonen gemacht werden sollen, ergänzt gemäss Einzelantrag. Dann ist es aus unserer Sicht sekundär, ob Sie noch eine zusätzliche Kompetenz im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen wollen. Das wird der Rat dann entscheiden.

**Stahl Jürg (V, ZH):** Es wurde in der Tat viel über Spitzenmedizin oder hochspezialisierte Medizin gesprochen. In der Vergangenheit machten diese Diskussionen oftmals auch Schlagzeilen, gewisse Hahnenkämpfe zwischen Regierungsräten, Sanitätsdirektoren und Chefmedizineren würden tatsächlich zu einer verfeinerten oder vereinheitlichten Planung verleiten. Trotzdem sieht die SVP hier keine Sonderregelung vor, und ich beantrage Ihnen namens der SVP-Fraktion, die Minderheit II (Bortoluzzi) zu unterstützen und die Minderheit I (Rossini) wie auch die Mehrheit abzulehnen. Es braucht hier keine Sonderregelung.

Die Mehrheit der nationalrätlichen SGK sieht als gesamtes Konzept eine Regelung vor, die eben auch die Spitzenmedizin mit einschliesst. Wenn der Bund abschliessend die Planung übernimmt, wie es die Minderheit I vorsieht, dann wird politisch entschieden. Es gibt dann Fragen zum Standort bzw. zu den Sprachregionen. Aber eine Planung schränkt auch immer ein, und ich möchte Sie hier nochmals darauf hinweisen, dass die Spitzenmedizin eben tatsächlich ein dynamischer Prozess ist und nicht ein klar abschliessend definiertes Konstrukt. Es gibt medizinische Eingriffe, operative Massnahmen, die galten vor 10, 15 Jahren als Spitzenmedizin; heute werden sie im Tagesgeschäft Dutzende Male angewandt. Auch hier wird die Entwicklung in der Medizin also nicht Halt machen, und ich möchte Sie bitten, diesen dynamischen Prozess auch positiv zu begleiten.

Wenn man Transplantationsmedizin gleichstellt mit Spitzenmedizin und die Diskussion auf die Transplantationszentren verlegt, sollte man das nicht allzu fest vermischen. Bei der Transplantation ist es sicher so, dass eine Mindestanzahl Transplantationen gemacht werden muss, damit die Kompetenz in diesen Zentren erhalten bleibt. Ich glaube, dort ist auch die Ausbildung ein zentrales Element, aber vor allem auch die Fähigkeit dieses Landes, mehr Organspenderinnen und Organspender zu motivieren, hier auch mitzumachen.

In diesem Sinn bitte ich Sie, die Minderheit II zu unterstützen.

Mit Frau Kollegin Teuscher würde ich mich dann im Rahmen meiner Funktion als Präsident der Parlamentarischen Gruppe Sport einmal über Spitzensport und über die nicht klare Abgrenzbarkeit der Bereiche Spitzensport und Breitensport unterhalten.

**Couchepin Pascal, conseiller fédéral:** A l'alinéa 2bis, la majorité voudrait donner à la Confédération, d'une part, la compétence d'édicter des critères uniformes pour la planification après avoir consulté les cantons, et d'autre part, des compétences subsidiaires en matière de planification et de répartition dans l'ensemble de la Suisse des spécialisations coûteuses. Monsieur Bortoluzzi, dans sa proposition de minorité II, ne veut ni l'un ni l'autre. La minorité I (Rossini) voudrait aller plus loin, et la proposition Gutzwiller à l'alinéa 2ter voudrait apporter des précisions sur les critères de planification que la Confédération doit définir.

Faut-il donner pleine et entière compétence à la Confédération de planifier le domaine de la médecine hautement spécialisée? Des orateurs, avec raison, ont dit que la définition de ce qu'est la médecine hautement spécialisée ne fait pas l'unanimité. Des techniques qui, il y a quelques années, apparaissaient comme de la médecine hautement spécialisée, dans tous les cas comme de la médecine hautement coûteuse, sont devenues courantes aujourd'hui et ne peuvent plus être classées dans cette catégorie. Il faut donc une certaine souplesse.

D'autre part, croire que la Confédération réussirait à régler par un coup de baguette magique ce que les cantons ne parviennent pas à régler, est une illusion. Les cantons, il est vrai, ont beaucoup de difficultés à régler



la répartition des spécialisations rares et coûteuses parce que simplement, le problème est difficile à résoudre. Et ce n'est pas en le transférant à la Confédération qu'on va réussir à obtenir d'emblée de meilleurs résultats. La Confédération devrait trancher de manière autoritaire, avec le risque de créer des dégâts considérables dans un système qui reste le domaine commun de la Confédération et des cantons.

C'est la raison pour laquelle nous pensons que la solution de la majorité, qui donne une compétence subsidiaire à la Confédération en matière de médecine de pointe, est justifiée. Il ne faut pas donner l'entier de la planification à la Confédération; ce n'est pas de cette manière-là qu'on parviendra à établir une bonne collaboration entre Confédération et cantons et à résoudre un problème difficile.

Le deuxième point, c'est celui de savoir si la Confédération doit fixer des critères uniformes pour la planification. Je pense que oui. Si la Confédération doit jouer un rôle, elle doit jouer un rôle à travers ces critères. Aussi parce qu'avec le principe du "Cassis de Dijon" qu'on introduira plus tard, on est en train de créer un peu un espace sanitaire suisse, un espace hospitalier suisse. Et pour aller dans ce sens de manière positive, sans violer les compétences des cantons, il est nécessaire que si la Confédération intervient, elle le fasse en fonction de critères de planification.

La proposition Gutzwiller veut aller plus loin et dire quels sont les critères dont la Confédération doit tenir compte. Je crois que c'est une précision qui ne s'oppose pas fondamentalement à la proposition de la majorité. C'est une affaire d'appréciation de savoir si à l'article 39 alinéa 2ter, il faut suivre la proposition de la majorité ou la proposition Gutzwiller. La différence n'est pas essentielle: toutes deux donnent une compétence à la Confédération, mais veulent que celle-ci soit exercée de la manière la plus objective possible, mais la différence n'est pas importante.

Par contre, il serait mauvais de renoncer à donner cette compétence à la Confédération comme le souhaite Monsieur Bortoluzzi. J'ai écouté Monsieur Stahl il y a un instant: il a plaidé en faveur de la proposition de la minorité II (Bortoluzzi) à l'alinéa 2bis. Je me suis déjà exprimé à ce sujet. Monsieur Stahl n'a rien dit à propos de l'alinéa 2ter, avec raison, parce qu'il n'y a aucun argument à l'alinéa 2ter qui justifie le refus d'accorder cette compétence à la Confédération. C'est dans l'intérêt de tout le monde, y compris dans celui des cantons, c'est pour cela qu'il faut suivre la majorité à l'alinéa 2bis.

A l'alinéa 2ter il faut soit suivre la majorité, soit accepter la proposition Gutzwiller, qui ne s'éloignent pas beaucoup l'une de l'autre, mais il faut en tout cas rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi qui demande de biffer cet alinéa.

Quant à la proposition de la minorité I (Rossini), je crois qu'elle fait trop confiance à la Confédération. Je ne pense pas qu'on pourra, à ce stade de l'évolution des choses, remplacer les cantons. On peut le faire de manière subsidiaire, mais si la Confédération avait les moyens d'établir une planification satisfaisante dans le domaine de la médecine de pointe, cela engendrerait probablement des conflits permanents avec les cantons, ne serait-ce que parce qu'il n'y a pas de définition définitive et précise de ce qu'est la médecine de pointe et de ce qu'est la médecine qui ne relève pas de ces spécialisations hautement coûteuses.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich halte fest, dass Herr Bundesrat Couchepin bereits zu Artikel 39 Absatz 2ter Stellung genommen hat. Die Anträge zu diesem Absatz werden erst nachher begründet. In Absprache mit den Berichterstattern und den Antragstellern führen wir hier zwei separate Debatten.

AB 2007 N 434 / BO 2007 N 434

**Humbel Näf** Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie im Namen der Kommission, bei Artikel 39 Absatz 2bis der Fassung der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Bereits mit dem neuen Finanzausgleich werden die Kantone zu einer besseren Koordination und Zusammenarbeit im Bereich der hochspezialisierten Medizin angehalten. Wir sehen, wie schwer sich die Kantone in diesem Bereich tun; Frau Schenker hat auf die unterschiedlichen Gutachten und Gegengutachten hingewiesen. Ich bitte Sie dennoch, beide Minderheitsanträge abzulehnen.

Der Antrag der Minderheit I (Rossini) will die Kompetenz direkt auf den Bund übertragen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass die Kantone den verfassungsmässigen Auftrag haben, für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen; dazu gehört auch der Bereich der hochspezialisierten Medizin. Wir müssen daher den Kantonen die Zeit geben, sich zu koordinieren; der Bund soll subsidiär eingreifen können.

Deshalb ist auch der Antrag der Minderheit II (Bortoluzzi) abzulehnen, der dem Bund keine Kompetenz in diesem Bereich geben will. Ich möchte Herrn Bortoluzzi, der sehr auf den Standort Zürich gepocht hat, darauf hinweisen, dass wir uns hier in einem obligatorischen Sozialversicherungsbereich bewegen und nicht Wirt-



schaftsförderung oder Standortpolitik machen können, sondern eine qualitativ gute und kosteneffiziente Versorgung der Bevölkerung zu garantieren haben.

Es wurde die Frage gestellt: Was ist hochspezialisierte Medizin? Herr Stahl hat auf die Transplantationsmedizin verwiesen. Wir haben natürlich nicht nur in der Transplantationsmedizin zu tiefe Fallzahlen pro Spital, gerade im Vergleich mit europäischen Zentren. Hier möchte ich auch die Verbindung zu Absatz 2ter machen. Herr Bundesrat Couchepin hat ja auch schon darauf hingewiesen, wie verschiedene Votanten vorher, dass Absatz 2ter, der dem Bund die Kompetenz gibt, Grundlagen für die Planung zu erstellen, in engem Zusammenhang steht mit Absatz 2bis. Es ist auch im hochspezialisierten Bereich so, dass gewisse Fallzahlen erreicht werden sollten. Hier muss der Bund die Kompetenz haben, im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit Vorgaben zu machen und Mindestfallzahlen vorzugeben.

Ich bitte Sie daher, bei Absatz 2bis der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 106 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I .... 68 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 94 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II .... 83 Stimmen

*Abs. 2ter – Al. 2ter*

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Es haben sich ja Verschiedene schon vorweg zu Absatz 2ter geäußert. Hier will die Mehrheit dem Bundesrat eine Planungskompetenz geben, die unserer Meinung nach verfehlt ist, denn diese Vorlage ist darauf ausgerichtet, die Erarbeitung von Grundlagen voranzutreiben, die die Durchschaubarkeit des Systems verbessern oder erst einmal richtig ermöglichen. Mit Absatz 2ter wird die "Planungswut" des Staates, die heute in den Kantonen stattfindet, einfach auf eine höhere Ebene gelegt, auf Bundesebene. Man sagt zwar, der Bund habe dann hier nach gewissen Kriterien vorzugehen. Was für Kriterien das sind, sagt man aber nicht. In der Formulierung der Mehrheit ist das für uns unannehmbar. Der Staat hat allenfalls Kriterien zur Zulassung entsprechend einer freiheitlichen Ordnung, einer gewerbefreiheitlichen Ordnung, zu schaffen, aber nicht willkürliche Planungen vorzunehmen. Das ist ja eines der Hauptprobleme unseres Systems im stationären Bereich, diese zum Teil willkürliche Staatsplanung, die sich nicht an Wirtschaftlichkeit, an Transparenz, an Qualität hält. Man sagt zwar immer, wir hätten eine gute Qualität, aber den Nachweis für diese Qualität hat noch nie jemand wirklich erbracht. Wir gehen davon aus, dass sie nicht so schlecht ist, aber hier ist Verbesserungspotenzial angesagt, nicht mehr Planung.

Hier geht der Antrag Gutzwiller – Kollege Gutzwiller wird seinen Antrag nachher noch begründen – in eine unserer Meinung nach richtige Richtung. Er sagt nämlich klar, dass die Planungskriterien – oder die Zulassungskriterien, müsste man eigentlich sagen – auf der Grundlage von Qualität, Wirtschaftlichkeit und genügender Versorgung der Bevölkerung basieren. Wenn sich hier also dieser Einzelantrag durchsetzen würde, dann wäre das für mich eigentlich eine Gelegenheit, den Streichungsantrag nochmals einer genaueren Prüfung zu unterziehen; ich sage es einmal so. Ich hoffe, der Einzelantrag wird eine Mehrheit finden. Ich komme dann auf meinen Streichungsantrag zurück. Solange aber nicht klar ist, was hier beschlossen wird, der Antrag der Mehrheit oder allenfalls der Antrag Gutzwiller, möchte ich meinen Streichungsantrag stehenlassen und Sie bitten, ihm zuzustimmen, wenn sich hier die Mehrheit durchsetzen sollte.

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH): Ich entschuldige mich zuerst, dass ich als Kommissionsmitglied hier noch im Sinne eines Einzelantrages etwas beitrage.

Ich glaube, die Vorredner haben schon darauf hingewiesen, dass es darum geht, dass im Konzept, das wir jetzt entwickelt haben und wonach die Kantone das Primat in der Planung haben – wobei sie allerdings ihre Planungen koordinieren müssen –, bezüglich der Planungskriterien eben auch eine gewisse Transparenz geschaffen werden sollte. Wenn Frau Schenker also gefragt hat, welche Bedeutung diese Kriterien haben, geht es aus meiner Sicht einfach darum, die zentralen Kriterien der Systemsteuerung, welche diese Vorlage vorsieht, auch als Planungskriterien deutlich zu machen. Man spricht von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung. Das heisst, dass die zukünftige Systemsteuerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit einen wichtigen, zentralen Rang als Planungskriterien zuordnet, mit Fallpauschalen, die transparent gemacht, sprich statistisch offengelegt werden, mit Betriebsvergleichen.



Es geht eigentlich darum, explizit zu sagen, was die Vorlage will, nämlich die Sicherstellung, dass die zukünftige Planung transparent ist, auf Qualität, sprich auf Fallpauschalen mit Ergebnissen beruht, die wir bei Artikel 22 ja beschlossen haben, und dass die Grundversorgung gewährleistet ist. Das heisst, dass mit dieser Präzisierung der Bund dafür sorgen würde, dass beispielsweise gewisse minimale Standards in der Planung eingehalten werden. Es scheint mir also, dass man dieser Präzisierung durchaus zustimmen kann, weil sie die wichtigen Elemente der gesamten Vorlage hier noch einmal aufführt.

Es hat eine zweite Ergänzung. Bis jetzt haben wir ja gesagt: "er hört zuvor die Kantone an", was sicher richtig ist. Aus meiner Sicht ist aber die Frage dieser Planungskriterien so wichtig – letztlich ist das die Grundlage der Systemsteuerung –, dass der Bund eben auch zumindest die Anliegen der Leistungserbringer und der Versicherer mitberücksichtigen sollte. Sie sehen die Abstufung, die Hierarchisierung sozusagen: Die Kantone haben hier das Primat, aber es sollten Leistungserbringer und Versicherer auch berücksichtigt werden, weil nur breit akzeptierte und transparente Planungskriterien dafür sorgen, dass das System wie gewünscht gesteuert werden kann.

Ich bitte Sie also, dieser Ergänzung zuzustimmen, und danke Ihnen hierfür im Voraus.

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

**Rossini Stéphane** (S, VS): Si j'ai bien compris, Monsieur Bortoluzzi pourrait retirer sa proposition de minorité à l'article 39 alinéa 2ter. Au nom du groupe socialiste, je vous invite à la rejeter au cas où elle ne serait pas retirée.

AB 2007 N 435 / BO 2007 N 435

L'objectif recherché par Monsieur Bortoluzzi n'a strictement rien à voir avec les critères de planification; c'est un élément qui est en contradiction avec ce qui a été prévu dans le projet de révision partielle en matière de planification. Aujourd'hui, il est clair que l'objectif de Monsieur Bortoluzzi est d'abord de biffer la planification afin d'avoir un marché libre et une concurrence totale. Par conséquent, on est bien loin des préoccupations de la majorité de la commission et du Conseil fédéral dans ce domaine.

Ce que nous voulons, c'est que le Conseil fédéral puisse aider les cantons. C'est un élément extrêmement important; les planifications sont difficiles à mettre en oeuvre. Des enjeux politiques, des enjeux régionaux, des enjeux économiques doivent être pris en considération, et il faut impérativement éviter que les procédures de planification durent, durent et durent encore, pour finalement peut-être ne jamais aboutir pleinement. Il y a des surcapacités dans le domaine hospitalier, il y a des nécessités de rationaliser. Il faut rechercher l'efficacité, rechercher l'efficience: nous sommes aussi d'accord avec ces concepts. Il faut utiliser au mieux les ressources. Par conséquent, cela ne peut se faire que si au niveau fédéral, dans la LAMal, nous donnons un coup de main volontariste aux cantons. C'est la raison pour laquelle il faut absolument que le Conseil fédéral puisse édicter des critères.

Est-ce que ces critères doivent intégrer, comme le prévoit la proposition Gutzwiller, la notion de rentabilité? Nous en avons aussi discuté au sein de la commission, mais la notion même de rentabilité est particulièrement problématique. Que signifie le terme de "rentabilité"? Est-ce que cela signifie prévoir dans le secteur hospitalier la prédominance du "tout à l'économie ou à la pensée comptable"? Quid des éléments qui relèvent de la qualité? Quid des éléments qui relèvent de la couverture particulière qui doit être assurée, notamment par les établissements publics et subventionnés, voire les établissements privés avec des mandats de prestations tels qu'ils pourraient être définis par les cantons.

Nous avons une certaine crainte à l'égard du critère de rentabilité, tout simplement parce que les contours et les conséquences de l'introduction de cette notion de rentabilité n'ont pas été clairement définis. Quelles seront les conséquences lorsqu'il y aura des recours? Est-ce qu'il y aura prédominance de la problématique strictement économique de rentabilité? Est-ce qu'on va pouvoir tout de même prendre en considération les particularismes de la couverture publique, couverture pour l'ensemble de la population en matière de prestations hospitalières? Aujourd'hui il nous faut éviter, à travers la question des critères de planification, de créer une sorte de "Heimatschutz" pour les cliniques privées. Tel n'est pas l'objectif de cette loi. On veut déjà mettre sur pied d'égalité hôpitaux publics subventionnés et cliniques privées; je pense qu'il n'y a pas besoin d'introduire par la bande des critères supplémentaires qui pourraient même, sans que cela soit clairement avoué, aller dans cette direction. Enfin, dernière remarque, la LAMal contient dans ses principes fondamentaux les notions d'efficience, d'efficacité et d'économicité. Cela rend donc superflu le rappel de la problématique de la rentabilité en matière de planification et de critères de planification.



La proposition de la majorité de la commission suffit largement pour avoir une démarche optimale en matière de planification hospitalière.

**Stahl Jürg** (V, ZH): Nachdem die Antragsteller beide Anträge, sowohl den Antrag der Minderheit wie den Einzelantrag, begründet haben, empfehle ich Ihnen im Namen der SVP-Fraktion, in der ersten Phase den Einzelantrag Gutzwiller zu unterstützen. Falls dieser dann nicht obsiegen sollte, wird sicher der Minderheitsantrag Bortoluzzi aufrechterhalten, und wir werden ihn unterstützen.

Angelehnt an die bisherigen Diskussionen, aber auch Entscheidungen, ist es wichtig, dass die Artikel kongruent sind und sich die Konzepte ergänzen. Darum ist es auch nicht zu verhindern, dass nach den sehr intensiven Debatten und Diskussionen in der SGK einzelne Korrekturanträge in Form von Einzelanträgen ins Plenum kommen. Bei Artikel 39 Absatz 2ter ist es darum sinnvoll, mit Einbezug der Kantone einheitliche Kriterien zu erlassen. Das hilft den Kantonen, ihren Auftrag, eine an Qualität, aber auch an Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Gesundheitsversorgung, erfolgreich und zugunsten ihrer Bevölkerung zu erfüllen.

Aus diesem Grund bitte ich Sie, wie eingangs erwähnt, den Einzelantrag Gutzwiller zu unterstützen, diesen höher zu gewichten bzw. ihm zum Durchbruch zu verhelfen gegenüber dem Antrag der Mehrheit der Kommission.

**Ruey Claude** (RL, VD): Je viens, au nom du groupe radical-libéral, soutenir la proposition Gutzwiller.

En effet, dans ce domaine-là, il faut bien distinguer entre ce qui est l'action de choisir et de planifier, qui est de la compétence des cantons et qui doit le rester – on vient de le voter d'ailleurs tout à l'heure –, et l'autre élément, c'est-à-dire les critères selon lesquels on choisit. Comme fédéraliste, je pense qu'effectivement il est bon de laisser une marge de manoeuvre aux cantons pour leur planification, mais que fixer des critères n'aboutit pas à une centralisation, ni à un transfert de pouvoir.

Nous avons dit dès le départ que, dans cette loi, il s'agissait de trouver les meilleurs moyens d'arriver à la transparence, à la clarté, à l'égalité de traitement et à la recherche d'efficacité. Ce sont toujours ces principes qui nous animent.

Dans la proposition susmentionnée, il s'agit précisément de voir qu'au moment où doit se faire le choix des prestataires de soins hospitaliers, il faut qu'il soit fait selon des critères rationnels. Or ces critères rationnels sont énumérés dans la proposition. C'est premièrement la qualité – je crois que nous y sommes tous attachés. Lorsqu'on parle d'économie de santé, on parle toujours de questions financières, parce que c'est évidemment le problème lancinant qui nous touche tous: la hausse des primes, des coûts, etc. Mais il ne faut jamais oublier – c'est toujours implicite, mais il faut parfois le dire explicitement, et là, on le met en priorité – que c'est la qualité des soins, à laquelle nous sommes attachés, qui doit entrer en ligne de compte en priorité.

Le deuxième critère, c'est la rentabilité, c'est-à-dire l'efficacité économique, le fait de vérifier que nous ne contribuons pas à la hausse des coûts de la santé, et donc, par ricochet, à la hausse des primes. Il s'agit là aussi d'être le plus rationnel possible.

Troisièmement, la question des soins de base doit aussi être garantie. En effet, nous ne voulons pas nous trouver dans une situation, que connaissent certains pays, où l'on n'assume plus les soins de base, où l'on a des listes d'attente, alors que l'accès aux soins est une des caractéristiques du système de santé suisse, et l'une des qualités dudit système, auxquelles nous tenons tous.

Dernier élément: ces critères sont fixés dans la loi et ensuite précisés avec les cantons, dans un dialogue mené aussi avec les fournisseurs de prestations et les assurés – je crois que Monsieur Gutzwiller l'a souligné. Cela entre également dans le cadre des engagements que nous avons pris lors des débats sur la caisse unique où nous avons dit: "On ne peut pas avoir tous les partenaires à la direction d'une entreprise" – les caisses en l'occurrence – "mais on peut avoir tous les partenaires pour dialoguer lorsqu'il s'agit de fixer les règles du jeu." C'est dans ce sens-là que le groupe radical-libéral vous invite à soutenir la proposition Gutzwiller.

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: A l'article 39 alinéa 2ter, la proposition de la minorité Bortoluzzi demande la suppression totale des compétences de la Confédération pour fixer des critères de planification. Je crois qu'il est nécessaire, comme je l'ai dit il y a un instant, de donner cette compétence à la Confédération si on veut créer un espace de santé suisse. Même si on respecte les compétences des cantons, il faut le faire. Il est nécessaire qu'il y ait des critères. Quels sont ces critères? La proposition Gutzwiller veut aller plus loin que la

AB 2007 N 436 / BO 2007 N 436

majorité. Je n'ai, en tout cas, pas d'objections personnelles à l'encontre de cette proposition qui précise les choses. Si elle peut permettre de trouver une majorité confortable, je crois qu'elle peut être une solution.





Le Conseil fédéral soutient la majorité et n'a pas d'opposition si la proposition Gutzwiller l'emporte. Ce qu'il faut absolument maintenir, c'est la possibilité pour la Confédération de fixer des critères de planification. Il faut donc rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi, si elle est maintenue.

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: La minorité Bortoluzzi, qui prévoit de biffer l'alinéa 2ter, entre en totale contradiction avec le concept qui sous-tend ce projet de loi. C'est un dernier combat d'arrière-garde pour en rester aux modalités de la planification actuelle, c'est-à-dire une situation sauvage, avec l'idée qu'elle est plus profitable aux cliniques privées. Cela aboutit à l'absence de toute politique structurelle cohérente. D'ailleurs, lorsqu'il s'est agi la première fois d'introduire la planification, les cantons ont instamment prié la conseillère fédérale d'alors, Madame Ruth Dreifuss, d'édicter des critères de planification. Je me rappelle de séances mémorables auxquelles j'ai participé à titre de représentant des fournisseurs de prestations.

Les dispositions sur la statistique que nous venons d'adopter sont aussi un premier pas dans ce sens. Il en va de même de la planification en fonction de critères bien définis et de l'introduction des forfaits DRG par prestation. De plus, il faut cette cohérence pour introduire le "Cassis de Dijon", dont nous discuterons tout à l'heure, et pour assurer une concurrence sans distorsions. Il en résultera une nouvelle incitation pour les cantons à renforcer leur planification tout en mettant l'accent sur la qualité et l'efficacité. Il y va de leur intérêt direct à mettre en valeur les institutions les plus performantes. De fait, la minorité Bortoluzzi, à l'article 39 alinéa 2ter, nous prive totalement des instruments nécessaires à la gestion du système. Cela réduit à néant la concurrence, qu'il souhaite d'ailleurs de ses propres vœux. Il insinue maintenant qu'il pourrait la retirer au profit de la proposition Gutzwiller, ce qui témoigne d'une acrobatie intellectuelle pour le moins difficilement compréhensible.

La commission vous prie de rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi, par 13 voix contre 11 et 1 abstention. La proposition Gutzwiller n'a été qu'effleurée en commission, puis retirée. Elle revient maintenant sur la table. Elle entre tout à fait dans le cadre des discussions qui ont été tenues. Je dois dire qu'elle amène une clarté dans la rédaction qui est tout à fait souhaitable et je ne vois donc pas d'objections à souscrire à cette proposition.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag Gutzwiller .... 103 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 60 Stimmen

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Damit ist der Antrag der Minderheit Bortoluzzi zurückgezogen.

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 39a**

*Antrag der Kommission*

Streichen

**Art. 39a**

*Proposition de la commission*

Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39b**

*Antrag der Minderheit*

(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)  
Zur Eindämmung der Gesundheitskosten und Wahrung eines überwiegenden öffentlichen Interesses muss die Inbetriebnahme von Grossanlagen und anderen spitzenmedizinischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich öffentlicher und privater Spitäler vom betreffenden Kanton bewilligt werden.

**Art. 39b**

*Proposition de la minorité*





(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia)  
Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans les domaines hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du canton concerné.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): La Suisse figure dans le peloton de tête des pays de l'OCDE les plus dotés en matériel médical de pointe. Dans le même temps on sait que la Suisse se retrouve également dans le peloton de tête des pays consacrant la plus grande part de leur PIB aux coûts de la santé. Bien sûr, dans les deux cas, les Etats-Unis nous précèdent. Je crois pouvoir dire sans risque de me tromper qu'ils ne sont pas un exemple à suivre, pas seulement d'ailleurs dans le domaine des coûts, mais également quant au nombre d'exclus de leur système de santé.

A un niveau plus local, si l'on considère la densité des équipements de médecine de pointe des différents cantons romands, on peut constater que les deux cantons ayant introduit une clause du besoin pour de tels équipements dans leur législation ont effectivement atteint leur but. On peut également voir que la densité moyenne de ces équipements est nettement plus élevée dans les cantons latins où les coûts de la santé sont également plus élevés que dans les cantons alémaniques. Sans pouvoir assurer ici que c'est la poule qui fait l'oeuf et non pas l'oeuf qui fait la poule, je ne peux que relever, avec d'autres, que la présence dans un cabinet ou un hôpital d'un équipement de pointe va immanquablement induire un plus grand recours aux examens qu'il permet, engendrant par là même des coûts plus élevés.

A l'inverse, si l'appareil n'est pas immédiatement disponible, la question des priorités à établir et celle de la nécessité des examens à organiser vont immanquablement se poser d'une autre manière. Il ne s'agit pas ici d'empêcher l'utilisation d'équipements très performants, mais bien plutôt de permettre aux cantons de s'engager pour une utilisation rationnelle de ces technologies de pointe, et ceci dans le but d'assurer une meilleure maîtrise des coûts de la santé.

Comme cela a notamment été reconnu par plusieurs arrêts du Tribunal fédéral, une telle mesure est constitutionnelle. De plus, et contrairement à ce qui a été dit en commission et qui sera sans doute réaffirmé tout à l'heure, elle ne contredit ni ne contrarie le système de facturation selon le forfait par cas. En effet, ce système de facturation par DRG ne contient pas à lui seul plus d'éléments de régulation que celui du forfait par jour. La valeur du point dans le système DRG est fixée après négociations entre partenaires: assureurs d'un côté et hôpitaux de l'autre. Si l'hôpital se dote de nouveaux équipements lourds, il finira toujours par faire entrer leurs coûts dans la valeur du point DRG.

Si c'est dans le secteur ambulatoire que l'équipement est utilisé – puisque ma proposition concerne aussi le secteur ambulatoire – chaque examen qui est effectué est également facturé à l'assurance, cette fois-ci selon le système Tarmed. La clause du besoin reste donc un instrument nécessaire pour contribuer à assurer la maîtrise des coûts de la santé. Il l'est en tout cas beaucoup plus qu'un système de concurrence qui verra les établissements chercher à acquérir toujours l'appareil le plus récent et bénéficier ainsi d'arguments, en tout cas promotionnels, pour attirer leur clientèle.

Enfin, le problème de la définition de ce qu'est un équipement technique lourd ou un équipement de médecine de pointe: les cantons et les pays qui ont légiféré en la matière ont tout à fait réussi à trouver des définitions satisfaisantes.

AB 2007 N 437 / BO 2007 N 437

Dans ces conditions, je vous remercie de bien vouloir soutenir ma proposition de minorité.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Maury Pasquier.

Pourquoi souhaitons-nous l'introduction de cette clause dans le système du financement hospitalier? Parce que le financement d'une prestation relève d'un collectif – c'est le cas dans l'assurance obligatoire des soins – ou des pouvoirs publics, notamment en ce qui concerne le financement des primes pour les assurés économiquement modestes. Dans le domaine ambulatoire aussi, s'agissant des équipements lourds, l'intérêt général devient une préoccupation essentielle. C'est au nom de cet intérêt public prépondérant que Madame Maury Pasquier a développé sa proposition de minorité.

La clause du besoin ne relève pas d'une pure et simple planification étatique. Le but de cette clause du besoin est de garantir une certaine adéquation entre l'offre de prestations et les besoins d'une population, pour éviter des surinvestissements qu'il faudra bien amortir, le moment venu, qu'il faudra bien payer et qui seront payés par les assurés, notamment par leurs primes d'assurance-maladie dans le secteur ambulatoire. Par conséquent, il ne faut pas diaboliser cette proposition: il ne s'agit pas d'une étatisation de la médecine, mais de s'assurer que



les cantons aient leur mot à dire et puissent apprécier si des investissements sont nécessaires ou superflus face au besoin de soins de la population. On sait que la Suisse est à bien des égards suréquipée et que cela n'a pas d'effets directs sur l'état de santé de la population et sur la qualité des traitements. On pourrait faire tout aussi bien avec moins de capacités.

Demander aux cantons d'intervenir, en l'occurrence, c'est la garantie d'avoir une certaine adéquation. Dans les cantons du Tessin ou de Neuchâtel, la médecine n'est pas plus étatisée qu'ailleurs. Il n'y a pas non plus davantage de restrictions à l'égard de la pratique privée ambulatoire, et la qualité des soins n'en est pas moins bonne, bien que ces deux cantons aient cette clause du besoin dans leur législation.

Par conséquent, dans un domaine où la demande est quasiment infinie, il est judicieux d'inciter une certaine maîtrise de l'offre de prestations et je vous invite à soutenir la proposition de la minorité.

**Borer Roland F. (V, SO):** Die SVP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Maury Pasquier zu Artikel 39b ab. Wir möchten Sie daran erinnern, dass nicht einmal der Bundesrat eine derart weitgehende Regelung in Erwägung gezogen hat. Der Bundesrat hat auch nie entsprechende Vorschläge gemacht und in der Diskussion in der Kommission eingebracht. Für uns ist dieser Antrag reiner Protektionismus. Er ist auch innovationshemmend, was klar wird, wenn wir daran denken, dass bei Annahme dieses Antrages die Kantone grundsätzlich private Investitionen bewilligen müssen. Zudem ist die Formulierung nicht sehr klar. Was heisst zum Beispiel "andere spitzenmedizinische Einrichtungen"? Darunter kann man alles und jedes subsumieren, was zukunftsgerichtet, was neu ist. Es kann doch nicht sein, dass all diese Entwicklungsschritte schlussendlich von den Kantonen bewilligt werden müssen.

Erschwerend kommt bei diesem Antrag dazu, dass sogar der ambulante Bereich von dieser Vorschrift betroffen wäre – der ambulante Bereich, den wir ja eigentlich fördern wollen und der dazu beitragen soll, dass weniger stationäre Leistungen erbracht werden müssen und somit Kosten eingespart werden können. Es kann nicht Sinn machen, dass wir mit solcher Kraft und mit solchem Einsatz in den ambulanten Bereich eingreifen.

Ich gebe Ihnen hiermit zum Schluss noch eine Überlegung mit auf den Weg: Glauben Sie tatsächlich daran, auch wenn es hier im Minderheitsantrag so formuliert worden ist, dass ein Gesundheitsdirektor in der Schweiz entsprechende Anträge auf neue Einrichtungen in öffentlichen Spitälern ablehnen würde? Die Praxis beweist, dass das nie passieren wird. Mit der Annahme dieses Minderheitsantrages würde genau das geschehen, was wir eigentlich nicht wollen: Den öffentlichen Spitälern würde alles und jedes bewilligt, bei den Privaten würde es abgelehnt, und wenn sogar durch Ambulatorien eine Konkurrenz zum öffentlichen Spital entstehen könnte, käme auch für diese ein Nein heraus.

Aus all diesen Überlegungen bitten wir Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

**Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin):** Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit ablehnt.

**Fasel Hugo (G, FR):** Erste Vorbemerkung: Wir beraten die obligatorische Krankenversicherung, und wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir hier im Gesetz grundsätzlich das Planungselement verankert haben. Wir haben vorher darüber entschieden, wie weit dieses Planungselement gehen soll. Wir haben dort die subsidiäre Anordnung angelegt, womit die Planung zuerst bei den Kantonen liegt und der Bund allenfalls nur aushilfsweise etwas unternehmen kann. Deshalb war auch nicht zu erwarten, wie Herr Borer meint, dass hier der Bundesrat selber Vorschläge unterbreitet. Das wäre nicht seine Rolle gewesen.

Worum geht es? Wenn wir sagen, dass die Kantone bereits heute die Planungskompetenz haben sollen, dann müssen wir diesen Gedanken auch konsequent durchziehen und umsetzen. Im Spitalbereich haben wir es heute zuerst einmal mit Überkapazitäten zu tun; die Kantone haben zugleich die Planung des Bedarfs in ihrer Hand. Vor diesem Hintergrund ist es doch nur logisch, dass wir auch exakter vorgehen als bisher, wenn es um spitzenmedizinische Leistungen geht. Zunehmend müssen wir ja von einer spitzenmedizinischen Industrie reden, die unglaublich teuer ist. Ich gehe immer noch davon aus, dass wir eher Beiträge zur Kosteneindämmung leisten als Elemente einführen wollen, welche die Kosten noch steigen lassen.

Warum rede ich von Kostensteigerung? Wir haben in den letzten Monaten gesehen, wie sehr die Kantone bereits heute um diese spitzenmedizinischen Plätze ringen. Wir haben heute die Wahl, ob wir wirklich auch dazu beitragen wollen, diesen Aufschaukelungsprozess zu bremsen. Ökonomisch ist dieses Phänomen bekannt; man meint zunächst Wettbewerb, und schliesslich ist man in einem Aufschaukelungsprozess, der Hunderte von Millionen Franken verschlingt. Vor diesem Hintergrund ist es auch ökonomisch gesehen sinnvoll, diese Kompetenz, wie es die Minderheit Maury Pasquier vorschlägt, den Kantonen zu gewähren.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag der Minderheit Maury Pasquier zuzustimmen.



**Ruey Claude (RL, VD):** Il n'y a pas que les équipements techniques qui sont lourds dans l'amendement proposé par la minorité, mais aussi les moyens qu'on nous propose. Ce n'est pas un canon lourd, mais c'est quasiment une bombe atomique! tellement on propose d'utiliser des moyens qui me paraissent s'approcher plus du "Big Brother" de la planification d'une économie d'Etat que d'un système naturel qui devrait permettre de régler les problèmes qu'il y a chez nous. Cet amendement vise non seulement les hôpitaux publics et parapublics, mais aussi tous les hôpitaux publics et privés et en plus le secteur ambulatoire. C'est vraiment aller au-delà du rationnel et, je dirai, du raisonnable!

Le malthusianisme, car c'est cela qu'on nous propose, n'a jamais été un bon système. Remplacer l'évolution naturelle ou autorégulatrice par la technocratie, je constate que l'expérience montre que ça ne marche pas. Les oukases étatiques – j'ai été en charge de ce genre de dossier en rapport avec le système de santé – sont toujours en retard d'une guerre. On a dit qu'on ne tenait pas compte de l'innovation: en effet, on ne tient pas compte des progrès technologiques lorsqu'on doit prendre des décisions étatiques de planification de ce type. Le problème, il ne faut pas le nier, existe, mais on ne règle pas le problème des équipements techniques qui seraient

AB 2007 N 438 / BO 2007 N 438

superflus par, précisément, la technocratie; on le règle par les prix. On peut dire qu'à un moment donné, les prix payés pour les scanners et les appareils d'IRM étaient trop élevés, ce qui a permis à certains d'investir dans ce type de machines parce qu'ils pouvaient tout à fait rationaliser leurs investissements sur le plan économique dès lors que les prix administrés, qui étaient fixés, étaient relativement trop élevés. Je l'ai constaté dans mon canton: j'ai vu une clinique qui prodiguait des soins de base, mais qui était privée, acquérir un appareil d'IRM supplémentaire tout simplement parce que la direction savait qu'elle pourrait l'amortir vu le prix fixé par l'Etat au moment de l'achat.

Mieux vaut améliorer la régulation au moyen des prix et de la concurrence: c'est exactement ce que prévoit le projet qui nous est soumis. Nous introduisons les paiements à la prestation, les fameux DRG. Je crois que Madame Maury Pasquier a oublié ce changement de paradigme! Elle raisonne selon l'ancien système; or nous sommes dans un nouveau système, qui tiendra compte des prestations, de leurs coûts rationnels et économiques et qui évitera donc que l'on surinvestisse parce que les prix fixés autrefois l'étaient par l'Etat.

L'amendement proposé par la minorité qui, encore une fois, vise à bloquer les choses de manière administrative, ne tient pas compte des progrès technologiques. Si je me souviens bien, un téléphone portable coûtait 5000 ou 6000 francs en 1990; aujourd'hui on vous l'offre, au pire vous le payez 50 francs.

On voit bien que, dans ce domaine, le progrès technologique et économique conduit à ce que certains équipements considérés comme lourds à un moment donné deviennent des équipements qu'on peut se payer plus facilement. Il faut tenir compte de cela. Les décisions étatiques ont beaucoup plus de peine à les prendre en compte que le marché. Les progrès de la recherche peuvent également être freinés par ce genre de malthusianisme, ce genre de blocage fixé et imposé à tous.

Il y a un élément qui me paraît devoir être dit, c'est que la santé, c'est aussi une source d'emplois, une source d'enrichissement pour la Suisse. Je pense à toute la médecine qui est faite pour des personnes qui viennent de l'étranger et qui viennent chez nous se faire soigner. En particulier dans les cliniques privées, il y a toute une médecine dite d'exportation qui fait que ces gens qui viennent de l'extérieur n'émargent absolument pas au système social de l'assurance obligatoire des soins, mais, par leur présence, des emplois sont créés chez nous et cela permet aussi à notre médecine de se développer. Pour ces besoins-là, on voit mal comment l'Etat, précisément, empêcherait que des équipements puissent être payés.

A une dizaine de kilomètres de chez moi, il y a un hôpital qui est rempli presque uniquement par des patients étrangers venus du monde entier et qui, par ce qu'ils versent à cet hôpital, paient les équipements lourds en question et permettent le développement d'une médecine de pointe qu'il ne faut négliger ni sur le plan du développement de la médecine, ni sur celui du développement de la santé.

Je vous invite à ne pas céder à une position dogmatique. L'expérience faite au Canada, j'ai eu l'occasion de le dire à cette tribune – j'y avais été invité pour voir ce qui s'y passait –, a donné comme résultat que là-bas on a des files d'attente et des urgences surencombrées parce qu'on a pris des mesures du type de celle que nous propose Madame Maury Pasquier et, aujourd'hui, on s'en mord les doigts. Alors, ne commettons pas chez nous les erreurs que d'autres se repentent d'avoir faites, d'autant plus que ce genre de décision conduit en fait à une médecine à deux vitesses, ce qui n'est pas non plus un souci que nous avons: nous voulons au contraire une médecine solidaire avec un accès aux soins pour tous.

Voilà les raisons pour lesquelles le groupe radical-libéral rejettera la proposition de la minorité Maury Pasquier.



**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Je rejette la proposition de la minorité.

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: La majorité de la commission ne peut malheureusement pas souscrire à la proposition défendue par la minorité Maury Pasquier. Elle introduirait une contradiction à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, la minorité parle des "domaines hospitalier ou ambulatoire, public ou privé". Comment est-il concevable d'exercer un contrôle étatique de cette nature sur des entreprises privées? Cela en soi est déjà très problématique.

J'ajouterai que, dans ce domaine, le canton de Vaud a tenté une expérience avec la fondation Specimed, incluant à la fois les institutions publiques et privées et qui devait fonctionner par concertation librement consentie. Cela a été un fiasco total, et l'opération a dû être abandonnée.

Je suis par ailleurs consterné lorsque Madame Maury Pasquier affirme que les DRG n'apportent pas plus d'éléments incitatifs que le forfait journalier. Le forfait journalier est calculé selon les coûts imputables et non pas selon les prestations fournies; il y a là une différence absolument fondamentale. Les DRG vont obliger les services hospitaliers à rationaliser leur stratégie de prise en charge de manière à limiter la durée des séjours et à se montrer le plus efficace possible. Car moins on fait, plus on gagne. Cela va déboucher sur des indications aussi précisément ciblées que possible et donc le recours à des équipements lourds uniquement lorsqu'ils sont absolument justifiés.

On répond à cela qu'il est facile de manipuler le codage. Que l'on se détrompe là-dessus! L'un des enjeux majeurs de la mise en place des DRG est précisément le contrôle du codage. Et avec l'étalonnage (benchmarking) et les nouvelles données statistiques à fournir, ceux qui trichent ne sauraient longtemps passer entre les gouttes. Mais par ailleurs, cela n'empêche pas une certaine souplesse permettant de favoriser et d'optimiser les progrès.

Ce genre de mesures rigides est donc apparu à la fois illusoire et contre-productif à la commission qui vous propose, par 14 voix contre 8, de rejeter la proposition de la minorité Maury Pasquier.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit .... 62 Stimmen

Dagegen .... 104 Stimmen

#### **Art. 41**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 1bis*

Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a.

*Abs. 1ter*

Die versicherte Person kann unter den Geburtshäusern frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.

*Abs. 2*

Beansprucht die versicherte Person bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung nicht angeboten werden.

*Abs. 3*

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf einer Spitalliste aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Kanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

AB 2007 N 439 / BO 2007 N 439

*Antrag der Minderheit*

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

*Abs. 1ter*





Streichen

*Antrag Teuscher*

*Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Eventualantrag Teuscher*

*Abs. 1bis*

.... auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind ....

*Antrag Studer Heiner*

*Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 41**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 1bis*

En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie, figurant sur une liste hospitalière cantonale (hôpital figurant sur une liste). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital figurant sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a.

*Al. 1ter*

L'assuré a le libre choix entre les maisons de naissance. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable à ce fournisseur de prestations.

*Al. 2*

En cas de traitement ambulatoire, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.

*Al. 3*

Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital qui ne figure pas sur une liste, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon l'article 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

*Proposition de la minorité*

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

*Al. 1ter*

Biffer

*Proposition Teuscher*

*Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition subsidiaire Teuscher*

*Al. 1bis*

.... figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile ....

*Proposition Studer Heiner*

*Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Teuscher** Franziska (G, BE): Ich möchte meinen Antrag zu Artikel 41 Absatz 1bis begründen, der auch von der grünen Fraktion unterstützt wird. Zu Beginn muss ich gleich sagen: Auf dem Blatt, das Ihnen verteilt wurde, hat



es einen Fehler. Der Bundesrat hat zu Absatz 1bis keinen Antrag formuliert; mein Antrag heisst also "gemäss Ständerat". Das ist dasselbe Konzept, das auch mit dem Antrag Studer Heiner vorgeschlagen wird.

Artikel 41 Absatz 1bis ist ein "Blendeartikel". Auf den ersten Blick mag er sehr viele Sympathien gewinnen, denn wer findet es nicht toll, die Freiheit zu haben, in der ganzen Schweiz sein Spital auswählen zu können? Doch wenn wir genauer hinschauen und die Folgen dieser Bestimmung anschauen, dann verblasst der Glanz schnell: Diese Bestimmung ist teuer für die Kantone. Wenn die interkantonale Wahlfreiheit neu steuerfinanziert werden soll, kostet dies die Kantone rund 500 Millionen Franken. Ohne einen Zusatznutzen notabene werden solche Summen hier erschlossen und zwischen den Kantonen hin und her geschoben. Als in der Kommission darüber diskutiert wurde, war die Höhe der finanziellen Folgen nicht klar. Es ist höchste Zeit, dass wir uns diese hier vor Augen führen. Wenn die Kantone schon verpflichtet werden sollen, 500 Millionen Franken mehr zu übernehmen, dann möchten die Grünen diese 500 Millionen auch gewinnbringend für die Versicherten einsetzen, beispielsweise für die Prämienverbilligung oder für die Spitex-Förderung. Nach Meinung der Grünen sollen bei dieser Teilrevision keine massiven Kostenverschiebungen ausgelöst werden. Wer hier der Mehrheit zustimmt, der macht das aber. Deshalb bittet uns ja auch die GDK in ihrem Schreiben, auf die freie Spitalwahl zu verzichten.

Für die Grünen braucht es in der Planung nach wie vor ein gutes Mass an staatlicher Steuerung. Das ist nur möglich, wenn wir auf die freie Spitalwahl verzichten. Planung kann nämlich nur erfolgen, wenn ein Kanton weiss, für wie viele Leute er planen muss. Das wird mit der freien Spitalwahl erschwert. Wie sollen die Kantone wissen, wie viele Leute aus einem anderen Kanton ihre Leistungen in Anspruch nehmen? Gerade von bürgerlicher Seite wurde bei dieser Teilrevision immer wieder die Wirtschaftlichkeit betont, und es wurde immer wieder gesagt, wir müssten mehr Effizienz schaffen. Wer dies predigt, sollte meinem Antrag zustimmen.

Falls der Einzelantrag abgelehnt wird, schlage ich Ihnen in einem Eventualantrag vor, den Versicherten die Wahlfreiheit zu lassen, wobei sich ihre Wahlmöglichkeiten auf die Spitalliste ihres Wohnkantons beschränken sollen.

**Studer Heiner (E, AG):** Als wir in der EVP/EDU-Fraktion diese Vorlage studierten, stellten wir fest, dass hier ein neuer Artikel vorgeschlagen wird, wobei kein Minderheitsantrag gestellt wurde. Das machte uns stutzig. Eine Neuerung mit so vielen Konsequenzen – was ist da der Hintergrund?

Wir haben jetzt gehört, dass Frau Teuscher, die in der Kommission war, eigentlich einen Minderheitsantrag hätte unterbreiten wollen. Ich habe versucht, mit mehreren Kommissionsmitgliedern zu sprechen, nicht nur mit einem; ich habe selbstverständlich auch alle Informationen unseres kantonalen Gesundheitsdirektors und von jenen anderer Kantone eingeholt, damit die Sache offengelegt ist. Dabei erhielt ich völlig gegensätzliche Informationen: Die Initianten in der Kommission sagen mir, dass ganz wenige Versicherte betroffen wären, sodass es zu vernachlässigen sei; die Kantone hingegen sagen, dass es enorme Konsequenzen habe.

Wir sind ja nicht Erstrat, sondern Zweitrat, sodass wir diese Sache nicht einfach laufen lassen können. Hätten wir nämlich keine Einzelanträge gestellt, dürfte man über diesen Punkt gar nicht diskutieren. Wir dürfen es nur, weil Einzelanträge eingereicht worden sind. Deshalb ist es wichtig, dass Sie von der Kommissionsmehrheit Ihre Idee der freien Wahl im ganzen Land konkretisieren – wenn nicht heute, so dann morgen; denn ich bin nicht überzeugt, dass Sie heute überzeugende Zahlen bringen können, zu denen wir nicht umgehend die Gegenzahlen erhalten. Weil wir aber davon ausgehen, dass die Mehrheit unseres Rates nicht gleich entscheiden wird wie der Ständerat, wäre es eine Aufgabe, in diesem Punkt spätestens bis zur Differenzbereinigung Klarheit zu haben; um zu wissen, was richtig ist.

Die Wahlfreiheit ist als Idee gut – aber ist das hier der richtige Ort? Das ist wirklich die grosse Frage, die unsere Fraktion stellt und auf die wir mit der Zeit dann schon eine überzeugende Antwort erwarten.

AB 2007 N 440 / BO 2007 N 440

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Die Möglichkeit, hier in Analogie zum Cassis-de-Dijon-Prinzip die freie Spitalwahl einzuführen, scheint etwas übers Knie gebrochen, vielleicht gerade deshalb, weil es auf der Fahne so einhellig daherkommt. Aber es ist natürlich ein Thema, über das wir schon sehr lange gesprochen haben und bei dem wir jetzt der Meinung sind, dass die Zeit reif dafür sei.

Vielleicht zuerst an die Adresse der Grünen: Was passiert hier eigentlich von der Verschiebung her? Wir verschieben eine Leistung, die heute über die Zusatzversicherung eingekauft werden muss, in die Grundversicherung und verschieben sie von den Prämien zu den Steuergeldern. Das ist eigentlich ganz in unserem Sinne, zumindest im Sinne der Linken und wahrscheinlich auch der Grünen hier im Saal. Ich verstehe deshalb nicht, warum ausgerechnet Franziska Teuscher einen anderslautenden Antrag stellt.



Es ist aber auch aus einer anderen Optik ein wichtiger Schritt: Es ist ein erster Schritt hin zu grösseren, zu überkantonalen Versorgungsregionen, was eben die interkantonale Planung fördern wird. Spitalplanung ist selbstverständlich auch in diesem Konzept möglich. Sie muss aber über die Kantons Grenzen hinweg geschehen; die interkantonale Planung wird geradezu notwendig. Das ist etwas, was durchaus auch in unserem Sinne ist, auch im Sinne einer effizienten Mittelverwendung. Damit können Überkapazitäten abgebaut werden. Wir wissen ja schon längst, dass die Versorgungsregionen sehr klein sind, sodass es in der Kombination zu vielen Überkapazitäten kommt, da jede solche Region nur für sich selber schaut. Deshalb denke ich, dass summa summarum dieser Schritt jetzt sehr wohl zu tun ist. Wir sind zwar der Zweitrat, aber der erste, der das aufnimmt. Damit wird der Ständerat zwingend über dieses Thema noch einmal befinden müssen. Ich bin der Meinung, wir sollten hier diesen Schritt tun. Es ist ein Anliegen, das wir schon lange vertreten. Deshalb sagt die SP-Fraktion Ja zu diesem Schritt.

**Triponez Pierre (RL, BE):** Es kommt in der Kommissionsarbeit nicht jeden Tag vor, dass alle Kommissionsmitglieder nach eingehender Diskussion zur Überzeugung kommen, dass eine Bestimmung so gestaltet werden soll, wie sie Ihnen jetzt von der Kommission vorgeschlagen wird. Es gibt auch keinen Minderheitsantrag.

Ich habe ein gewisses Verständnis für die Ratsmitglieder, die hier Einzelanträge gestellt haben und noch gerne Fragen erläutert bekämen. Aber das Grundprinzip – und ich glaube, ich habe das zumindest auch aus Ihrem Antrag herausgehört, Herr Studer –, dass wir im Bereiche des Gesundheitswesens und auch der Spitalversorgung über die Kantons Grenzen hinaus zu denken beginnen, das scheint mir ein absolutes Muss zu sein. Es ist nicht erstaunlich, dass dies in diesem Fall dem Nationalrat vorbehalten ist und dass wir auch von der ständerätlichen Lösung abgewichen sind.

Ich denke auch, dass gerade die letzte Abstimmung über die Einheitskasse – die darf man vielleicht hier zitieren, auch wenn es nicht genau das gleiche Gebiet ist – uns allen gezeigt hat, dass es fast eine plebiszitäre Auffassung ist, dass wir mehr Wettbewerbselemente in den Gesundheitsmarkt bringen wollen. Dazu gehört selbstverständlich auch die Spitalversorgung. Das Prinzip der freien Spitalwahl müsste sich eigentlich von selbst verstehen, nach allem, was wir in diesem Rat in allen Gebieten schon behandelt haben – ich denke an das Binnenmarktgesetz, wo Sie häufig auch über das Gewerbe geschimpft haben, das sich nicht öffnen wolle. Ich glaube, dass auch im Gesundheitswesen diese Öffnung stattfinden muss, und dazu gehört ganz bestimmt die Weichenstellung, die wir jetzt bezüglich der freien Spitalwahl vorgenommen haben. Es ist ein kleiner Schritt, aber natürlich ein Schritt mit einer klaren Weichenstellung, welche wir jetzt aber nach der einstimmigen Meinung unserer Kommission vornehmen müssen.

Natürlich haben Sie seitens der GDK einige Schreiben erhalten, bezüglich Kosten, bezüglich Zahlen – die Zahlen sind auch nicht unbedingt sehr überzeugend, die hier gekommen sind, Herr Studer –, aber es ist fast ein bisschen ein unangenehmer Druck aufgesetzt worden seitens der GDK. Ich bin der Meinung – diese Überlegung möchte ich Herrn Studer ans Herz legen –, dass wir diese Differenz zum Ständerat schaffen müssen. Sonst ist die Übung abgebrochen. Ich bitte Sie herzlich, gegen Ihren eigenen Antrag zu stimmen, wenn Sie effektiv das erreichen wollen, was Sie hier vorgetragen haben. Das einfach zur Klarstellung. Aber nachdem Sie das hier so elegant vorgebracht haben, können wir wenigstens über das Ganze diskutieren.

Es ist klar – ich möchte das hier festhalten –, dass auch in unserer Kommission nicht alle Fragen so geregelt worden sind, dass ich Ihnen jetzt Zahlenmaterial vorlegen könnte. Es wird so sein, dass wir vielleicht die flankierenden Massnahmen noch gut überlegen müssen. Auch die Abgeltungen – wir werden ja bei Artikel 49a noch eingehend darüber sprechen – müssen vielleicht nochmals überprüft werden. Ich denke, dass wir auch bezüglich der Übergangsbestimmungen durchaus noch Flexibilität haben können.

Aber ich bitte Sie, hier dem einstimmigen Antrag der Kommission zuzustimmen und eine Differenz zum Ständerat zu schaffen.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Es geht bei dieser in der Kommission nicht bestrittenen Bestimmung um den schweizweit freien Zugang zu den zugelassenen stationären Einrichtungen. Das ist eine an sich absolut bürgerfreundliche Massnahme, die den Versicherten die Verantwortung und gewisse Freiheiten überlässt, mehr Freiheiten, als ein Versicherter heute geniesst.

So gesehen habe ich für die Anträge Teuscher und Studer Heiner wirklich kein Verständnis. Dass die Grundlagen für diese Massnahmen gegeben sein müssen, ist selbstverständlich; wir haben ja vorhin über Artikel 39 Absatz 2ter diskutiert. Der Bundesrat erlässt demnach wirtschaftliche und qualitative Kriterien und auch Kriterien für die Mindestversorgung – das ist die Ausgangslage. Da diese Ausgangslage zuerst gesichert werden muss, wird dann in den Übergangsregelungen diese Massnahme, dieser freie Zugang, schrittweise in die Praxis überführt. In Ziffer 2 Absatz 2 bei den Übergangsbestimmungen – das muss man immer in diese Diskussion



einbeziehen – heisst es dann, dass die Einführung zeitlich gestaffelt, aber spätestens mit den Spitaltarifen erfolge. Der Bundesrat regle die Abläufe und sage, wie dann diese Einführung erfolgen könne. Meines Erachtens ist also diese Massnahme absolut zumutbar. Wir sprechen heute vom Zugang zu Spitälern im Ausland, man spricht diesbezüglich von einer Öffnung. Dazu muss man sagen, dass wir in unserem Gesundheitswesen zuerst einmal die Kantongrenzen problemlos überschreiten können müssen, bevor wir ausländische Angebote bevorzugen. Also, so, wie die Gegner denken, geht es ja nicht. Diese Massnahme ist, so meine ich, überfällig. Frau Teuscher, mir ist eigentlich nicht klar, warum Sie sagen, dass diese Massnahme massive Mehrkosten zur Folge haben werde. Meines Erachtens trifft eher das Gegenteil zu. Man darf die Wahlfreiheit nicht falsch einschätzen; es wird nicht so sein, dass wir dann einen Kreuz-und-quer-Zugang durch die gesamte Schweiz zu den Spitälern haben werden; das ist doch eine Illusion. Auch weiterhin wird für die Leistungen die Nähe prioritär sein; diejenigen, die eine Leistung nötig haben, werden sich zweifellos zuerst in der Nähe umsehen. Was sich aber ändert, das ist die Vergleichbarkeit. Wenn diese Durchschaubarkeit bzw. Vergleichbarkeit zwischen den Anbietern einmal vorhanden ist, wächst der Druck auf die Anbieter, die Qualität zu fördern, sonst sind sie nicht mehr gefragt. Das ist entscheidend: Wenn die Möglichkeit geschaffen wird, nicht nur das kantons-eigene Spital aufzusuchen, so schafft das Herausforderungen für die Leistungserbringer und ist für mich die beste Garantie, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Bereich in unserem Land durchsetzen und laufend verbessert werden.

Ich bitte Sie deshalb, hier der Kommission zu folgen.

AB 2007 N 441 / BO 2007 N 441

**Meyer Thérèse (C, FR):** Comme vous le voyez dans le projet, la commission – il n'y a pas de proposition de minorité – avait décidé de renforcer le libre choix des assurés pour leur donner la possibilité de bénéficier de traitements dans tous les hôpitaux figurant sur une liste cantonale, quel que soit le canton, et ceci avec la contribution de la part cantonale du canton de résidence.

Il faut dire que nous avons discuté cet objet sur fond de débat sur l'ouverture des frontières du pays, pour donner, dans certaines régions, la possibilité à des assurés d'aller bénéficier de traitements à la charge de l'assurance de base dans d'autres pays. Cela nous a motivés pour ouvrir un peu les frontières cantonales. Actuellement, il faut faire une procédure lourde pour avoir l'aval du canton de résidence afin d'aller se faire soigner dans un autre canton, avec la couverture de l'assurance de base.

Nous sommes conscients que cette nouvelle disposition est un défi supplémentaire pour les cantons qui doivent décider de la couverture hospitalière pour leur canton. C'est aussi un défi de qualité parce que, si les personnes d'un canton choisissent le plus souvent d'aller se faire soigner dans un autre canton, il faudra se demander ce qui se passe.

Nous appelons aussi le Conseil des Etats à vérifier encore la teneur de l'article parce qu'il stipule que le canton de résidence doit prendre en charge sa "part respective". Or en fait, il y a des différences suivant les cantons et il faudrait peut-être affiner la formulation en disant que le canton de résidence prend en charge la part cantonale du canton où sont prodigués les soins.

Nous sommes conscients que vis-à-vis de la planification, c'est une petite révolution que nous demandons là aux cantons. Mais nous avons une certaine sympathie pour cette liberté de choix qui force, bien sûr, à la qualité.

Nous allons donc soutenir la commission.

**Couchepin Pascal, conseiller fédéral:** Il s'agit ici de l'introduction de ce qu'on appelle le principe du "Cassis de Dijon". Il s'agit en réalité de donner la possibilité à tous les citoyens suisses et étrangers – c'est-à-dire à tous ceux qui résident en Suisse et qui paient des primes pour l'assurance obligatoire des soins – de se faire soigner dans l'hôpital de leur choix pour autant que l'établissement figure sur la liste hospitalière. Il s'agit, comme on l'a dit, d'une ouverture qui en pratique ne sera pas utilisée par un nombre considérable de gens, mais certaines personnes choisiront quand même d'aller se faire soigner dans un autre canton que leur canton de domicile.

Pourquoi le feront-elles? Ou parce qu'elles ont de la famille dans une autre région et qu'elles veulent être près d'elle, ou parce qu'elles considèrent que l'hôpital dans lequel elles se rendent leur offre de meilleures prestations soit du point de vue hospitalier, soit sur le plan hôtelier.

Pourquoi refuser cela? Il n'y a aucune raison de rejeter cette proposition. Les cantons argumentent en disant que ça met en péril la planification hospitalière parce qu'ils ne savent pas combien de personnes iront se faire soigner à l'extérieur du canton. Aujourd'hui, il existe une assurance complémentaire qui donne cette liberté.





Cette assurance disparaîtra, c'est la raison pour laquelle d'ailleurs les compagnies ne sont pas enthousiastes – il s'en faut de beaucoup – à l'égard de cette proposition. Aujourd'hui déjà, un certain nombre de gens vont se faire soigner dans un autre canton que leur canton de domicile. Les cantons ne peuvent pas savoir combien de personnes ont souscrit à l'assurance précitée, ni surtout combien de personnes utilisent la possibilité ouverte par ladite assurance. Cet argument n'est donc pas pertinent.

Je ne pense pas qu'on puisse prétendre qu'il faut refuser cette ouverture à cause de l'incertitude que cela crée pour la planification hospitalière. Pour établir celle-ci, il faut tenir compte d'incertitudes bien plus grandes, et notamment de la question de savoir ce qui se passe s'il y a tout à coup une épidémie ou si soudain un médecin s'installe dans une région. Comme on le sait, le médecin peut parfois préférer telle ou telle pratique médicale plutôt que telle autre: il y a des médecins qui recourent plus facilement que d'autres à l'hospitalisation ou qui sont plus enclins que d'autres à faire des interventions chirurgicales. Donc, l'incertitude n'est pas un argument qui pousse à dire non à cette proposition.

Par contre, comme l'a dit Madame Fehr Jacqueline, cette proposition présente le très grand avantage de forcer les cantons à commencer à réfléchir à une planification intercantonale, suprarégionale, et à ne pas penser trop provincial. L'argument le plus solide des cantons est d'ordre financier, mais il ne tient pas, à mon sens. Les cantons disent: "Aujourd'hui, certains vont se faire soigner dans un hôpital d'un autre canton grâce à l'assurance complémentaire."

Lorsque vous allez dans un autre canton grâce à l'assurance complémentaire, une partie des frais est couverte par l'assurance de base et le reste est payé par l'assurance complémentaire. Les cantons disent: "Si vous appliquez cette proposition, l'assurance complémentaire n'interviendra plus. C'est l'assurance de base qui interviendra pour le total. Par conséquent, nous aurons des frais supplémentaires." C'est possible, mais aujourd'hui, les frais sont pris en charge par l'assurance complémentaire et c'est une ouverture qui n'est possible que pour ceux qui ont une telle assurance.

Donc, du point de vue de l'équité sociale et de l'égalité entre les citoyens, il est clair que la solution de la commission est meilleure. Du point de vue de la planification, le risque n'existe pas. Il y a des problèmes à résoudre, comme l'a dit Madame Thérèse Meyer tout à l'heure et comme le dira probablement Madame Humbel Näf, notamment celui de savoir quel est le montant que les cantons doivent payer: est-ce le montant du canton de domicile ou celui du canton où le citoyen se fait traiter?

Ce sont des problèmes qui doivent en effet être résolus par le Conseil des Etats, mais je crois qu'il faut accepter cette proposition, d'autant plus sympathique qu'elle est issue des forges du département!

**Humbel Näf** Ruth (C, AG), für die Kommission: Sie haben es schon gehört: Die Kommission hat ohne Opposition das sogenannte Cassis-de-Dijon-Prinzip gutgeheissen, also den freien Zugang für Patientinnen und Patienten zu allen Listenspitälern der Schweiz. Insbesondere folgende Gründe sprechen für diese Lösung:

1. Mit der Einführung der Freizügigkeit wird eine bessere Zusammenarbeit der Kantone, wird das Denken in grösseren Versorgungsregionen gefördert.

2. Wir sprechen bereits über grenzüberschreitende Behandlungen im nahen Ausland. Zwischen den beiden Basel und Deutschland besteht ein vom Bund genehmigtes Pilotprojekt. Damit kann zum Beispiel ein Versicherter aus Augst sich in Säckingen behandeln lassen. Er kann es aber nicht im nahen Rheinfelden, weil das im Kanton Aargau liegt. Das ist für die Bürgerinnen und Bürger nicht nachvollziehbar.

Wir haben alle Post erhalten von den Kantonen. Sie opponieren gegen diese Neuerung, und es ist denn auch zuzugeben, dass die Formulierung von Absatz 1bis einen breiten Interpretationsspielraum bezüglich Umsetzung einräumt. Der Ständerat wird hier sicher noch Arbeit leisten und eine präzisere Umsetzungsformulierung finden müssen.

Ich möchte Ihnen aber die Gedankengänge in der Kommission darlegen. Der neue Absatz 1bis geht von der Überlegung aus, dass mit der Einführung von gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen DRG mit einem Benchmarking gleiche Leistungen mit gleicher Qualität in der ganzen Schweiz einen gleichen Preis haben werden. Wenn dem so wäre und für gleiche Leistungen in allen Spitälern gleiche Preise gelten würden, käme bei einer Hospitalisation in einem ausserkantonalen Spital der prozentuale Kostenverteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen im Wohnsitzkanton der Patienten zum Tragen.

Es ist nun aber davon auszugehen, dass sich die Preise aller Spitäler nicht so schnell angleichen werden und es aufgrund unterschiedlicher Strukturen, unterschiedlicher Lebenshaltungskosten und unterschiedlicher Mentalitäten noch lange Preisdifferenzen geben wird. In Analogie zu Artikel 41 Absatz 1 KVG müssten in diesem Fall die Preise und der Kostenverteiler des Wohnsitzkantons der versicherten



Person zum Tragen kommen. Das heisst, der Kanton und die Versicherung hätten den gleichen Preis zu bezahlen, wie sie es im vergleichbaren Spital im Wohnsitzkanton tun müssten.

Diese Interpretation rechtfertigt sich durch eine analoge Anwendung von Artikel 41 Absatz 1. Im ambulanten Bereich kennen wir eine beschränkte Freizügigkeit. Die Versicherten haben die Kosten nach dem Tarif zu übernehmen, welcher am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gilt. Während der Beratungen in der Kommission wurde auf die Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips, also der vollen Freizügigkeit, im ambulanten Bereich verzichtet, weil die Preise, konkret also die Taxpunktwerte, in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich sind. Folglich muss diese Lösung auch im stationären Bereich zur Anwendung kommen, solange die Preise kantonal unterschiedlich sind.

Gewisse verständliche Befürchtungen der Kantone – namentlich der Kantone mit einer restriktiven Spitalplanung und vergleichsweise kostengünstigen Preisen –, die Patienten ihres Kantons würden vermehrt in teure, hochspezialisierte ausserkantonale Kliniken abwandern, würden damit etwas entkräftet, weil eben die Kosten gemäss Wohnsitzkanton übernommen werden müssten. Die ausserkantonale Behandlung gemäss Artikel 41 Absatz 1 bleibt unverändert, das heisst, bei Notfällen oder medizinischen Indikationen müssen die Kantone immer die Differenz der Kosten übernehmen. Die Einführung der Freizügigkeit im stationären Bereich ist auch eine Folge des Konzepts, des Wechsels von der Objekt- zur Subjektfinanzierung; das heisst, dass eben künftig Patientinnen und Patienten Anspruch auf den Kantonsbeitrag und nicht mehr die Institutionen Anspruch auf eine Subvention haben werden.

Wir haben von den Kantonen Zahlen erhalten. Ich muss zugestehen, dass wir nicht wissen oder auch nicht abschätzen können, wie der grenzüberschreitende Patientenfluss zwischen den Kantonen ausfallen wird. Das wird auch von der jeweiligen kantonalen Versorgungssituation abhängen. Wir können daher auch nicht abschätzen, welche Kostenverlagerungen da anfallen werden. Es geht aber letztlich auch um das Gleichbehandlungsprinzip, darum, dass die Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gleich behandelt werden. Da leistet das Cassis-de-Dijon-Prinzip einen wesentlichen Beitrag.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, der Kommission zuzustimmen und die beiden Einzelanträge abzulehnen.

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 04.061/4118)

Für den Antrag der Mehrheit .... 132 Stimmen

Für den Antrag Teuscher/Studer Heiner .... 30 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 04.061/4120)

Für den Antrag der Mehrheit .... 139 Stimmen

Für den Eventualantrag Teuscher .... 23 Stimmen

*Abs. 1ter – Al. 1ter*

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Über den Antrag der Minderheit zu Absatz 1ter haben wir bereits mit der Abstimmung über Artikel 25 entschieden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 42**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 2, 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Humbel Näf, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Ruey, Scherer, Stahl, Wehrli)



*Abs. 4bis*

Bei leistungsbezogenen Fallpauschalen muss der Leistungserbringer auf der Rechnung alle Angaben machen, welche für die Ermittlung der korrekten Fallpauschalen notwendig sind, insbesondere auch die relevanten Diagnosen und Prozeduren.

*Antrag Stahl**Abs. 2*

Unverändert

*Abs. 4bis*

(Ergänzung zum Antrag der Minderheit Humbel Näf)

.... relevanten Diagnosen und Prozeduren. Der Bundesrat erlässt die Bestimmungen zur Sicherstellung des Datenschutzes.

**Art. 42***Proposition de la majorité**Al. 2, 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Humbel Näf, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Ruey, Scherer, Stahl, Wehrli)

*Al. 4bis*

En présence de forfaits par cas liés aux prestations, le fournisseur de prestations indique sur la facture toutes les données nécessaires à la détermination des forfaits par cas exacts, y compris notamment les procédures et diagnostics pertinents.

*Proposition Stahl**Al. 2*

Inchangé

*Al. 4bis*

(complétant la proposition de la minorité Humbel Näf)

.... les procédures et diagnostics pertinents. Le Conseil fédéral édicte les dispositions visant à garantir la protection des données.

**Stahl** Jürg (V, ZH): In der Kommission wurden die Absätze 2 und 3 von Artikel 42 diskussionslos genehmigt. Die Ergänzungen, welche der Ständerat zum geltenden Recht gemacht hat, sind in Absatz 3 sinnvoll, in Absatz 2 sind sie jedoch einem Systemwechsel gleichzustellen. Deshalb mache ich Ihnen beliebt, meinem Einzelantrag auf Streichung der ständerätlichen Ergänzungen zuzustimmen.

Im heutigen System gilt gemäss dem KVG der Grundsatz des "tiers garant", was heisst, dass der Versicherte dem Leistungserbringer die bezogene Leistung schuldet, dieser – also der Versicherte – vom Versicherer jedoch den Beitrag garantiert hat. An diesem Grundsatz sollte nicht gerüttelt werden, denn nur so kann der Patient bzw. der Versicherte mit in die Verantwortung einbezogen werden. Auch unter dem Aspekt des Vier-Augen-Prinzips und der daraus entstehenden Kontrolle scheint mir die etablierte Lösung gut, insbesondere weil das geltende Recht – das ist entscheidend – bei stationären Behandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auf Vereinbarungsstufe eine Ausnahme vorsieht, den sogenannten "tiers payant". Diese Vereinbarungen sind beliebt, sie sind in der Praxis gut eingeführt, und sie sind häufig. Sie basieren aber – das ist ganz wichtig – auf einem Verhandlungsergebnis, bei dem für alle Beteiligten Vorteile entstehen. Bei einer erfolgreich ausgehandelten Vereinbarung profitiert der Patient nach einem stationären Aufenthalt von einer unbürokratischen und direkten Zahlungsabwicklung zwischen dem Leistungserbringer einerseits und dem Versicherer andererseits. Der Leistungserbringer selber profitiert, indem er das Inkassorisiko – und das ist bei den stationären Einrichtungen nicht unbedeutend – nicht mehr trägt und von schlankeren Abläufen profitiert. Zuletzt profitieren der Versicherer und folglich auch die

AB 2007 N 443 / BO 2007 N 443

Prämienzahlenden vom Verhandlungsergebnis und von den daraus resultierenden Rabatten. Diesen Verhandlungsspielraum sollten wir nicht preisgeben. Diesen Verhandlungsspielraum, der in der Praxis funktioniert,



sollten wir nicht zugunsten einer starren, fixen Lösung aufgeben, denn die starre Lösung führt bei keinem der Beteiligten zu einer Verbesserung.

In diesem Sinne beantrage ich, hier bei Artikel 42 Absatz 2 meinen Einzelantrag zu unterstützen und damit dem Bundesrat zu folgen und beim geltenden Recht zu bleiben.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Stahl, ich bitte Sie, auch gleich Ihren Antrag zu Absatz 4bis zu begründen.

Frau Humbel Näf teilt mit, dass ihr Antrag der Minderheit zugunsten des Antrages Stahl zurückgezogen ist.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Das Zurückziehen geht nicht so einfach, weil mein Antrag ein Ergänzungsantrag zum Antrag der Minderheit Humbel Näf ist. Aber ich versuche, das jetzt irgendwie kombiniert zu begründen. Ich glaube, die Sachlage ist klar; es ist klar, was die Minderheit Humbel Näf will. Mit meiner Ergänzung möchte ich eine Brücke bauen; in der Tat ist es eine entscheidende Bestimmung, denn die Fallpauschalen, die wir beschlossen haben, können nur erfolgreich eingeführt werden, wenn sie plausibel und transparent sind und nachvollzogen werden können.

Trotzdem oder gerade deswegen ist es von grosser Wichtigkeit, dem Patienten und dem Leistungserbringer die Gewissheit zu geben, dass der Datenschutz sichergestellt ist. Die Krankenversicherer müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein und müssen auch konsequent die Bereitschaft durchsetzen, dass der Datenschutz als wichtiges Element von allen Beteiligten in ihre Tätigkeit integriert wird. Wenn wir aber als Parlament den gemeinsamen Willen aufbringen wollen, dann müssen wir auch die entsprechenden Elemente zur Verfügung stellen. Wenn wir dies nicht tun, dann können wir unmöglich den gewünschten Effekt erzielen.

In sämtlichen Gesundheitssystemen, in welchen mit Fallpauschalen gearbeitet wird, müssen die vollständigen Angaben geliefert werden, ansonsten ist die Wirkung von Anfang an nicht erfolgreich. Dass Datenschützer und unter Umständen auch vereinzelte Leistungserbringer, welche sich in der Vergangenheit oftmals auch unter dem Deckmantel des Datenschutzes versteckt haben, Bedenken äussern, verwundert nicht. Aber das hat viel mehr mit dem Respekt vor Neuem zu tun als damit, dass es fehlender Wille wäre, mit einer vernünftigen Transparenz einen wichtigen Beitrag an die Stabilisierung der Gesundheitskosten zu leisten. Nach dem klaren Scheitern der veralteten SP-Idee einer Einheitskasse muss es doch für alle klar sein, dass es nur gemeinsam gehen kann. Sich auf einzelne Beteiligte einzuschiessen bringt uns nicht weiter. Ich bin überzeugt, dass sich der grösste Teil der Patienten hinter diese transparente Darstellung der Rechnungslegung stellt, wenn sie wissen, dass dadurch Qualität und Wirtschaftlichkeit auch in einem nachhaltigen Sinne verbessert werden können. Zu oft erzählen mir Patienten nach einem stationären Spitalaufenthalt von Rechnungspositionen für nichterbrachte Leistungen und der Unmöglichkeit einer Einflussnahme. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, glaube ich, dass der Antrag der Minderheit, ergänzt durch meinen Einzelantrag, eben die richtige Lösung ist und auch dazu führt, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit Hand in Hand in einen positiven Effekt münden.

Ich bitte Sie, die starke Minderheit Humbel Näf, ergänzt mit meinem Antrag, zu unterstützen. Der Datenschutz muss entsprechend umgesetzt werden, darf jedoch nicht missbraucht werden, um eine vernünftige Lösung zu verhindern.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Das bedeutet, dass die Information, der Antrag der Minderheit Humbel Näf sei zurückgezogen, nicht richtig ist: Der Antrag der Minderheit wird ergänzt durch den Antrag Stahl.

**Wehrli** Reto (C, SZ): Im Namen der CVP-Fraktion ersuche ich Sie, bei den Absätzen 2 und 3 die Mehrheit zu unterstützen und im Übrigen, das heisst bei Absatz 4bis, die Minderheit Humbel Näf ergänzt um den Antrag Stahl. Um es in einem Wort zu sagen: Kosten und Diagnosen müssen zusammengeführt werden. Alle Länder, die mit DRG arbeiten, kennen diese Zusammenführung. Gewisse, so zum Beispiel Deutschland, gehen sogar deutlich weiter als die Lösung, die die Minderheit Humbel Näf vorschlägt. Ohne den Minderheitsantrag Humbel Näf finden sich auf der Rechnung lediglich eine DRG-Nummer, das Kostengewicht und der Gesamtpreis. Diese bloss rudimentären Angaben genügen nicht, um eine wirksame Kostenkontrolle durchführen zu können. Heute gibt es bereits eine gewisse Tendenz zur preisorientierten Risikoselektion. Es werden Kosten verursacht, die nicht gesundheitlich indiziert sind.

Gegen den Antrag der Minderheit Humbel Näf werden Bedenken des Datenschutzes vorgebracht. Diese sind ernst zu nehmen, hindern Sie aber nicht daran, den Antrag der Minderheit Humbel Näf anzunehmen; dies aus folgenden Gründen:

1. Es muss die Sache im Vordergrund stehen. Das ist hier die wirksame Kostenkontrolle. Der Ergänzungsantrag Stahl unterstützt das Anliegen, diese nötige Kostenkontrolle mit datenschützerischer Sensibilität zu



vollziehen.

2. Für den besonders heiklen Bereich der Psychiatrie kann DRG nicht eingeführt werden. Hier muss sowieso eine andere Lösung gefunden werden.

3. Eine generelle Bemerkung: Datenschutz ist in einem Rechtsstaat keine absolute Grösse. Mit gutem Grund stellt man sich der Tendenz entgegen, dass Datenschutzbeamte nicht nur selber definieren, was Datenschutz ist, sondern gleich auch noch in jede beliebige materielle Gesetzgebung eingreifen, so, als ob den Datenschutzbeamten ein Veto zustünde.

Ich bitte Sie also im Namen der CVP-Fraktion, den Antrag der Minderheit Humbel Näf ergänzt um den Einzelantrag Stahl zu unterstützen.

**Schenker** Silvia (S, BS): Es gibt wohl nichts Sensibleres im Umgang mit Gesundheits- respektive Krankheitsdaten als den Umgang mit Diagnosen. Selbst dem Bundesamt für Gesundheit, das sicher ein sehr grosses und nachvollziehbares Interesse an möglichst aussagekräftigen Angaben hat, geht der Antrag der Minderheit Humbel Näf zu weit. Mit der Annahme des Minderheitsantrages machen wir einen grossen Schritt in Richtung gläserner Patient. Wenn Frau Humbel verlangt, dass auf der Rechnung alle Angaben gemacht werden müssen, insbesondere auch zu den relevanten Diagnosen und Prozeduren, sind damit unter anderem auch psychiatrische Diagnosen gemeint.

Herr Wehrli, Psychatriepatienten lassen sich nicht nur in psychiatrischen Kliniken behandeln. Hin und wieder sind sie auch somatisch krank, und dann gehen sie in andere Spitäler. Gerade psychische Erkrankungen oder auch chronische Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes können bei einer Behandlung im Spital eine wichtige Rolle spielen. Lassen Sie mich ein Beispiel machen: Wenn jemand, der eine starke Depression hat, einen Eingriff machen lassen muss, kann diese Depression in Zusammenhang mit der Genesung eine relevante Diagnose sein. Wenn wir den Minderheitsantrag Humbel Näf annehmen, wird das Spital, in dem sich der eben beschriebene Patient behandeln lässt, die Depression auf der Rechnung erwähnen müssen. Damit ist der Datenschutz nicht mehr gewährleistet. Besonders verheerend wird es bezüglich Datenschutz, wenn die Krankenkassen mit den Daten dann fahrlässig umgehen, wie wir das in den Medien diese Woche lesen konnten.

Wir von der SP sind uns bewusst: Für die Steuerung des Gesundheitswesens braucht es Daten. Wir wissen aber auch, dass es eine heikle Gratwanderung zwischen dem Recht der Patientinnen und Patienten auf Datenschutz und dem Recht der Kassen und des Bundesamtes für Gesundheit auf Daten gibt. Mit der Annahme des Minderheitsantrages Humbel Näf verlassen wir diesen Grat. Das können wir

AB 2007 N 444 / BO 2007 N 444

nicht zulassen. Die Ergänzung von Herrn Stahl genügt uns nicht, damit wir diesen Antrag akzeptieren können. Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag Humbel Näf abzulehnen.

**Vischer** Daniel (G, ZH): Ich ersuche Sie ebenfalls, den Antrag der Minderheit Humbel Näf, ergänzt durch den Antrag Stahl, abzulehnen. Wir sind hier im Bereich des Datenschutzes. Herr Wehrli, Sie sagen, der Datenschutz gelte in unserer Rechtsordnung nicht absolut. Das stimmt nur bedingt. Beim Datenschutz geht es um das elementare Verfassungsrecht des Schutzes der persönlichen Freiheit, und das ist ein zentrales Grundrecht, das in der Verfassung Vorrang hat. Seine Einschränkung ist nur unter ganz speziellen Gegebenheiten möglich; das Datenschutzgesetz konkretisiert das. Klar ist aber, dass es hier um besonders schützenswerte Daten geht. Das ist aufgrund des Datenschutzgesetzes unbestritten.

Nun kommt Herr Stahl und sagt, er sei auch für Datenschutz. Das mag ja abstrakt der Fall sein, nur nützt es nichts, wenn Sie einen Gesetzestext formulieren, in dem Sie zuerst den Datenschutz durchlöchern und am Schluss schreiben, dass der Datenschutz gilt. Dann können Sie den letzten Satz auch weglassen! Wichtig ist doch die Essenz dessen, was oben steht. Darum geht es, und daran ändert auch der Zusatz Stahl nichts.

Worum geht es hier im Einzelnen? Es geht um einen Fight zwischen den Krankenkassen und dem Persönlichkeitsschutz der Betroffenen. Oft stehen die Ärzte – zu Recht – auf der Seite der Betroffenen. Sie finden auf Seite 1 des heutigen "Tages-Anzeigers" ein weiteres beredtes Beispiel für diese Auseinandersetzung. Die Krankenkassen unternehmen natürlich alles, um die Datenmenge, die ihr zur Verfügung steht, zu erhöhen. Sie machen das mit dem Argument der Kostenkontrolle – alle sind für Kostenkontrolle –, aber diese eben kennt ihre Grenze dort, wo besonders schützenswerte Daten tangiert sind. Genau das will der Antrag der Minderheit Humbel Näf. Mit Verlaub gesagt, Frau Humbel: Sie tun dies ja nicht aus einem allgemein politischen Interesse, sondern Sie sind in dieser Auseinandersetzung Partei! Sie sind die Partei der Krankenkassen; Sie nehmen – wie die Krankenkassen – eine Durchlöcherung des Datenschutzes in Kauf, die nochmals sehr weit gehen



soll. Denn wenn es für die Kostenkontrolle tatsächlich nötig wäre, hätte es der Bundesrat, der das ja auch auf seine Fahne schreibt, bereits integriert. Aber offensichtlich war der Bundesrat gut beraten, dem Datenschutz in dieser Auseinandersetzung den Vorrang zu geben.

Wenn Sie hier, mit oder ohne Zusatz aufgrund des Antrages Stahl, dem Antrag der Minderheit Humbel Näf nachgeben, dann unterwerfen Sie sich dem Diktat der Krankenkassen, den Datenschutz zu durchlöchern. Ich kann Ihnen auch als Patient, als privat Betroffener, sagen: Wenn Sie einmal in der Mühle eines Grossspitals sind, dann wird der Datenschutz kleingeschrieben. Schon heute ist im Grunde genommen eine echte Kontrolle über die Daten nicht mehr gewährleistet. Wenn Sie aber hier per Gesetz bezüglich der Krankenkassenposition legiferieren, dann öffnen Sie in einem noch viel weiter gehenden Masse Tür und Tor für diese Durchlöcherung. Ich ersuche Sie dringend, diesen fatalen Antrag abzulehnen.

**Wehrli Reto (C, SZ):** Herr Vischer, eine kleine Frage an den Internationalisten: Wie erklären Sie sich, dass das im Krankenversicherungsbereich im Ausland überall möglich ist und dass in der Schweiz genau das, was wir hier einführen wollen, im UVG-Bereich bereits klaglos stattfindet?

**Vischer Daniel (G, ZH):** Wissen Sie, ich bin nicht so ein wahnsinniger Fan dessen, was im Ausland ist, dass ich sagen müsste, wenn im Ausland der Datenschutz durchlöchert wird, müssen wir dies auch machen. Ich war eben auch nie so EU-gläubig, dass ich meinte, Europa sei einfach besser als wir. Ich bin der Meinung, auch im KVG tun wir gut daran, datenschutzmässig weiter zu gehen oder eben engere Bestimmungen zu haben als andere Länder.

**Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin):** Als Angesprochene wünscht Frau Humbel Näf das Wort zu einer kurzen persönlichen Erklärung.

**Humbel Näf Ruth (C, AG):** Herr Vischer, ich spreche jetzt nicht als Kommissionssprecherin, sondern als Privatperson, als die Sie mich angegriffen haben. Ich habe mich in der Vorbereitung sehr intensiv mit DRG auseinandergesetzt. Ich kenne die verschiedenen Systeme. Es ist in allen Systemen so, dass diese Informationen gegeben werden, insbesondere auch in Deutschland. Ich war Anfang Dezember an einer DRG-Tagung in Deutschland. Da hat ein Vertreter der Spitäler gesagt, es sei Betrug am Volk, wenn derjenige, der bezahlen müsse, nicht weiss, was er bezahlen muss.

Eine letzte Bemerkung: Warum soll im Krankenversicherungsbereich nicht gelten, was bei der Unfallversicherung üblich ist? Bei der Unfallversicherung bekommen die Versicherer sämtliche Daten, die angefordert werden. Noch zu Deutschland: Ich verweise Sie auf Paragraph 301 des deutschen Sozialgesetzbuches V, wo Sie nachlesen können, welche Angaben bei der Abrechnung von DRG zur Verfügung gestellt werden müssen.

**Lang Josef (G, ZG):** Kollegin Humbel Näf, sehen Sie keinen Unterschied bezüglich der Brisanz von Daten betreffend Krankheit bzw. betreffend Unfall?

**Humbel Näf Ruth (C, AG):** Nein.

**Couchepin Pascal, conseiller fédéral:** Tout d'abord, en ce qui concerne la proposition Stahl, nous sommes d'avis que la solution du Conseil des Etats n'est pas mauvaise et qu'il faut renoncer à cette liberté de choix entre le système du tiers payant et celui du tiers garant. Ce n'est pas une affaire doctrinale importante, mais dans la pratique il a été démontré, lorsqu'on applique le Tarmed, que la facturation et la transmission des données électroniques fonctionnent très mal lorsque le système du tiers payant n'est pas appliqué. C'est donc pour des raisons pratiques que nous sommes partisans de la solution du Conseil des Etats et que nous nous sommes ralliés à la décision dudit conseil. C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il faut rejeter la proposition Stahl.

La proposition de la minorité Humbel Näf exige un peu plus de précisions techniques. L'article 42 alinéa 3 de la LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit transmettre toutes les indications nécessaires pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Par conséquent, la transmission de diagnostics généraux nécessaires pour le traitement administratif de cas ordinaires est permise, mais des indications plus détaillées peuvent être exigées le cas échéant ultérieurement. Ensuite, il y a un deuxième principe, à savoir le principe de proportionnalité, énoncé à l'article 4 alinéa 2 de la loi fédérale sur la protection des données, qui interdit de transmettre des données personnelles en quantité ou en qualité supérieure à ce qui est nécessaire pour le contrôle des factures. Il y a aussi l'article 59 alinéa 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, qui prévoit que les partenaires tarifaires peuvent réglementer la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs. Par conséquent, les assureurs ont la possibilité de convenir si un



code de diagnostics est transmis, et si c'est le cas, quel code est transmis.

Les systèmes de la tarification à la prestation, tels que le système DRG, se basent par définition sur le diagnostic et attribuent les cas à des groupes plus ou moins homogènes. En fonction de ces attributions, le diagnostic peut être posé, au moins en ce qui concerne le groupe, même si ce n'est pas toujours le cas pour chaque individu. Dans ce cas, la décision en faveur du système de tarification lié à la prestation implique que certaines indications concernant le diagnostic apparaîtront sur la facture pour permettre leur contrôle, comme l'exige l'article 42 de la LAMal. Le problème est de

**AB 2007 N 445 / BO 2007 N 445**

savoir quelles données doivent systématiquement apparaître sur la facture dans le sens d'un "minimal data set".

Madame Humbel Näf voudrait que toutes les indications apparaissent sur toutes les factures, sous réserve de ce qui relève de la protection des données avec le complément de la proposition Stahl à l'alinéa 4bis. Nous craignons que cela n'aboutisse à une telle abondance d'informations que cela ne soit finalement plus proportionnel aux besoins des assureurs.

Nous sommes convaincus que la solution du Conseil fédéral et de la majorité est suffisante pour permettre aux assureurs de faire leur travail, même sans la solution Stahl, et nous pensons aussi que, dans le doute, il faut trancher en faveur de la protection des données plutôt qu'en faveur du confort des assureurs-maladie, confort relatif puisqu'ils recevraient tellement d'informations qu'ils ne seraient plus en état de les maîtriser. C'est une question de nuances: nous sommes dans un état libéral et tranchons plutôt en faveur de la protection des données qu'en faveur des assureurs.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Bevor ich das Wort dem Berichterstatter gebe, möchte ich Ihnen noch mitteilen, dass zwei Ordnungsanträge eingegangen sind, die das Programm des heutigen Nachmittages betreffen.

Ich werde nach den Abstimmungen, die in Kürze folgen werden, über die beiden Ordnungsanträge befinden lassen.

**Guisan Yves** (RL, VD), pour la commission: La proposition Stahl à l'article 42 alinéa 2 n'a pas été discutée en commission. Par conséquent, je vous donne un avis qui s'inspire des débats que nous avons tenus, mais qui reste quand même fortement subjectif.

La proposition Stahl aimerait remettre en question l'obligation du tiers payant en matière hospitalière décidée par le Conseil des Etats. C'est d'ailleurs la pratique usuelle actuellement.

L'hypothèse du tiers garant, à savoir que le patient est débiteur direct de sa facture, qu'il la paie de sa poche avant le remboursement de sa caisse-maladie, est tout simplement irréaliste en matière hospitalière. Les factures atteignent souvent plusieurs milliers de francs, elles ne sont donc pas à la portée de la bourse de tout un chacun et dans ces conditions, cela va déboucher sur un contentieux astronomique. Qui plus est, vous le savez ou vous ne le savez pas, le Tribunal fédéral des assurances a décidé que ne pas payer son médecin ou son hôpital bien qu'ayant été remboursé par sa caisse-maladie ne constituait pas une escroquerie, et donc ces mauvais payeurs doivent être poursuivis selon la procédure de recouvrement habituelle. Ironiquement dit, cela veut dire que les caisses-maladie vont financer la construction de nombreuses villas sur les bords de mer de pays à coûts particulièrement avantageux. Les hôpitaux vont donc être dans une situation financière difficile, avec un actif transitoire qui va prendre des dimensions absolument considérables. Je suis consterné qu'un administrateur de caisse-maladie puisse proposer à titre personnel une solution pareille.

Je vous demande, à titre personnel, de rejeter cette proposition.

En ce qui concerne l'article 42 alinéa 4bis, la majorité de la commission est de l'avis que les exigences de la minorité Humbel Näf vont trop loin. Certes, il a été jusqu'à présent particulièrement frustrant pour les assureurs de n'être confrontés qu'à des coûts, sans disposer nécessairement de tous les éléments déterminants pour les influencer. Il en va manifestement autrement avec les DRG, où ils vont bénéficier de données concrètes, certes agglomérées quant à la nature du cas, mais ils vont tout de même avoir les moyens de faire des évaluations pertinentes. Exiger que tous les éléments déterminants des DRG figurent sur la facture va manifestement à l'encontre de la protection des données, cela a déjà été dit, d'autant plus qu'ils seront traités par un collaborateur et pas nécessairement par le médecin-conseil.

Cette situation est déjà hautement problématique en soi. De plus, la gestion de cette masse impressionnante de données va obliger à un développement considérable de l'infrastructure informatique et administrative, donc engendrer aussi des coûts supplémentaires absolument considérables. Cela correspond à une conception



manifestement dépassée des contrôles. Avec les DRG et l'étalonnage (benchmarking), les assureurs vont bénéficier d'instruments extrêmement performants pour déterminer les situations potentiellement abusives. D'autre part, les médecins-conseils ont toujours la possibilité de demander des renseignements complets face à un cas particulier qui pourrait faire problème – Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de le rappeler. Si l'on accepte la proposition de la minorité Humbel Näf, ou même la proposition Stahl, c'est la fin du système du médecin-conseil.

Les hôpitaux doivent fournir toutes les données concernant leurs prestations et leurs coûts, de manière à pouvoir vérifier l'économicité du traitement. Cela est déjà précisé à l'article 49 alinéas 7 et 8. Les assureurs ont accès à toutes les pièces: ils ont donc largement les moyens de procéder aux vérifications nécessaires. Cela ouvre aussi un champ nouveau de négociations quant aux modalités de gestion hospitalière et à leur optimisation.

C'est donc par 12 voix contre 7 et 5 abstentions que la commission vous prie de rejeter la proposition défendue par la minorité Humbel Näf, manifestement excessive et rétrograde. La proposition Stahl, certes atténuée, va dans le même sens et, bien qu'elle n'ait pas été discutée en commission, je vous propose également de la rejeter.

**Stahl Jürg (V, ZH):** Kollege Guisan: Sie haben meinen ersten Antrag aus Ihrer individuellen Sicht beurteilt. Ist Ihnen bewusst, dass der Wechsel vom "tiers garant" zum "tiers payant" eben ein Systemwechsel und der "tiers payant" ein Verhandlungsergebnis zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern ist?

**Guisan Yves (RL, VD),** pour la commission: Je dois dire que je ne comprends pas très bien votre question. Le tiers payant est actuellement le système pratiqué dans le cadre des hôpitaux publics. Tous les hôpitaux publics facturent selon le système du tiers payant et toutes les conventions passées avec les assureurs et les cantons le sont en fonction du système du tiers payant. Il n'y a que dans le cadre des hôpitaux privés où le tiers garant entre éventuellement en ligne de compte. On y a affaire à une clientèle différente, qui dispose de plus de moyens; on peut donc imaginer ce genre d'exceptions au niveau des cliniques privées. Mais dès le moment où nous discutons de la LAMal, nous parlons de l'assurance-maladie sociale obligatoire et cela n'émerge donc pas aux contrats privés qui concernent cette clientèle particulière. Je ne vois donc pas ce qu'apporte votre contestation de l'alinéa 2 de l'article 42.

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 99 Stimmen

Für den Antrag Stahl .... 72 Stimmen

*Abs. 4bis – Al. 4bis*

**Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin):** Der Antrag der Minderheit Humbel Näf ist zurückgezogen und von Herrn Stahl aufgenommen worden, der damit seinen Antrag zu Absatz 4bis ergänzt.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit/Stahl .... 79 Stimmen

Dagegen .... 94 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

AB 2007 N 446 / BO 2007 N 446

#### **Art. 47 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 47 al. 2**

*Proposition de la commission*





## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Frühjahrssession 2007 • Dreizehnte Sitzung • 21.03.07 • 08h05 • 04.061  
Conseil national • Session de printemps 2007 • Treizième séance • 21.03.07 • 08h05 • 04.061



Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

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