



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. 49

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 2, 4–7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

....

a. Streichen

....

AB 2007 N 448 / BO 2007 N 448

Abs. 8





Der Bundesrat, in Zusammenarbeit mit den Kantonen, ordnet schweizweit Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität zwischen Spitälern an und veröffentlicht diese. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern.

Antrag der Minderheit

(Teuscher, Fasel)

Abs. 1

.... günstig erbringen. Sie decken für Kantonseinwohnerinnen und -inwohner höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patientin oder Patient oder je Versicherungsgruppe in der allgemeinen Abteilung.

Abs. 3

Die Vergütungen nach Absatz 1 enthalten die zur Leistungserbringung notwendigen Investitionskosten. Sie dürfen keine Kostenanteile für die Forschung und universitäre Lehre enthalten. Anrechenbar sind nur Investitionskosten, denen der Kanton vorgängig zugestimmt hat. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Bereiche als gemeinwirtschaftliche Leistungen separat finanzieren.

Abs. 4, 5

Unverändert

Antrag der Minderheit

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

Abs. 1bis

Über die Investitionen in Spitälern gemäss Artikel 39 Absatz 1 entscheiden die Kantone. Sie sind nicht Bestandteil der Pauschalen.

Antrag Goll

Abs. 1

.... gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Fallkostenpauschalen sind so festzulegen, dass die geltenden arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. Die Vertragsparteien

Antrag Heim Bea

Abs. 1

.... die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und Qualitätsnachweisen. Die Vertragsparteien die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in nachweislich guter Qualität effizient und günstig erbringen.

Art. 49

Proposition de la majorité

Al. 1, 2, 4–7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

....

a. Biffer

....

Al. 8

En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle de la Suisse à des comparaisons entre hôpitaux – qu'il publie par la suite – en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

Proposition de la minorité

(Teuscher, Fasel)

Al. 1

.... et avantageuse. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune.

Al. 3

Les rémunérations selon l'alinéa 1 tiennent compte des charges d'investissement nécessaires. Elles ne devront pas comprendre des parts de financement de la recherche et de l'enseignement universitaire. Ne sont



imputables que les charges d'investissement que le canton a approuvées au préalable. Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres domaines en tant que prestations d'intérêt général.

Al. 4, 5

Inchangé

Proposition de la minorité

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

Al. 1bis

Les cantons prennent les décisions en ce qui concerne les investissements dans les hôpitaux au sens de l'article 39 alinéa 1. Ces investissements ne font pas partie des forfaits.

Proposition Goll

Al. 1

.... pour l'ensemble de la Suisse. Les forfaits sont fixés de telle sorte que les dispositions du droit du travail puissent être respectées. Les partenaires à

Proposition Heim Bea

Al. 1

.... Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures et des certificats de qualité uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, avec un certificat de qualité conforme, de manière efficiente et avantageuse.

Heim Bea (S, SO): Ein zentraler Punkt der Vorlage zur Spitalfinanzierung ist die flächendeckende Einführung der pauschalen Leistungsabgeltung. Eingriffe sollen nach schweizweit vergleichbaren Fallpauschalen abgerechnet werden. Man erhofft sich davon mehr Transparenz und mehr Kosteneffizienz, indem die Behandlungsabläufe gestrafft und innerbetriebliche Prozesse optimiert werden und indem alles auf das medizinisch Notwendige reduziert wird. So steht es in Artikel 49 Absatz 1; es geht um eine Reduktion auf die medizinisch notwendige Qualität.

Wer aber definiert in Zukunft, was die notwendige Qualität ist? Laufen wir nicht Gefahr, dass die Spareffekte zulasten der Patientinnen und Patienten gehen? Laufen wir nicht Gefahr, dass ohne flankierende Rahmenbedingungen der steigende Kostendruck zu unterschiedlicher Behandlungsqualität führt, z. B. je nach Alter, je nach Krankheitsrisiko oder gar je nach gesellschaftlicher Stellung? Laufen wir nicht Gefahr, dass die Politik dies, wenn überhaupt, erst im Nachhinein realisiert? Pflegende warnen, aus Erfahrung und zu Recht, vor "Drehtürenpatienten" und "blutigen" Entlassungen. Sie warnen vor den negativen Konsequenzen für Chronischkranke und für ältere Menschen. Wir alle hier wollen doch ein gutes Gesundheitswesen, das die Heilung der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellt und weder Risikoselektion noch Billigmedizin zum Ziel hat.

Erstens muss die neue Vergleichbarkeit der Spitalbehandlungen primär im Interesse der medizinischen Bedürfnisse der Kranken stehen, zweitens muss sie, im Interesse der Schweiz als Gesundheitsland, in einen Wettbewerb um Behandlungserfolge, in einen Wettbewerb um die beste Behandlungsqualität münden. Die Erfahrung zeigt, und der Bundesrat ist sich dessen durchaus bewusst, dass Pauschalabgeltungen auch als Anreize zur Verringerung der Versorgungs- und Behandlungsqualität wirken können. Untersuchungen, unter anderem auch eine Untersuchung von Doktor Peter Indra, Vizedirektor des BAG, bestätigen zudem die Gefahr der Risikoselektion. Indra warnt vor der Gefahr, dass Leistungserbringer sogenannte schlechte Risiken unterversorgen oder an andere weiterleiten. Sorgen wir also für eine gute Behandlung aller Kranken in diesem Land. Es darf nicht sein, dass unter dem Druck der Kostenminimierung Menschen mit schweren Krankheiten unterbehandelt oder abgeschoben werden. Noch kennt die Schweiz keine Mindeststandards bei der Behandlungs- und Versorgungsqualität. Darum braucht es wenigstens eine klare Botschaft

AB 2007 N 449 / BO 2007 N 449

der Politik: Wir wollen in unseren Spitälern eine gute Gesundheitsversorgung aller Kranken, wir wollen Qualität, und zwar nachweislich gute Qualität.

Pauschalen sollen nicht nur auf einheitlichen Strukturen, sondern auch auf einheitlichen Qualitätsnachweisen beruhen. Das heisst, auch in der Grundversicherung ist die Leistung nicht nur effizient und günstig zu erbringen, sondern in nachweislich guter Qualität. Ich bitte Sie darum, dies so ins Gesetz zu schreiben und den Begriff der notwendigen Qualität, wie er jetzt im Gesetzentwurf steht, so zu ersetzen, dass es heisst, die obligatorisch versicherte Leistung sei effizient, günstig und in nachweislich guter Qualität zu erbringen.





S'agissant de la traduction française, je précise que ma proposition n'exige pas "des certificats de qualité", parce que cela n'existe pas. Ma proposition exige "la preuve de la qualité".

Goll Christine (S, ZH): Was verlange ich mit meinem Einzelantrag? Fallkostenpauschalen müssen so bemessen werden, dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. Bereits heute ist es so, dass das Arbeitsgesetz in den Spitälern massiv verletzt wird. Das zeigt auch eine Analyse des Seco vom November 2005. In dieser Studie wurden 10 Spitäler in der Schweiz untersucht; hier nur einige Beispiele aus dieser Analyse: In 6 dieser Betriebe kommt es immer wieder vor, dass die Beschäftigten zwischen 80 und 100 Stunden in der Woche arbeiten müssen. In 4 der 10 Betriebe wird von den Angestellten zudem regelmässig verlangt, dass sie 11 oder mehr Tage hintereinander arbeiten. Ein Extremfall ist das Beispiel von 31 Arbeitstagen am Stück, ohne einen einzigen freien Tag. Das sind unhaltbare Zustände in den Schweizer Spitälern. Das hat natürlich nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitsverhältnisse des Spitalpersonals, sondern auch auf die Qualität der Leistungen und auf die Situation der Patienten und Patientinnen. Diese sind in solchen Fällen akut gefährdet.

Es besteht die Gefahr, dass nun bei der Bemessung der DRG vom Status quo ausgegangen wird. Genau damit ist der Kostendruck so gross, dass Arbeitgeber weiterhin sagen können, es sei unmöglich, das Arbeitsgesetz einzuhalten und umzusetzen. Fallkostenpauschalen sollen Leistungen vergleichbar machen, DRG dienen also dem Benchmarking. Die Besten – natürlich immer nur unter den finanziellen Aspekten betrachtet – sollen zum Sollwert werden. Diejenigen Spitäler, die das Arbeitsgesetz nicht einhalten, profitieren und werden damit zum Sollwert. Es braucht deshalb klare Vorgaben, wenn diese DRG bemessen werden sollen.

Die drei wichtigsten Gründe für meinen Antrag:

1. Es braucht gerechte Arbeits- und Lohnbedingungen für das Personal, und zwar nicht nur zugunsten der Arbeitnehmenden in den Spitälern, sondern eben auch im Interesse der Qualität und im Interesse der Patienten und Patientinnen. Heute ist es bereits so, dass Gesamtarbeitsverträge in Gefahr sind. Ein Beispiel aus dem Kanton Bern: In den Lohnverhandlungen im Kanton Bern haben die Arbeitgeber aufgrund der neuen Finanzierung schon in diesem Jahr behauptet, sie hätten zum Teil keinen Spielraum für Lohnerhöhungen und Teuerungsausgleich. Der Druck auf das Personal wird erhöht, wenn die Löhne des ungelernten Personals als Grundlage für die Berechnung der Fallkostenpauschalen genommen werden.
2. Es muss gewährleistet sein, dass keine Unterversorgung für die Patienten und Patientinnen entsteht. Die Einführung von Fallkostenpauschalen ohne klare Kriterien kann zur Folge haben, dass der Kostendruck dazu führt, Patienten und Patientinnen früher aus den Spitälern zu entlassen. Das stellt den Heilungsprozess infrage, erhöht die Kosten, wenn erneute Hospitalisierungen nötig werden, und kann auch zu lebensbedrohenden Situationen führen.
3. Es muss verhindert werden, dass sich negative Auswirkungen für die nachgelagerten Bereiche ergeben. Damit spreche ich vor allem die geplante Neuregelung der Pflegefinanzierung an. Wie wird die Koordination zwischen den Spitälern, den Hausärzten und -ärztinnen, Heimen und Pflegediensten sichergestellt? Wie werden nach einem Spitalaufenthalt anfallende Kosten gedeckt, und was hat das für die Patienten und Patientinnen zur Folge? Es geht nicht an, dass in den Spitälern ein neues Finanzierungssystem eingeführt wird, ohne dass die Auswirkungen auf die nachgelagerten Bereiche, auf das Personal und die Patienten und Patientinnen, berücksichtigt werden.

Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Hier geht es um die Frage, ob die Investitionskosten in die Fallkostenpauschale integriert werden sollen und wie sie allenfalls integriert werden sollen. Dass sich die Verwaltung und die Direktbeteiligten an dieser Frage noch die Zähne ausbeissen werden, zeigt der entsprechende Bericht des Bundesamtes für Gesundheit. Dort wurde beispielsweise in einer kleinen Umfrage festgestellt, dass die Anlagebuchhaltungen, die in Spitälern teilweise bereits gemacht werden, heute eine äusserst unterschiedliche Ausprägung haben und auf einem äusserst unterschiedlichen Stand sind. Die eine Herausforderung, die gemeistert werden muss, besteht also darin, dass die Anlagebuchhaltungen überhaupt einigermaßen vergleichbar werden.

Die andere Herausforderung ist die, dass die Kantone bezüglich ihrer Investitionen in sehr unterschiedlichen Situationen sind: Kleine Kantone mögen einmal alle 25 Jahre eine grosse Investition getätigt haben. Ob die Inkraftsetzung gerade während oder kurz vor der Tätigung einer solchen Investition erfolgen wird, wird sehr grosse Auswirkungen auf die Berechnung der Grunddaten haben. Damit stellt sich die Frage der Feststellung und der Bewertung dieser Investitionen.

Nebst dieser eher technischen gibt es natürlich auch die politische Seite: Über Investitionen wird die Versorgungsdichte und teilweise auch die Versorgungsqualität gesteuert, heute in der Regel demokratisch über



Volksabstimmungen im Bereich Spitalinvestitionen. Zusammengefasst zeigt das, dass das Miteinbeziehen der Investitionskosten bei der Einführung der Fallkostenpauschale zu einem echten Stolperstein werden könnte. Ich komme nochmals zum Aspekt, dass über Investitionen auch die Versorgungsstruktur gesteuert wird: Wir wissen und sehen, dass private Spitäler heute meist in lukrative Spezialitäten und Abteilungen mit einer hohen Standardisierung investieren, wo Eingriffe standardisiert und damit effizienter und kostengünstiger erbracht werden können. Diese Investitionen sollen sie sich anschliessend über Fallkostenpauschalen refinanzieren lassen können. Die öffentlichen Spitäler, die sich eben nicht spezialisieren können, sondern alle Fälle behandeln müssen und weniger standardisierte Abläufe haben werden, werden durch diese Vergleichszahlen und die doch etwas eingeschränkte Sicht der Privatspitäler unter Druck gesetzt. Das führt dazu, dass öffentliche und private Spitäler keine gleich langen Spiesse haben. Wir sind der Ansicht, dass die Privatspitäler hier erneut in einer besseren Situation sind, dass sie Rosinen picken können, bei der Abrechnung dann aber auf die gleichen Leistungen kommen wie die öffentlichen Spitäler.

Wir beantragen Ihnen deshalb, in diesem ersten Schritt die Investitionskosten nicht in die Fallkostenpauschale aufzunehmen, einerseits, weil wir damit einen Demokratieverlust erleiden würden, andererseits, weil die Kantone damit einen Steuerungsverlust erleiden würden. Es würde zu einer Benachteiligung der öffentlichen Spitäler führen, also jener Spitäler, die nicht Rosinen picken können, und es könnte zu einem Stolperstein bei der Einführung der Fallkostenpauschale werden.

Marti Werner (S, GL): Im Namen der SP-Fraktion beantrage ich Ihnen, die Anträge Heim und Goll sowie den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline zu unterstützen. Insbesondere der Antrag Goll erhöht die Akzeptanz von Kostenpauschalen. Ich denke, das ist beim Systemwechsel, den man hier vornimmt, doch von erheblicher Bedeutung.

Ich äussere mich aber speziell zum Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline und beantrage Ihnen, ihm zuzustimmen.

AB 2007 N 450 / BO 2007 N 450

Hier wird einer der wichtigsten Schritte getan, die es bei der Spitalfinanzierung im KVG zu tun gilt. Herr Bundesrat Couchepin, Sie haben ja gesagt, die Kosten würden in den kommenden Jahren nicht mehr als 2 Prozent ansteigen, sofern das Parlament keine Dummheiten beschliesse. Hier haben wir keinen Beschluss des Parlamentes, sondern auch einen Entwurf des Bundesrates. Ich behaupte – und werde es Ihnen nach der Einführung auch beweisen können –, dass dieser Systemwechsel massiv kostentreibend ist und durch den Verteilschlüssel nicht aufgefangen wird, dies allein wegen der Übergangsproblematik, die wir hier haben. Denn was passiert? Die Anlagekosten, die ja schon einmal über Subventionen finanziert worden sind, werden nun teilweise über Krankenkassenprämien amortisiert und verzinst und somit wieder finanziert. Es werden also Kosten, die schon einmal subventioniert worden sind, nochmals in Rechnung gestellt. Abgesehen von den technischen Problemen, die sich bei der Festlegung der Investitionskosten bzw. ihrer Abgeltung stellen, werden derart grosse Ermessensspielräume offengelassen, dass dies einen entsprechenden Kostendruck und eine Verteuerung zur Folge haben wird. Das ist ein erstes Argument, das mich dazu bewegt, den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline zu unterstützen.

Das Zweite ist aber das Rollenspiel zwischen öffentlichen und privaten Spitalern. Unter dem Titel gleich langer Spiesse wollen ja die Privatspitäler auch bei den Investitionen an den Subventionstopf gelangen und sich diesbezüglich über das KVG finanzieren lassen. Formal kann nicht einfach widerlegt werden, dass man hier gleich lange Spiesse schafft; faktisch wird es aber zu Ungleichheiten zulasten der öffentlichen Spitäler führen, denn sie können im Investitionsbereich nicht so agieren, wie das die Privatspitäler machen. Frau Fehr hat Ihnen aufgezeigt, dass die Privatspitäler in den lukrativen Bereichen investieren werden, weil sie dort ihre Interessen haben. Ein ganz grosser Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitalern besteht noch darin, dass die Privatspitäler – insbesondere im Investitionsbereich – viel schneller sind. Sie haben viel schneller entschieden, was sie machen wollen, während man bei den öffentlichen Spitalern einen langen demokratischen Meinungsbildungsprozess durchlaufen und dann die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen muss, bis schliesslich die entsprechende Investition getätigt werden kann.

Wenn Sie den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline ablehnen und an Ihrem Konzept festhalten, wird das zur Folge haben, dass wir auf der einen Seite eine Ursache für einen weiteren Kostendruck schaffen und auf der anderen Seite die öffentlichen Spitäler, die die Stütze und das Grundnetz unserer Gesundheitsversorgung sind, benachteiligen. Sie werden benachteiligt; ihre Spiesse werden nicht gleich lang sein wie diejenigen der Privatspitäler.

Teuscher Franziska (G, BE): Bei diesem Artikel geht es darum, welche Kostenanteile bei den Vergütungen



an die Spitäler mit einbezogen werden. Im Namen meiner Minderheit beantrage ich Ihnen, dass auch die Investitionskosten mit eingerechnet werden, welche nötig sind, um die Leistungen zu erbringen.

Um zu verhindern, dass die Spitäler dann übertrieben investieren und dass die Kosten ins Unermessliche wachsen, haben wir den Zusatz hineingeschrieben, dass nur Investitionskosten mitfinanziert werden, welchen der Kanton vorgängig zugestimmt hat. Das verhindert auch die Gefahr, die Kollege Marti vorhin angesprochen hat, dass private Spitäler mehr und schneller investieren und dass die Kantone dann diese Kosten übernehmen müssen. In unserem Konzept werden Investitionskosten bei der Abgeltung nur mit einbezogen, wenn die Kantone vorgängig zugestimmt haben. Diese Schranke ist wichtig.

Warum müssen aber aus Sicht der Minderheit die Investitionskosten bei den Abgeltungen für die Spitäler mitberücksichtigt werden? Die Minderheit will Transparenz; wir haben gesagt, dass Transparenz bei den Fallpauschalen wichtig ist. Deshalb sind wir davon überzeugt: Um Fallpauschalen überhaupt miteinander vergleichen zu können, braucht es die Integration der Investitionskosten. Man muss bei den Investitionskosten, gleich wie bei den Leistungen, eine Referenz definieren, auf die man sich dann bei der Abgeltung beziehen kann. Für die Grünen ist in dieser Frage eben die Transparenz wichtig, damit die Spitäler eine gute Planung machen können und damit die Kantone dann nur abgelten müssen, was auch gerechtfertigt ist. Aber für volle Transparenz ist aus unserer Sicht die Integration der Investitionen nötig.

Zu diesem Kapitel schreibt der Bundesrat in seiner Botschaft: "Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden – dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht." Wir möchten diesen Grundsatz aufnehmen, damit Fallpauschalen überall in der Schweiz miteinander verglichen werden können.

Deshalb beantrage ich Ihnen auch im Namen der grünen Fraktion, meiner Minderheit zuzustimmen.

Robbiani Meinrado (C, TI): Il s'agit ici visiblement d'un des éléments clés de cette révision, outre la planification dont on a discuté à l'article 39 et la répartition entre assureurs et cantons que l'on abordera bientôt.

Il s'agit en particulier de l'introduction des forfaits par cas, ce qui traduit un changement significatif par rapport au système actuel, dans le sens où l'on passe d'un système de couverture des coûts à un système de couverture des prestations. Evidemment, il faut poser les conditions préalables, afin que le système puisse fonctionner au mieux. Une de ces conditions est que le système puisse se baser sur des structures homogènes, uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Ceci est d'ailleurs développé dans l'article.

Une autre condition est nécessaire si l'on veut construire un système cohérent. Il faut faire en sorte que les ingrédients qui entrent dans ce système soient homogènes – d'où la nécessité d'y intégrer aussi les investissements. Il est vrai que des problèmes de caractère technique doivent être résolus, mais il faut réaffirmer le principe de l'intégration des investissements. Sans cette intégration, on ne peut pas comparer les différents établissements et le principe de la concurrence que l'on désire introduire par cette révision se trouverait certainement affaibli.

Il y a tout de même une considération qu'il faut ajouter. L'augmentation de la concurrence ne doit toutefois compromettre d'aucune manière le niveau de la qualité des prestations. Il est juste et souhaitable que la concurrence joue, mais elle doit jouer sur les coûts à qualité équivalente: le texte de cet article le dit expressément. La proposition Heim souligne encore plus cet élément qui est tout de même déjà présent dans la formulation actuelle.

C'est la raison pour laquelle le groupe démocrate-chrétien va suivre la proposition de la commission dont la formulation répond davantage aux considérations mentionnées.

Enfin, concernant la proposition de la minorité Teuscher à l'alinéa 3, les prestations d'intérêt général qui ne sont pas prises en considération dans la rémunération, le groupe démocrate-chrétien est là aussi favorable à la proposition de la majorité, considérant que les raisons de politique régionale doivent aussi figurer dans la liste énoncée à l'alinéa 3.

Je vous invite donc à suivre la proposition de la majorité de la commission.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Hier geht es in der Tat um ein Schlüsselement dieser Vorlage: Es geht um die Finanzierung in der Zukunft, um die Tätigkeit, die durch einen kostendeckenden Beitrag pro Fall abgerechnet wird. Das ist ein Schlüsselement, und man sollte das Konzept, das hier vorgeschlagen wird, nun nicht sozusagen wieder in das Gegenteil verkehren. Das tun die Minderheitsanträge.

Nachdem man bei Artikel 39b versucht hat, mit einem Bedürfnisnachweis, mit kantonalen Bewilligungen das System doch wieder eher in Richtung planerischer Akzente zu verschieben, und dort unterlegen ist, versucht man es hier über eine Kontrolle der Investitionen – sei es im



AB 2007 N 451 / BO 2007 N 451

Minderheitsantrag zu Absatz 1bis oder im Minderheitsantrag zu Absatz 3. Die Investitionen sollen aber in diesem System Teil der entsprechenden kostendeckenden Beiträge sein. Das System wird, wie gesagt, in der Zukunft eher über Qualität und Effizienz gesteuert und nicht primär über kantonale, spezielle planerische Massnahmen. Die Investitionskontrolle in allen Spitälern auf der Liste wäre ganz sicher eine solche Massnahme. Die Investitionen nicht in die Pauschalen einzubeziehen wäre systemwidrig. Das gehört zum DRG-System, das ist keine Frage. Also ist auch das sozusagen nur ein sekundärer Versuch, die Fallpauschalen auszuhebeln, dem wir nicht zustimmen können. Bezüglich der Minderheitsanträge auf der Fahne bitten wir Sie also klar, bei der Mehrheit zu bleiben, die neue Finanzierungsform mit kostendeckendem Beitrag entsprechend zu verankern und die Minderheitsanträge abzulehnen.

Es gibt daneben zwei zusätzliche Einzelanträge. Ich glaube, der Einzelantrag von Frau Goll ist hier sicher abzulehnen. Die Strukturen dieser Fallpauschalen können nicht Anlass sein, um arbeitsrechtliche Bestimmungen aufzunehmen. Zum Einzelantrag von Frau Heim wäre einfach die Frage zu stellen – das ist mir nicht ganz klar –, ob der erste Teil, nämlich dass diese Pauschalen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und Qualitätsnachweisen beruhen müssen, die Einführung der DRG-Pauschalen nicht doch um zwei, drei Jahre nach hinten verschiebt, weil ja die Qualitätsnachweise zuerst da sein müssten. Unseres Erachtens sind die Fallkostenpauschalen und die entsprechenden Diagnosen Grundlage für die Qualitätsnachweise mit Ergebnisqualität, die ja anschliessend kommen müssen. Der zweite Teil, dass die Leistungen in nachweislich guter Qualität erbracht werden müssen, ist aus meiner Sicht durchaus akzeptabel. Ich bitte aber vielleicht die Kommissionssprecher oder den Bundesrat, hier Klärung zu schaffen, ob die Vermutung berechtigt ist, dass das Ganze nach hinten verschoben wird, oder ob ich das falsch sehe.

Jedenfalls sind die Minderheitsanträge auf der Fahne in der Fraktion diskutiert worden. Wir bitten Sie, diese sehr klar abzulehnen und mit der Mehrheit zu stimmen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Für mich war der Antrag Heim Bea, der mich etwas verwirrt hat, der Anlass, mich hier zu melden. Wie vorhin schon Herr Gutzwiller erwähnt hat, ist dieser Antrag an sich sehr sympathisch, aber meiner Meinung nach beruht er auf der Fehlüberlegung, dass die Forderung nach Qualitätsnachweisen dann zu einer Verzögerung der Einführung der Fallpauschalen führt. Das wäre natürlich nicht der Sinn des Verfahrens, wenn es denn tatsächlich so wäre. Ansonsten könnte man nämlich diesem Antrag die Zustimmung geben. Aber meine Befürchtung ist, dass die Einführung der Fallpauschalen dadurch um Jahre verzögert würde, und das wäre nicht im Sinne der Effizienz dieser Vorlage. Darum komme ich zum Schluss, dass ich sicherheitshalber den Antrag Heim Bea ablehne.

Zu den übrigen Einzel- und Minderheitsanträgen kann ich mich kurz fassen, Herr Gutzwiller hat das Wesentliche gesagt. Arbeitsrechtliche Bedingungen gehören nicht in dieses Gesetz. Zur Frage des Einbezugs der Investitionen: Das ist natürlich tatsächlich eine wichtige Frage. Wenn wir das Gesundheitswesen einer betriebswirtschaftlich normalen Handhabung angleichen wollen, dann ist doch völlig klar, dass man alle Investitionen in diese Pauschalen einbeziehen muss. Nur das schafft tatsächlich transparente Betriebsvergleiche. Ansonsten werden diese zur Farce, und sie werden wiederum verzerrt. Man muss im Gesundheitswesen die Betriebswirtschaft nicht neu erfinden; sie besteht schon. Man muss im Gesundheitswesen dafür besorgt sein, dass die Erfahrungen der Betriebswirtschaft dort in gleicher Art und Weise einfließen, wie sie für die übrigen Branchen normalerweise angewendet werden.

So gesehen sind die Minderheitsanträge Teuscher und Fehr Jacqueline abzulehnen.

Heim Bea (S, SO): Sie haben es gehört: Die Befürchtung sowohl von Herrn Bortoluzzi als auch von seinem Vorredner ist die Verzögerung der Fallpauschale wegen der Qualitätssicherung. Der Bundesrat hat von Ihnen den Auftrag, in der Qualitätssicherung vorwärtszumachen. Die Befürchtungen, die Sie haben, entsprechen einem momentanen Trend. Wir müssen hier Druck machen.

Trotzdem, weil mir die Qualität derart wichtig ist und weil ich formal nicht mehr die Möglichkeit habe, den ersten Teil des Satzes zurückzuziehen, ziehe ich den ganzen Antrag zurück, nicht das Anliegen. Wir werden es im Ständerat deponieren.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Der Antrag Heim ist zurückgezogen worden.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Heim Bea a retiré sa proposition avec beaucoup d'élégance. Elle a raison de maintenir la pression, car nous sommes d'avis qu'il faut absolument développer des critères de qualité. Cela dit, ce n'est pas si simple, dans un domaine aussi sensible que celui de la santé. Il ne suffit pas



d'indiquer simplement le nombre de décès après les opérations pour que les gens puissent choisir leur hôpital; il faut des critères un peu plus fins que ceux-là. Par conséquent, ça prend un peu plus de temps. D'ailleurs, si besoin est, je souhaite que vous choisissiez le bon hôpital!

Ensuite, en ce qui concerne la proposition Goll, tout a été dit. Vouloir imposer des normes à respecter dans le contrat de travail par le biais de l'introduction des DRG part certainement d'une bonne intention d'un point de vue syndicaliste, mais c'est quand même un petit peu compliqué et un petit peu éloigné des réalités. Je comprends qu'on puisse vouloir cela, mais je comprendrais mal que cette proposition trouve une majorité. En tout cas, le Conseil fédéral ne la soutient pas, non pas qu'il ne veut pas des conditions sociales tout à fait convenables et correctes, mais parce que je ne pense pas qu'il faille modifier la loi à cet endroit afin de tenir compte de cette préoccupation. Elle existe, certes, et l'on doit l'envisager, mais elle ne doit pas être mêlée aux DRG.

En ce qui concerne la proposition de la minorité Fehr Jacqueline, malgré toutes les explications données, elle va à mon sens à l'encontre du système DRG qui comprend tous les coûts, y compris les coûts d'investissement. Par conséquent, ils doivent être mis dans les coûts de départ. Il est vrai qu'il y a des problèmes de transition – comment, par exemple, tient-on compte d'investissements déjà partiellement amortis? –, mais ils doivent être résolus dans le cadre des DRG. Si on sort de cette logique, on donne un avantage considérable à certains acteurs du marché, et c'est le contraire de ce qu'on a cherché à faire durant tous ces travaux.

C'est la raison pour laquelle je vous recommande de suivre la majorité de la commission, non pas en toute circonstance, mais dans ces circonstances.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Vorerst noch eine Bemerkung zum zurückgezogenen Antrag Heim Bea. Die Kommission setzt sich gute Qualität, Transparenz in Qualitätsfragen und Qualitätsvergleiche zum Ziel; ich verweise einfach auf die entsprechenden Artikel. In Artikel 22a werden medizinische Qualitätsindikatoren gefordert. Wir haben in Artikel 49 Absatz 1 einen Hinweis auf die Qualität, und in Artikel 49 Absatz 8 verlangen wir, dass die medizinische Ergebnisqualität zwischen den Spitälern aufgezeigt bzw. transparent gemacht wird. Insofern ist diesem Anliegen mit der Fassung der Kommission Rechnung getragen.

Der Antrag Goll wurde in der Kommission nicht behandelt. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wir gerechte Lohnbedingungen nicht mit dem Krankenversicherungsgesetz schaffen, sondern dass das eine Frage der Sozialpartner ist und dass die Personalkosten auch heute schon in den Fallpauschalen einberechnet sind.

Ich bitte Sie, bei Artikel 49 Absätze 2 und 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen. Es ist eine Frage des Konzepts. Die Kommissionsmehrheit will, dass Investitionen in den Fallpauschalen einberechnet sind und dass Kostenvergleiche auf der Grundlage der Vollkosten angestellt werden können.

AB 2007 N 452 / BO 2007 N 452

Dass es keine einfache Sache ist, die Investitionskosten zu kapitalisieren, das wissen wir. Deshalb hat der Bundesrat den Auftrag, hierzu Bestimmungen zu erlassen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass das heute in Privatkliniken auf den Spitallisten schon der Fall ist. Privatkliniken, die auf den kantonalen Spitallisten figurieren, verrechnen ihre vollen Kosten inklusive Investitionen zulasten der Krankenversicherer; das muss also heute schon bezahlt werden. Es ist deshalb eine Frage der Systemgerechtigkeit, dass alle Patienten in den Spitälern, die auf den Spitallisten aufgeführt sind, gleiche Bedingungen haben und gleichermassen von der öffentlichen Hand, von den Kantonen und von den Versicherern mitfinanziert werden.

In diesem Sinne bitte ich Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Abs. 1 – Al. 1

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Teuscher zu Absatz 1 wurde zurückgezogen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 85 Stimmen

Für den Antrag Goll 73 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 59 Stimmen



Dagegen 104 Stimmen

Abs. 3–5 – Al. 3–5

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 99 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 68 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 49a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... 55 Prozent. (Rest streichen)

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Streichen

Antrag der Minderheit I

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

Abs. 2

.... 60 Prozent. (Rest streichen)

Antrag der Minderheit II

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Miesch, Scherer, Stahl)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

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

Abs. 3

.... zwischen Spital und Kanton vereinbart. Die Rechnungsstellung

Antrag der Minderheit

(Humbel Näf, Borer, Bortoluzzi, Guisan, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer)

Abs. 4

Mit Spitälern, welche gemäss Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen oder keinen Leistungsauftrag haben, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein

Art. 49a

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... à 55 pour cent au moins. (Biffer le reste)

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Biffer



Proposition de la minorité I

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

Al. 2

.... à 60 pour cent au moins. (Biffer le reste)

Proposition de la minorité II

(Bortoluzzi, Borer, Gutzwiller, Miesch, Scherer, Stahl)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

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

Al. 3

.... sont convenues entre l'hôpital et le canton. La facturation

Proposition de la minorité

(Humbel Nâf, Borer, Bortoluzzi, Guisan, Gutzwiller, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer)

Al. 4

Les assureurs peuvent conclure, avec les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière ou qui n'ont pas de mandat de prestations au sens de l'article 39, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée

Abs. 2 – Al. 2

Rossini Stéphane (S, VS): C'est une des clés de cette loi qui est discutée maintenant, à savoir la part des coûts d'hospitalisation qui sera financée par les cantons. Si c'est une des clés de la loi, cela en est aussi une en matière de solidarité dans le fonctionnement du système de santé. A cet égard, l'Organisation mondiale de la santé est assez claire. Dans son rapport qui compare les différents systèmes de santé, l'OMS nous montre que, si en matière de qualité la Suisse se trouve en tête des différents pays, en termes de solidarité elle se trouve entre le 38e et le 40e rang, ce qui montre que nous avons ici encore une marge de manoeuvre relativement importante.

Si cette question n'est peut-être pas un sujet fondamental pour celles et ceux qui aspirent à une concurrence totale, également sur les prix, pour nous, c'est une préoccupation fondamentale parce qu'on doit avoir ici une approche générale entre la pratique à travers les primes et la pratique à travers le financement par les pouvoirs publics.

Le souci des gens, et on l'a entendu très souvent au cours de ces derniers mois, c'est de savoir à combien s'élèvent leurs primes d'assurance-maladie. Pour éviter une pression trop grande sur les primes, que nous considérons toujours

AB 2007 N 453 / BO 2007 N 453

comme antisociales parce que ce sont des primes par tête, il nous paraît important de conserver l'engagement financier des cantons. Si les cantons se désengagent dans le financement hospitalier, la part qui sera payée par les primes devra être augmentée, et cela ne nous paraît pas judicieux.

Pourquoi la minorité propose-t-elle 60 pour cent à la charge des cantons? Tout simplement parce que, d'une manière générale, la moyenne suisse atteint ce chiffre de 60 pour cent, certes avec énormément de variations selon les cantons, notamment en raison des problématiques de transparence qui en ont pénalisé un certain nombre.

Aujourd'hui il s'agit pour nous d'éviter un désengagement des cantons et il s'agit par conséquent de donner un signe très clair sur la nécessité pour les cantons, d'une part, de financer le système et, d'autre part, de le rationaliser. Si les cantons ont une part de financement plus élevée, ils auront l'obligation d'aménager ce système de façon à ce qu'il soit optimal. Le levier financier va avoir des conséquences sur la gestion globale de l'offre de santé, non seulement sur l'offre hospitalière, mais aussi en matière d'établissements médicosociaux, de soins à domicile, de développement des réseaux de soins. Le principe des réseaux de soins est inscrit dans beaucoup de lois cantonales; dans la pratique, on sait que cela s'avère extrêmement difficile. On le voit d'ailleurs dans les revues d'hospitalisation: dans la problématique des hospitalisations inappropriées émerge



très fréquemment la relation avec les autres acteurs du système de santé, les EMS, les soins à domicile notamment. Par conséquent, si les cantons ont un financement plus élevé, ils seront incités à développer ces autres types de prises en charge et à développer un système qui permette au patient d'être au bon endroit au bon moment; ainsi ils pourront utiliser les moyens et les ressources de manière optimale.

Voilà les éléments qui nous poussent à proposer que la part cantonale se monte à 60 pour cent au moins. Ce n'est pas seulement un choix politique arbitraire, c'est aussi un choix qui vise à orienter le système de santé d'une manière générale et cohérente.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Für uns geht es hier ja nicht in erster Linie um die Höhe des Mindestbeitrages der Kantone, sondern um die grundsätzliche Frage, ob es eine feste Grösse sein oder ob es etwas Spielraum geben soll. Ich möchte Ihnen beliebt machen, dem Ständerat zu folgen. Ich glaube, es lohnt sich kaum, hier eine Differenz zu schaffen. Wie gesagt: Die Mehrheit und die Minderheit I (Rossini) beantragen Ihnen einen festen Mindestanteil, der Ständerat hingegen hat für die Beteiligung des Kantons ein Spektrum von 45 bis 60 Prozent beschlossen.

Das Problem dieser Vorlage ist ja nicht in den unterschiedlichen Aufwendungen der Kantone für die Finanzierung zu sehen, sondern es sind Grundlagen zu schaffen, die Betriebsvergleiche ermöglichen, gleich lange Spiesse schaffen usw. Ich meine, man sollte hier nicht zu sehr in die Finanzhoheit der Kantone eingreifen, auch wenn die Übergangsregelung – das ist ja immer auch in Zusammenhang mit Absatz 5 der Übergangsregelung zu sehen – vier Jahre dauert. Es wäre dann also möglich, den Kantonen vier Jahre Zeit zu lassen.

Vergleichen wir mit dem heutigen Artikel 49 Absatz 1: Dieser besagt ja, dass die Kantone mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten zu übernehmen haben. Das ist an sich auch ein fester Anteil, nur liegt der Unterschied darin, dass es Teil des Vertrages ist und dass die vertraglichen Bedingungen bezogen auf den Kostenanteil unterschiedlich sind. Also kann man nicht einfach von einer einheitlichen Ausgangslage sprechen, die nun einfach überführt werde, sondern die Ausgangslage ist uneinheitlich. Mit dem Antrag der Minderheit II belassen Sie den Kantonen die Uneinheitlichkeit bei der Finanzierung. Da nimmt die Vorlage in ihrer Grundausrichtung meines Erachtens keinesfalls Schaden; wir würden hier das Potenzial eines Konfliktes mit den Kantonen beseitigen, der meines Erachtens nicht notwendig ist – diese Bestimmung verbessert die Vorlage in keiner Art und Weise. Es braucht also keine feste Grösse.

Ich bitte Sie also, hier der Minderheit II und damit dem Ständerat zu folgen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt die Minderheit I (Rossini) und subsidiär die Mehrheit, falls die Minderheit Rossini keine Mehrheit findet.

Erstens sind wir für ein klares Modell und nicht für ein Bandbreitenmodell, und zwar aus folgenden Gründen: Beim Bandbreitenmodell stellt sich hauptsächlich das Problem der Schwelle. Wenn man auf die Durchschnittsprämie abstützt, bei der ein Kanton in einem Jahr darüber, in einem anderen darunter ist, hat das sehr grosse Auswirkungen auf die kantonalen Budgets. Deshalb ist die Möglichkeit einer mittel- und langfristigen Planung vonseiten der Kantone sehr erschwert. Es betrifft vor allem jene Kantone, die immer so um die Durchschnittsprämie herum sind.

Zweitens wird die Durchschnittsprämie nicht nur durch die Kostenentwicklung im stationären Bereich beeinflusst, wo die Kantone selber Einfluss nehmen können, sondern auch durch die Ambulatorien, durch den ambulanten Bereich, und durch die Medikamentenpreise. Die Kantone sind also einer Entwicklung ausgesetzt, auf die sie nur sehr bedingt Einfluss nehmen können. Das hat sehr grosse Auswirkungen auf die kantonalen Spitalbudgets, kann zu sehr grossen Schwankungen vom einen zum anderen Jahr führen und ist mit ein Grund, weshalb auch die Kantone mit diesem Modell teilweise grosse Mühe haben. Zu Recht wird es auch vom Bundesrat und von der Verwaltung als schwer umsetzbar beurteilt.

Erschwert wird die Sache noch dadurch, dass wir soeben beschlossen haben, die freie Spitalwahl einzuführen. Dadurch wird es sowieso quasi unmöglich, dieses Bandbreitenmodell umzusetzen. Das zur Frage des Bandbreitenmodells.

Weshalb nun aber diese 60 Prozent gemäss Antrag der Minderheit I? Es wurde bereits gesagt: Diese 60 Prozent entsprechen etwa der heutigen durchschnittlichen Belastung, die die Kantone übernehmen, allerdings – das haben wir gesagt – mit grossen Unterschieden. Wenn man aber schaut, wer bisher weniger daran bezahlt, so sieht man, dass es jene Kantone sind, die von ihren finanziellen Möglichkeiten her sehr wohl in der Lage wären, mehr zu bezahlen. Gehen wir unter 60 Prozent, so ist es insgesamt, also in der Gesamtwirkung, eine Entlastung der Kantone und damit eine Mehrbelastung für die Prämienzahlerinnen und -zahler, was wir als nicht richtig erachten.

Deshalb unterstützen wir den Antrag der Minderheit I (Rossini).



Meyer Thérèse (C, FR): Actuellement, vous le savez, l'assurance-maladie obligatoire finance au maximum 50 pour cent des coûts d'exploitation imputables aux hôpitaux. Les coûts restants, ainsi que les coûts d'investissement, sont à la charge des pouvoirs publics. En moyenne, les coûts imputables sont actuellement à hauteur de 58 pour cent pour les pouvoirs publics, le reste étant assumé par l'assurance-maladie. Mais des différences considérables existent entre les cantons.

Selon le nouveau modèle, les traitements stationnaires et les séjours hospitaliers sont indemnisés par des forfaits – nous en avons parlé. Ces forfaits sont liés aux prestations et sont appliqués de manière uniforme dans toute la Suisse. Ils comprennent les coûts d'exploitation et d'investissement, mais pas les prestations d'intérêt général comme les urgences, l'enseignement, la recherche et l'obligation de couvrir tout le territoire, qui peuvent être des obligations politiques.

Le montant des forfaits doit s'aligner sur celui des hôpitaux fournissant des prestations de bonne qualité et à des prix avantageux. Ce sont environ 7,8 milliards de francs qui sont en jeu. Les cantons rémunèrent donc de manière différente les hôpitaux pour les prestations qui sont considérées comme d'intérêt général. Nous avons fait un calcul de la prise en charge des cantons, et la commission s'est finalement décidée, par 8 voix contre 8 et 8 abstentions, avec la voix prépondérante du président, à fixer la part cantonale à 55 pour cent au moins. Une minorité demande 60 pour cent

AB 2007 N 454 / BO 2007 N 454

au moins. L'idée était qu'il ne fallait pas que la participation des cantons baisse pour éviter que les primes de caisses-maladie ne s'envolent.

Notre groupe a réexaminé cette question et à la lumière des chiffres, qui sont parlants, nous nous rendons compte que les cantons qui ont la participation la moins élevée – cela va de 38 pour cent pour le canton de Thurgovie à 73 pour cent pour celui de Genève – ont aussi des primes basses, alors que l'inverse se vérifie aussi pour les cantons qui ont une participation plus haute.

L'introduction du minimum de 55 pour cent pourrait pénaliser les cantons qui ont une bonne politique de la santé, qui ont pu maîtriser les coûts et qui, par leur participation plus importante encore, feraient baisser les primes dans les cantons où elles sont déjà plus basses qu'ailleurs. Ce n'est pas un mal, mais cela pose un problème à ces cantons qui ont fait des efforts.

Nous ne dénisons pas le fait que le nouveau système "Cassis de Dijon", avec la possibilité d'aller se faire soigner dans d'autres cantons, posera quelques problèmes dans ce modèle un peu compliqué du Conseil des Etats et soutenu par la minorité II (Bortoluzzi). Cependant, notre groupe s'est finalement déterminé à soutenir ce modèle – c'est-à-dire la minorité II –, pour ne pas pénaliser les cantons qui ont fait des efforts et qui ont des participations plus basses et aussi des coûts de la santé moins élevés qu'ailleurs, notre but étant toujours d'avoir la meilleure qualité au meilleur prix. En changeant ce paramètre, nous risquerions de démotiver les cantons qui font des efforts pour arriver à cette bonne planification.

Le groupe démocrate-chrétien soutiendra donc la proposition de la minorité II (Bortoluzzi).

Ruey Claude (RL, VD): Je comprends votre raisonnement. Vous venez du canton de Fribourg et vous savez que les coûts de la santé ne sont pas forcément liés à une meilleure politique cantonale en la matière. Est-ce que vous ne pensez pas qu'avec le système que vous préconisez, on favorise les cantons qui sont dans une certaine mesure parasites par rapport aux cantons universitaires qui supportent, eux, le gros des coûts de la santé, du fait qu'ils ont des hôpitaux qui prodiguent des soins aigus et des traitements lourds?

Meyer Thérèse (C, FR): Alors, le nouveau système préconise un financement par cas liés aux prestations; donc toutes les prestations des cantons universitaires – urgences, formation, recherche – seront financées par un autre canal; donc ça ne se justifie pas de réfléchir dans ce sens. Je souhaite, d'un côté, que chaque canton trouve les moyens de financer son hôpital performant. Mais, d'un autre côté, en augmentant la contribution des cantons, on pourrait décourager les cantons d'établir leur planification hospitalière intérieure, qui doit aussi être organisée.

Rossini Stéphane (S, VS): Madame Meyer, selon la version du Conseil des Etats que vous soutenez avec la minorité II (Bortoluzzi), il y a une relation aux primes. Or, la prime peut passer au-dessus ou au-dessous de la moyenne, année après année. Pour 1 franc de plus ou de moins, on aura des répercussions par dizaines de millions de francs sur les investissements. Comment pensez-vous que les cantons pourront gérer cette affaire?

Meyer Thérèse (C, FR): La version du Conseil des Etats, soutenue par la minorité II (Bortoluzzi), demande une participation cantonale d'au moins 60 pour cent. Si la prime est en dessous de la moyenne suisse, elle



peut descendre en dessous de ces 60 pour cent, dans une fourchette de 45 à 60 pour cent. Je reconnais que le modèle n'est pas si simple, mais nous avons opté pour ce modèle justement pour quand même encourager les cantons qui ont eu des résultats positifs dans leur gestion de la santé.

Fasel Hugo (G, FR): Es geht hier um die Verteilung der Kosten der Spitäler zwischen den Versicherten und den Kantonen. Aus grüner Sicht gilt es festzuhalten, nachdem wir das Cassis-de-Dijon-Prinzip eingeführt haben, dass damit die ständerätliche Lösung ad acta zu legen ist; sie ist eigentlich auch nicht mehr praktikabel.

Als zweite Bemerkung gilt es zu sagen, dass heute die Planungskompetenz, die wir hier wieder verankert haben, klar bei den Kantonen liegt, dass wir ihnen damit auch sehr viele Steuerungsmöglichkeiten gewähren. Wer aber planen und steuern will, muss auch die Konsequenzen seiner Steuerung wesentlich mittragen; wer mitbeteiligt ist, muss auch mitbetroffen sein. Insofern unterstützt die grüne Fraktion die Minderheit Rossini, die 60 Prozent als Anteil der Kantone verlangt; damit müssen sie auch ihrer eigenen Planungskompetenz finanziell Folge leisten.

Drittes Element: Hier geht es schliesslich um die Höhe der Prämien für die Versicherten. Hier gilt es, wieder einmal daran zu erinnern, dass wir Kopfprämien haben, dass wir Vergünstigungen haben, wie wir alle wissen; nichtsdestotrotz gilt es aber auch wieder einmal, die Möglichkeit zu ergreifen, einen gewissen Beitrag zu einer Beschränkung der Prämien zu leisten. Dies können wir tun, wenn wir bei dieser Entscheidung zur Finanzierung der Spitäler gemäss Minderheit I (Rossini) die Kantone etwas mehr in die Pflicht nehmen. Nicht alle, denn der Vorschlag von 60 Prozent entspricht ja dem gesamtschweizerischen Durchschnitt – insofern auch ein Vorschlag, der realistisch ist und ein gutes Abbild der heute bestehenden schweizerischen Verhältnisse gibt. Ich danke Ihnen, wenn Sie der Minderheit I (Rossini) zustimmen.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Man muss sicher präzisieren: Hier geht es um das zukünftige System der Abgeltung und den Schlüssel zwischen den Partnern in dieser Abgeltung. Es setzt also voraus, dass landesweite Fallpauschalen funktionieren. In dieser Optik ist es sicher eher hilfreich und eher einfacher, eine Lösung vorzusehen, wie sie die Mehrheit vorschlägt, mit anderen Worten, einen klaren Satz für die beteiligten Kantone und – selbstverständlich – die Versicherer zu haben. Natürlich ist zu vermerken, wie hier schon verschiedentlich hervorgehoben wurde, dass die heute günstigen Kantone dadurch unter Zugzwang geraten. Es gibt einen bestimmten Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik, das kann man nicht verneinen, vor allem dort, wo Überkapazitäten vorhanden sind; solche sollen sicher nicht belohnt werden. Es scheint mir zumindest, dass im Rahmen der Übergangsbestimmungen noch nicht genügend ausgelotet ist, wie die Kantone, die heute sehr günstige Prämiensituationen haben, hier allenfalls in einem moderaten Tempo an ein gesamtschweizerisch finanziertes System herangeführt werden können.

Das sind im Kern die Überlegungen, die auch unsere Fraktion gemacht hat. Sie wird mehrheitlich dem Antrag der Mehrheit zustimmen in der Interessenabwägung zwischen den Kantonen, die heute günstige Prämiensituationen haben, und der Vereinfachung für das zukünftige System. Insgesamt setzen wir den Akzent auf das zukünftige System, auf die Vereinfachung – deshalb sind wir für die Mehrheit –, aber vielleicht sollte man, dies als Gedanke für die weitere Bearbeitung der Vorlage, im Rahmen der Übergangsbestimmungen noch einmal kontrollieren, ob das Tempo der Anpassung hier nicht derart modifiziert werden könnte, dass die günstigen Kantone nicht bestraft werden.

Studer Heiner (E, AG): Obwohl es von den Konsequenzen her eine sehr wichtige Frage ist, geht es hier ja nicht um eine ideologische oder eine generelle regionalpolitische Debatte. Sonst würden ja nicht Vertreterinnen und Vertreter zum Beispiel aus der Westschweiz gegenteilige Positionen vertreten. Man muss sich überlegen, was Sinn macht. Wir haben das Konzept des Ständerates: 60 Prozent und eine Beweglichkeit. Dann wäre eigentlich die Logik, demgegenüber auf die Beweglichkeit zu verzichten, aber dann bei 55 Prozent

AB 2007 N 455 / BO 2007 N 455

anzusetzen. Deshalb scheint es mir sinnvoll zu sein, hier den Überlegungen der Mehrheit zu folgen, weil man dann klar ein Konzept hat, das im Gegensatz zu demjenigen des Ständerates steht. Nachdem aufgrund der Voten ohnehin nicht zu erwarten ist, dass hier die Minderheit II (Bortoluzzi) siegen wird und damit jede Bereinigung gegenüber dem Ständerat ausgeschlossen ist – ich habe aber Verständnis dafür, dass man auch das unterbreitet –, macht es Sinn, wenn zwei Varianten einander echt gegenüberstehen. Ich beantrage Ihnen damit Zustimmung zur Mehrheit und Ablehnung der Minderheitsanträge.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il s'agit évidemment d'un élément extrêmement important de cette loi. Les cantons doivent-ils payer un pourcentage fixe ou faut-il, comme l'a décidé le Conseil des Etats, une cer-



taine souplesse? En réalité, la décision du Conseil des Etats n'est pas aussi souple qu'elle le paraît puisqu'elle fixe des seuils. Et, comme l'a dit Monsieur Rossini il y a un instant, lorsque le seuil est dépassé, des conséquences importantes s'ensuivent. La solution du Conseil des Etats est compliquée et elle n'est pas si souple que ça, puisqu'à un certain niveau correspond une exigence.

Par conséquent, je crois qu'il faut renoncer à la solution du Conseil des Etats et aller vers une solution avec un pourcentage fixe, ce d'autant plus qu'on a voté ce matin la création d'un espace sanitaire suisse par le biais du principe du "Cassis de Dijon". Une solution comme celle adoptée par le Conseil des Etats renverse la vapeur et rend plus difficile la naissance d'un espace sanitaire suisse.

Monsieur Gutzwiller l'a aussi dit: le problème, si problème il y a et il y en a certainement un pour l'un ou l'autre des cantons, doit être réglé par le biais des dispositions transitoires. Peut-être peut-on prévoir des dispositions transitoires un peu plus longues? Mais enfin, de toute façon, le temps d'arriver au terme des délibérations sur cette loi, de préparer ensuite les ordonnances et de faire la mise en application, il y aura suffisamment d'années avant que cela n'entre en vigueur. Par conséquent, les cantons qui devraient adapter leur participation ont certainement, non pas deux ou trois ans, mais quatre, cinq ou six ans pour s'adapter: la chose est donc possible.

A combien le pourcentage de participation des cantons doit-il être fixé? 55 ou 60 pour cent? Je choisis 55 pour cent pour éviter une confrontation avec les cantons. Mais j'ai dit à Monsieur Rossini, puisqu'on parlait hier de maladies nosocomiales, que je ne ferais pas une maladie nosocomiale par contagion si vous aboutissiez à un taux de 60 pour cent!

Mais, si la part cantonale est fixée à 60 pour cent, je crois que nous aurons droit à une indignation généralisée de la part des cantons, qui, d'ailleurs, pratiquent cet art avec une extrême fréquence et une compétence de plus en plus grande. C'est à croire que les cantons sont devenus des organisations de protestation, même si un jour ils occupent un bâtiment splendide en ville de Berne.

Par conséquent, la part cantonale doit se monter à 55 pour cent au minimum; 60 pour cent, c'est acceptable. Mais ayez pitié de ces pauvres cantons, restez-en à 55 pour cent!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: La décision du Conseil des Etats permet de faire varier la participation en fonction de la moyenne suisse des primes. Cette variable est apparue extrêmement problématique à la commission. La moyenne suisse des primes varie, et un canton qui se trouve en dessus une année peut se trouver en dessous par la suite. La moyenne suisse des primes fait intervenir toute une série de facteurs étrangers à la gestion financière hospitalière, en particulier les coûts ambulatoires, les EMS et Spitex. La possibilité de faire varier les contributions cantonales dans le cadre d'une fourchette met en question la libre circulation des patients et le principe du "Cassis de Dijon". Plus la participation du canton est basse, plus le report sur les primes est élevé: cela est une évidence mathématique et nous n'avons pas intérêt à introduire un nouveau facteur politique dans la détermination du niveau des primes, ce qui ne contribue pas particulièrement à la transparence à laquelle nous travaillons.

Par ailleurs, de toute évidence, les cantons à participation basse feront la grimace si un patient souhaite se faire soigner dans un autre canton à participation élevée. La participation des cantons doit donc être aussi uniforme que possible. En 2004, elle se répartissait entre 38,3 pour cent pour le canton de Thurgovie et 73,4 pour cent pour celui de Genève. Maintenir une participation élevée incite les cantons à la rigueur dans leur gestion hospitalière. Cela peut faire craindre des suppressions dans les régions périphériques au profit des villes, sans prendre en considération les critères de qualité ou de coûts, même si ceux-ci sont avantageux. La planification selon des critères de besoin, heureusement, s'y oppose.

La solution que la commission vous propose est, à ce titre, conforme à la conception que vous avez acceptée en matière de planification. Il est donc important de créer à ce niveau une divergence avec le Conseil des Etats dont la proposition est à la fois compliquée et peu réaliste.

La commission devait également prendre en considération l'effort que représente un alignement sur un minimum de 60 pour cent pour tous les cantons qui se trouvent en dessous. Cela peut représenter des sommes considérables – cela a déjà été mentionné. Si nous souhaitons une décision de pareille importance, nous ne saurions passer non plus par-dessus les cantons: une procédure de consultation devrait être lancée.

La commission s'est donc ralliée, par 13 voix contre 9 et aucune abstention, à la proposition de supprimer toute relation avec la moyenne des primes sur le modèle de ce qu'a décidé le Conseil des Etats. En prévoyant: "... 55 pour cent au moins. (Biffer le reste)", la majorité laisse toute liberté aux cantons qui veulent en rester à un engagement supérieur, en particulier à celui de Genève. Mais elle oblige à supporter une part minimale des frais hospitaliers qui n'est pas trop éloignée de la moyenne suisse située à 58 pour cent.

La commission s'est donc prononcée, par 14 voix contre 10 et 1 abstention, pour le chiffre de 55 pour cent,



parce que la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales et Santésuisse en ont convenu et en ont fait part à la commission par une lettre explicite.

Je vous demande donc de suivre la majorité.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Mehrheit 111 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I 65 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Mehrheit 113 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II 58 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Rossini begründet den Antrag der Minderheit Guisan.

Rossini Stéphane (S, VS): Comme cosignataire, je vais développer la proposition de la minorité Guisan.

A l'alinéa 3, la majorité de la commission a suivi la décision du Conseil des Etats qui a introduit la possibilité, pour les assureurs et le canton, de convenir que le canton paie sa part de financement hospitalier à l'assureur et que c'est l'assureur qui verse les deux parts – la sienne et celle du canton – à l'hôpital. Cette possibilité revient en fait à introduire ce qu'on a appelé dans le jargon de la LAMal un financement moniste des hôpitaux, à savoir un financement qui ne transite que par un seul acteur.

Cette question est extrêmement importante, pour ne pas dire centrale, dans toute l'appréhension du financement hospitalier. De notre point de vue, cette question devrait faire l'objet d'un débat séparé et n'a pas lieu d'être dans la révision qui nous est soumise. C'est en effet une question importante qui devrait faire l'objet d'une révision future.

AB 2007 N 456 / BO 2007 N 456

Malheureusement, une fois de plus, au Conseil des Etats le lobby des assureurs a sévi, et avec succès. Selon les personnes qui soutiennent la minorité, le financement moniste devrait être introduit par la bande; ce n'est pas correct; il faut une discussion fondamentale.

Derrière le discours que certains voudraient technique et qui, sous cet angle, est réducteur, se posent toute une série de questions de fond. Ce n'est pas simplement: qui paie? C'est: comment sont définis les montants? En fonction d'un seul agent payeur qui régule? Si on transfère le financement exclusivement par le biais des assureurs, quel est le pouvoir que l'on donne à ces derniers dans la structure de décision concernant l'offre hospitalière? Quelle est donc l'influence du payeur sur le système? Ne risque-t-on pas d'aboutir à une forme de rationnement si l'enveloppe est épuisée? Donc, on voit qu'avec le financement moniste, on actionne un levier qui n'est pas d'ordre technique, mais fondamentalement politique.

Pour actionner le levier politique, nous devrions aborder cette problématique au moyen d'une discussion sérieuse, afin de comprendre les effets de l'introduction du système de financement moniste, ce que nous n'avons pas fait jusqu'ici.

Autre question fondamentale: pourquoi ne pas laisser les cantons introduire le système de financement moniste à la place des assureurs-maladie, par exemple? La commission ne donne aucune réponse à cette question fondamentale. Par conséquent, vous comprendrez notre réserve en ce qui concerne l'introduction du financement moniste par la bande.

Nous demandons que cette solution soit étudiée de manière très rigoureuse. Par ailleurs, il faut absolument que nous puissions maîtriser les conséquences de ce financement.

Il y a le modèle de régulation du secteur hospitalier, que nous avons inscrit aujourd'hui dans la loi, avec des critères établis par la Confédération; il existe certes aussi le modèle de régulation dans lequel le pouvoir serait transféré aux assureurs. Mais, ce dernier modèle contient beaucoup trop d'inconnues pour nous permettre de prendre aujourd'hui une décision correcte.

Il y a aussi la question, que nous n'avons pas abordée non plus, de la couverture minimale garantie par l'assurance de base pour l'ensemble de la population et la notion de service public. Quelle sera la relation qui sera établie entre les assureurs, qui seraient les seuls agents payeurs, et les cantons qui doivent définir l'offre? Vous voyez qu'il y a finalement beaucoup trop de points d'interrogation pour faire aujourd'hui ce pas vers le système de financement moniste.





Je vous invite donc à soutenir proposition de la minorité Guisan.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): In aller Kürze: Diese Thematik scheint nicht sehr zentral zu sein. Sie ist es aber durchaus, wie Herr Rossini gesagt hat. Sie werden im Nachgang zu dieser Vorlage über eine Motion des Ständerates zu beschliessen haben, die den Monismus grundsätzlich diskutiert. Hier geht es um eine ganz kleine Öffnung in diese Richtung, Sie sehen den Text: "Versicherer und Kanton können vereinbaren" Ich glaube, zurückhaltender kann man nicht mehr sein. Das erlaubt sozusagen eine kantonale Versuchsanlage. Beide Partner können vereinbaren. Das ist ein doppelt genähtes Netz. Sie müssen nicht, sie können, sie vereinbaren. Dazu braucht es zwei Partner. Diese kleine Öffnung Richtung Finanzierung aus einer Hand sollte man nun wirklich nicht bekämpfen. Ich bitte Sie, klar der Mehrheit zu folgen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que si on lit attentivement le texte, on voit qu'il n'y a pas lieu de partir en guerre tous drapeaux déployés contre cette proposition. C'est une proposition extrêmement modeste. Finalement on verse la part à l'hôpital, mais si les assureurs et les cantons le décident – les cantons doivent le faire –, on peut décider de verser la part des cantons par simplification aux assureurs, et ces derniers versent les deux parts aux hôpitaux. C'est vraiment quelque chose d'innocent et il faut avoir une imagination fertile, accompagnée d'un brin d'angoisse inutile, pour en faire un débat de principe et y voir là le début de la fin, c'est-à-dire l'introduction du système moniste par le biais des assurances.

Les cantons, qui seraient selon Monsieur Rossini pour une fois l'alternative comme agents payeurs – si ce n'est les assureurs –, décideraient eux-mêmes, si cette proposition était acceptée, s'ils veulent payer leur part aux assureurs, par souci de simplification, et les assureurs payer la leur aux hôpitaux. Les cantons décideront et souvent ils sont en de bonnes mains, en tout cas à vos yeux. Par conséquent, le risque n'est pas très grand d'introduire par la bande quelque chose qui ne soit pas conforme à vos souhaits, ou dans tous les cas qui n'ait pas été discuté suffisamment longtemps.

Monsieur Gutzwiller l'a dit: il y a une motion 06.3009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, "Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires", qui sera discutée à la fin de ce débat et qui veut justement introduire le monisme dans un délai relativement court. Le Conseil fédéral proposera de rejeter cette proposition, pour des raisons de délais, et non pour des raisons de fond, parce que le monisme, s'il doit être introduit, nécessitera davantage de préparation, ainsi que l'accumulation d'un certain nombre d'expériences.

Mais revenons au problème concret. Je crois qu'il ne faut pas voir un problème là où il n'y en a pas. La solution qui est préconisée par la majorité n'a aucune incidence sur des décisions ultérieures. C'est simplement une affaire pratique. Les cantons, s'ils le veulent, peuvent décider de verser leur part aux assureurs, qui verseront la totalité. Ce n'est pas le début du monisme, c'est un effort de liberté et de bon sens pour ceux qui désirent en profiter. Ne faisons pas un combat de principe là où cela n'a pas lieu d'être.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Im Namen der Kommission möchte ich Sie auch bitten, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Absatz 3 gibt den Kantonen die Möglichkeit, mit den Versicherern zu vereinbaren, dass die Versicherung die volle Rechnung bezahlt. Damit wird die Möglichkeit geboten, freiwillig und auf vertraglicher Basis, welche jederzeit wieder gekündigt werden kann, ein monistisches System einzuführen, wie es ja im Übrigen im ambulanten Bereich, auch im ambulanten Spitalbereich gilt.

Die Kommission will diese Möglichkeit zulassen; dies insbesondere auch im Hinblick auf besondere Versicherungsmodelle. Ich denke beispielsweise an Managed-Care-Modelle, an Behandlungen in Netzwerken, für die die Möglichkeit geboten werden soll, Patienten über Patientenpfade zu behandeln und das auch aus einer Hand über den ambulanten und den stationären Teil bezahlen zu lassen. Für solche Modelle wären natürlich auch angepasste Finanzierungsmöglichkeiten vorteilhaft.

Ich bitte Sie daher, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 96 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 75 Stimmen

Abs. 4 – Al. 4

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Borer begründet den Antrag der Minderheit Hum-



bel Näf.

Borer Roland F. (V, SO): Die Minderheit Humbel Näf will eigentlich das Gleiche wie der Ständerat; die Ausformulierung im Detail ist aber um einiges präziser. Die Öffnung, dass auch Spitäler, die nicht auf der Spitalliste sind, Leistungen zulasten der Grundversicherung erbringen können, soll jedoch nicht die Regel werden, sondern die Ausnahme bleiben. Auf der anderen Seite macht es aber wenig Sinn, in diesem Bereich Spitälern, die – aus welchen Gründen auch immer – von der Spitalliste ferngehalten werden, zu verbieten, Leistungen erbringen zu können. Das macht wenig Sinn. Es macht auch wenig Sinn angesichts des Umstands,

AB 2007 N 457 / BO 2007 N 457

dass medizinische Leistungen unter Umständen zunehmend auch ein handelbares Gut darstellen. Was man aber nicht will: Dass man hier Tür und Tor öffnet, damit Geld verdient werden kann, indem Leistungen verrechnet werden, die über dem Preis liegen, den andere Spitäler, die auf der Spitalliste sind, verlangen können. Die Entschädigungen für Leistungen zulasten der Grundversicherung sind also klar limitiert; sie sind nicht höher, als wenn diese Leistungen durch Spitäler auf der Spitalliste erbracht werden. Weiter gehende Leistungen können in diesen Spitälern natürlich auch erbracht werden; es sind aber Leistungen, die unter das VVG fallen, die also in den Bereich der Zusatzversicherung gehören.

Wir bitten Sie, hier der Minderheit zu folgen – eine Minderheit, die eigentlich das Gleiche will, was der Ständerat anstrebt.

Dormond Béguelin Marlyse (S, VD): Monsieur Borer, ne trouvez-vous pas quand même un peu choquant que cette proposition soit défendue par Madame Humbel Näf, qui est collaboratrice de Santésuisse? Vous venez de prendre sa défense: vous êtes vous-même très impliqué dans un groupe d'assureurs. La proposition de la minorité Humbel Näf revient à court-circuiter les planifications sanitaires des cantons et à réintroduire des frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins par le biais de conventions que les assureurs pourraient conclure. Ne trouvez-vous pas cela un peu choquant, alors que Santésuisse dit que son souci principal est précisément la maîtrise des coûts?

Borer Roland F. (V, SO): Es stellt sich hier nicht die Frage, ob man hier die Meinung von Santésuisse oder einer anderen Organisation vertritt, sondern es stellt sich folgende Frage: Wollen wir in Zukunft medizinische Leistungen nach dem System Planwirtschaft mit Leistungsbeschränkungen, mit Verzögerungen im zeitlichen Ablauf oder wollen wir ein System, das nach Wettbewerbsgrundsätzen geführt wird, mit einer straffen Preis-Leistungs-Kontrolle? Wir neigen zum Zweiten, weil wir der Meinung sind, dass für alle Versicherten und im Speziellen für Patienten, d. h. jene Versicherte, die Leistungen benötigen, die Lösung, wie sie hier die Minderheit vorschlägt, besser ist als die Planwirtschaft, die schliesslich zur Rationierung führen wird.

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

Rossini Stéphane (S, VS): J'aimerais rappeler à Monsieur Borer que nous venons de décider entre un système basé sur la concurrence et un système basé sur la planification, dans ce projet de loi. Nous avons décidé d'avoir une planification, avec des critères définis par la Confédération. Le choix de notre conseil est assez clair et il est totalement incohérent aujourd'hui d'accepter une telle proposition! On ne peut pas continuer d'être en parfaite contradiction avec l'option qu'on a retenue par rapport au choix du système de santé.

Je l'ai dit lors du débat d'entrée en matière: il y a eu beaucoup de sous-entendus et beaucoup de non-dits dans cette affaire. Si on veut un système basé sur la concurrence, alors on le fait, et on le soumet au vote, et si on l'emporte, on a un système basé sur la concurrence! Mais le choix de la planification a déjà été fait. C'est pourquoi il est totalement incohérent de dire, d'un côté, que les cantons doivent établir une planification et une liste exhaustive et, de l'autre côté, que les assureurs pourront contourner cette planification! Il faudrait alors procéder à une autre révision et choisir un autre système, si l'on veut véritablement une concurrence totale.

Qu'a fait la commission? Elle a institué une sous-commission pour travailler sur les questions relatives à la concurrence totale – j'insiste sur ce terme, car c'est celui qui a été utilisé. C'est un signal clair, mais qui ne correspond pas à ce que nous avons décidé tout à l'heure, avec le choix des planifications cantonales et des critères fixés par la Confédération.

Alors soyons cohérents! On ne peut pas donner ainsi des sucres politiques, faire du "Heimatschutz" pour les cliniques privées, tout en contournant la volonté de planification! Il faut savoir ce que l'on veut et il n'est pas cohérent de contourner la planification, avec la possibilité donnée aux assureurs de contracter avec des



hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste. Mettez-vous à la place des cantons, comment vont-ils pouvoir travailler? A quoi sert-il alors d'établir une liste? On sait que c'est une tâche difficile et un choix délicat, qui peut aussi s'avérer politiquement dangereux. Il faut en effet gérer des intérêts régionaux et des intérêts liés à la santé publique et si l'on dit à la fin du processus que la liste qui a été établie sera contournée par les assureurs, alors ce n'est pas crédible. Si l'on veut un autre système, alors on doit le faire ici! Mais alors, on doit voter en faveur d'une autre majorité si l'on veut une concurrence totale. On ne doit pas dire que l'on veut une planification et ensuite, par la bande, "casser" la liste qui est établie par les cantons. Ce n'est pas crédible et ce n'est surtout pas cohérent par rapport aux cantons, qui se retrouveront dans une situation intenable.

Ruey Claude (RL, VD): Monsieur Rossini, vous avez déclaré que, lors du débat d'entrée en matière, tout le monde a dit que nous voulions renoncer à la concurrence pour faire de la planification. N'avez-vous pas compris que, dans les débats de la commission, comme ici, nous voulions plus de concurrence? Mais, pour des raisons de faisabilité politique et d'adaptabilité, nous allons pas à pas dans ce sens. Dès lors, ne voyez-vous pas qu'il y a une certaine logique à faire un pas qui ne touche pas le financement des cantons, puisque les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière ne seraient pas financés par eux?

Rossini Stéphane (S, VS): Tout à fait: avec cette décision, nous faisons un pas, mais le pas qui serait fait en adoptant l'alinéa 4 serait incohérent par rapport à celui que nous avons fait. Pour aller dans votre sens, nous aurions alors dû faire un autre pas, qui favoriserait la concurrence, sans planification hospitalière cantonale. Aujourd'hui, nous faisons un pas qui encourage les planifications précitées et un autre qui inscrit dans la loi les critères que la Confédération doit faire respecter. Je trouve qu'il est totalement incohérent de permettre de contourner la planification hospitalière.

Fasel Hugo (G, FR): Der Antrag der Minderheit, der zur Diskussion steht, würde das schweizerische Spitalwesen völlig auf den Kopf stellen. Jede zurückhaltendere Art der Formulierung wäre unpassend. Wenn wir diesem Minderheitsantrag zustimmen, hebeln wir die Spitalplanung der Kantone völlig aus. Die Kontrolle der Kantone über die Spitäler würde schrittweise, relativ schnell und umfassend verlorengehen.

Ich bin eigentlich erstaunt, welche Personen diesen Antrag unterstützen. Wenn ich bedenke, wer von privater Seite überhaupt zusätzlich Spitäler und stationäre Leistungen anbieten möchte, stelle ich fest, dass solche Angebote immer und ausschliesslich auf die Agglomerationen bezogen sind. Dort hat man genügend Patientinnen und Patienten. Ich denke beispielsweise an den Kanton Freiburg, wo sich die SVP mit Vehemenz für Regionalspitäler eingesetzt hat. Ich denke, dass gerade diese regionalpolitisch wichtigen Spitäler geschlossen würden oder dass sie reine Staatsunternehmen würden. Vielleicht müssten sie, wenn sie heute teilprivat sind, von den Kantonen sogar für teures Geld übernommen werden.

So viel Inkohärenz, so viel Tagespolitik habe ich noch selten erlebt! Ich bitte Sie deshalb, diesen gravierenden Minderheitsantrag, der das Spitalwesen Schweiz aushebeln und auf den Kopf stellen würde, konsequent abzulehnen.

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

AB 2007 N 458 / BO 2007 N 458

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: J'ai l'impression qu'on ne parle pas du même pays. A la fin de ces délibérations, même si cette proposition de minorité est admise, même si la loi est admise, il y aura des gens qui auront le droit d'aller se faire traiter dans des hôpitaux privés; ils paieront à travers leur assurance complémentaire la totalité des factures de l'hôpital privé. Et personne n'ose prétendre que c'est une atteinte dramatique à la planification, que ça va renverser tout le système et que c'est quelque chose d'inadmissible. Cela restera: il y aura des gens qui auront une assurance privée et qui iront dans des hôpitaux privés.

La seule question qui se pose est de savoir s'il est juste que ces gens, qui ont une assurance complémentaire privée, ne reçoivent pas la totalité des prestations hospitalières. En effet, ils paient des impôts et ils paient l'assurance obligatoire. Assez justement le Tribunal fédéral a dit que, même s'ils vont dans un hôpital privé, ils doivent recevoir la part payée par l'assurance obligatoire à laquelle ils paient des primes. Ces gens-là paient des primes et, s'ils vont dans un hôpital conventionné, ils recevront seulement la part obligatoire pour laquelle ils ont payé. S'ils allaient dans un hôpital public, ils la recevraient aussi. Par contre, le canton ne paie rien.

Tous ceux qui ont le souci des finances publiques – on a parlé tout à l'heure du problème du canton de



Thurgovie et d'autres qui craignent que leur participation ne croisse trop rapidement – devraient hurler de plaisir face à cette proposition, parce qu'elle soulage les cantons qui ne paieront pas leur part pour ce type de patients. L'assurance de base paie les 45 pour cent, puisqu'on a décidé une répartition de 55 pour cent pour les cantons et de 45 pour cent pour l'assurance, et les 55 pour cent restants sont payés par l'assurance complémentaire, c'est-à-dire par la personne qui fait un effort supplémentaire. Cela soulage les cantons.

L'assurance complémentaire n'est pas quelque chose qui est en train de se développer de manière extraordinaire. Les primes de l'assurance de base sont malheureusement suffisamment élevées pour qu'il y ait de moins en moins de gens qui prennent une assurance complémentaire complète. Il y a beaucoup de gens qui concluent de petites assurances complémentaires. D'ailleurs, la majorité des gens a probablement une assurance complémentaire. Si vous prenez l'assurance complémentaire pour les médecines alternatives, son coût s'élève, je crois, à 5 francs par mois; ce n'est vraiment pas quelque chose de décisif.

Ici, cela vise seulement les gens qui ont conclu une assurance complémentaire pour avoir le droit d'aller dans les hôpitaux conventionnés qui ne figurent pas sur la liste hospitalière. C'est une assurance qui sera chère, qui libérera les cantons, mais qui sera relativement rare. Alors, prétendre que la planification est mise en cause, c'est vraiment dépasser le bon sens. Il n'y aura que quelques personnes qui pourront et qui auront envie de payer ces primes. C'est un soulagement pour les cantons et pour les pouvoirs publics, qui auront plus de moyens pour subventionner l'assurance de base ou augmenter leur part du financement hospitalier.

Le Conseil fédéral a toujours été de l'avis que la minorité Humbel Näf correspondait à la décision du Tribunal fédéral – qui date de quelques années – et qu'elle était équitable puisque l'assurance de base était obligatoire. On reçoit ce montant, que l'on aille dans un hôpital qui est sur la liste ou dans un hôpital conventionné. Par contre, les cantons ne paient leur part que pour les hôpitaux qui figurent sur la liste. C'est au fond un effort supplémentaire que font certaines personnes, qui rend service à tout le monde, y compris aux cantons. Elles ne sont d'ailleurs pas si nombreuses et cela ne met pas en péril la planification.

De toute façon, je le répète, vous n'interdisez pas aux gens d'avoir des assurances complémentaires qui leur permettent d'aller dans un hôpital conventionné. Le seul problème est de savoir si, quand ils vont dans un hôpital conventionné, l'assurance de base paie les 45 pour cent pour lesquels ils sont obligatoirement assurés, ou non.

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Il résulte clairement de la décision de la commission et de sa conception de la planification que les hôpitaux privés qui ne figurent pas sur la liste hospitalière n'ont pas droit à des conditions particulières de rémunération. La proposition de la minorité Humbel Näf apparaît donc manifestement comme une tentative d'éviter les clivages et les contestations qui en résultent. Mais, comme l'ont rappelé Messieurs Rossini et Fasel avec une égale conviction, ce geste de sympathie est de fait un court-circuitage de la planification qui est apparu comme peu cohérent. En fait, cela encourage de façon larvée le maintien de surcapacités.

Même si c'est de l'assurance obligatoire des soins qu'il s'agit, les patients ne bénéficieront pas d'une participation cantonale. Ils devront donc payer le complément soit de leur poche, soit par le biais de leur assurance complémentaire.

La commission, qui a pris sa décision par 12 voix contre 9 et 3 abstentions, vous prie donc de biffer l'alinéa 4.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.061/4135)

Für den Antrag der Minderheit 102 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit 69 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 50; 51 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 50; 51 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté





Art. 53

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1 bis 3, 51, 54, 55 und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Abs. 2

Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG) und dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

- a. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur soweit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- b. Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- c. Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt das Bundesverwaltungsgericht eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- d. Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.
- e. In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach Artikel 39 ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.

Antrag der Minderheit

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

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Wehrli

Abs. 2 Bst. e

Streichen

AB 2007 N 459 / BO 2007 N 459

Art. 53

Proposition de la majorité

Al. 1

Les décisions de gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46 alinéa 4, 47, 48 alinéas 1 à 3, 51, 54, 55 et 55a peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

Al. 2

La procédure de recours est régie par la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF) et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). Sont réservées les exceptions suivantes:

- a. aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de l'acte attaqué; toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les articles 22a et 53 PA ne s'appliquent pas;
- c. le délai fixé par le Tribunal administratif fédéral pour le dépôt d'une détermination est de 30 jours au plus; ce délai ne peut être prolongé;
- d. un échange ultérieur d'écritures selon l'article 57 alinéa 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'article 39.

Proposition de la minorité

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

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Wehrli

Al. 2 let. e

Biffer



Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich kann Ihnen mitteilen, dass der Antrag der Minderheit Rechsteiner Paul zurückgezogen wurde.

Wehrli Reto (C, SZ): Es geht hier um die Frage der Kognition, also um die Frage, in welchem Umfang ein Entscheid einer Kantonsregierung zum Erlass der Spitalliste angefochten werden kann. Sowohl der Ständerat als auch unsere Kommission haben diese Möglichkeit durch Buchstabe e in Artikel 53 Absatz 2 eingeschränkt. Das ist meines Erachtens nicht richtig.

Bei der ganzen Vorlage geht es um eine grundsätzliche Reform des Spitalsystems Schweiz. Ziel ist eine Spitalplanung auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit mehr Wahlfreiheit für den Patienten. Dieser soll im Mittelpunkt stehen. Gemäss Gesundheitsbarometer verlangen die Patienten seit zehn Jahren mit überwältigendem Konsens Qualität und Wahlfreiheit. Dieser Konsens bedarf eines Massnahmenpaketes. Bereits beschlossen haben wir schweizweit geltende, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierende Planungskriterien, Betriebsvergleiche zur Qualität und Wirtschaftlichkeit und Fallpauschalen, die nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsnachweisen berechnet werden. Diese Grundsätze nützen nichts, wenn sie nicht durchgesetzt werden. Dazu ist ein rechtsstaatliches Verfahren nötig, und das bedeutet, dass die Gerichte die volle Kognition, d. h. die Überprüfungsmöglichkeit in vollem Umfang, erhalten müssen.

Die Kantone bekämpfen dies. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) fordert eine weitestgehende Autonomie der Kantone bei der Spitalplanung. Allerdings sind die Kantone, die diese Auswahl treffen, selbst Eigentümer von Spitälern und daher am Ausgang des Auswahlverfahrens direkt interessiert. Es ist deshalb naheliegend, dass die Kantone dabei ihren Ermessensspielraum so weit wie möglich ausschöpfen und auch protektionistische, d. h. regionale und politische Ziele statt Patientenziele verfolgen werden. Allein im letzten Jahr wurde dies von der Dissertation Biersack der Universität Basel, einer OECD-Studie und dem Jahresbericht der Kommission für Konjunkturfragen kritisiert. All diesen Experten ist klar, dass wir eine Barriere gegen Missbrauch brauchen. Diese Barriere kann nicht in der alle vier Jahre bestehenden Möglichkeit der Abwahl des Sanitätsdirektors liegen. Das ist eine zu durchsichtige Ausrede, um sich ja nicht mit den Kantonen anzulegen. Richtig hingegen ist, wie in anderen Bereichen auch, dass die Barriere gegen Missbrauch im Rechtsstaat begründet wird. Wie wichtig das ist, zeigt der Fall Sanitas in Zürich. Hier wurde die Zulassung einem Spital verweigert, das sogar gemäss seinen Konkurrenten eine qualitativ führende Arbeit geleistet hat. Die Entscheidkriterien und vor allem deren Anwendung wurden auch vom kantonalen Gericht in der Vorprüfung als heikel taxiert. Dieser Fall zeigt, dass die Überprüfungsbefugnis bei derartigen Entscheiden nicht eingeschränkt werden darf.

In diesem Sinne ist Artikel 53 Absatz 2 Buchstabe e sehr wichtig. Ihm kommt eine Scharnierfunktion zu. Er sichert, dass die neuen Planungskriterien keine Papiertiger bleiben, sondern in der Realität umgesetzt werden. Zu einer Verzögerung wird es dabei nicht kommen. Im Gegenteil: Dank klaren, schweizweit anwendbaren Planungskriterien, der Publikation von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsberichten und der Entpolitisierung des Beschwerdezugs hin zum Bundesverwaltungsgericht werden die Verfahren rascher und transparenter. Kurz: Die Streichung von Buchstabe e ist ein integraler und zentraler Bestandteil des Reformpakets hin zu Qualität und Wahlfreiheit im Spitalbereich.

Ich beantrage Ihnen deshalb die Streichung von Absatz 2 Litera e.

Stamm Luzi (V, AG): Kollege Wehrli beantragt, dass das Gewicht der Gerichte vergrössert wird. Die Gerichte sollen mehr Macht bekommen. Damit stehen wir vor zwei ausserordentlich unangenehmen Alternativen. Die eine Alternative ist, dass das Gewicht bei den Kantonen ist, die andere, dass die Gerichte mehr Gewicht erhalten.

Zu den Kantonen: Bekanntlich haben die Kantone bei der Planung das Sagen; die Kantone sind die Betreiber, das heisst, sie sind die Leistungserbringer; die Kantone sind die Tarifsetzer; und die Kantone sind die Richter, die Schiedsrichter. Das ist ein gefährliches System, das ist ein Übel.

Wenn wir dem Antrag Wehrli zustimmen, sagen wir: Die Gerichte können da mehr hineinfunkeln, sie können mehr überprüfen. Damit sind wir beim zweiten Übel: dass die Gerichte jeweils ausserordentlich lange Verfahren haben und dass sie hier in politische Entscheide einzugreifen drohen.

Also, die Entscheidung ist schwierig. Ich wurde als Jurist ans Rednerpult geschickt, weil es um eine juristische Frage, um die Rechtsmittel, geht. Aber ich glaube, die Einschätzung der Gesundheitsspezialisten der SVP ist richtig: Wir müssen in diesem Falle die Gerichte haben, und wir müssen sie stärken. Es kann nicht angehen, dass der Planer, der Betreiber, der Tarifsetzer auch noch zu stark den Richter spielt.

Deshalb beantragt Ihnen die SVP-Fraktion, dem Antrag Wehrli zuzustimmen und den Gerichten hier in diesem speziellen Punkt etwas mehr Macht zu geben, damit sie überprüfen können.



Rechsteiner Paul (S, SG): Ich muss Ihnen beantragen, den Einzelantrag Wehrli abzulehnen.

Sie haben von der Präsidentin gehört, dass der Minderheitsantrag – Zustimmung zum Beschluss des Ständerates – zurückgezogen worden ist. Ich habe diesen zurückgezogen, nachdem die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) sich des Kompromisses halber mit der Fassung der Mehrheit der Kommission einverstanden erklärt hat. Diese Fassung der Kommissionsmehrheit bringt bereits eine Ausweitung des Beschwerderechtes gegenüber der Fassung des Ständerates mit sich, indem auch die Tatsachenüberprüfung bis zu einem gewissen Grade über die Rüge der Bundesrechtsverletzung hinaus möglich wird. Da sich die Kantone damit einverstanden erklärt haben, habe ich keinen Grund mehr gesehen, den Antrag der Minderheit aufrechtzuerhalten.

Im Gegenzug aber würde das, was Herr Wehrli beantragt, das System der Steuerung des Gesundheitswesens im

AB 2007 N 460 / BO 2007 N 460

stationären Bereich vollständig sprengen; das ergäbe einen totalen Systemwechsel gegenüber heute. Wenn die Betreiber von privaten Einrichtungen in Zukunft die Entscheide der Kantone anfechten könnten, auch in Bezug auf Ermessensentscheide, dann wäre die kantonale Planung im Spitalbereich innert vernünftiger Grenzen nicht mehr möglich. Die kantonale Planung stünde dann immer unter dem Vorbehalt eines Rechtsmittels; das nicht nur im Bereich der reinen Rechtsanwendung, sondern auch darüber hinaus im Bereich der Ermessensbetätigung. Die Planung selber ist ja nichts anderes als eine Ermessensbetätigung. Diese wird von den Kantonen mit Blick auf die im Kanton notwendige Gesundheitsversorgung unternommen. Wer soll das besser beurteilen können als die kantonalen Behörden selber, die die Parameter kennen und diese anwenden müssen? Wie sollen die Kosten im Gesundheitswesen irgendwie in Grenzen gehalten werden können, wenn alle diese Planungsentscheide am Schluss aufgrund von Ermessensverletzungen wieder angefochten werden könnten? In diesem Sinne handelt es sich beim Antrag Wehrli um einen systemsprengenden Antrag, der im Effekt die Spitalplanung aushebeln würde.

Es handelt sich in diesem Sinne nicht um einen juristischen Entscheid, Herr Stamm, sondern – mit Blick auf die Zielsetzung dieser Vorlage – um einen hochpolitischen Entscheid.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'avis que, dans un cas comme celui-là, on ne peut pas soutenir la proposition Wehrli, mais qu'il faut soutenir la proposition de la majorité.

Il s'agit d'un problème de droit. On ne peut pas l'imaginer: dans un système démocratique, lorsque les exécutifs cantonaux, qui sont élus démocratiquement – ou les Grands Conseils, si les cantons ont prévu que la planification doit leur être soumise – ont pris leur décision démocratiquement; lorsqu'on a fixé, dans la loi qu'on vient d'approuver, toute une série de critères dont on doit tenir compte; lorsque la planification a été faite; à la fin de toute cette procédure, les tribunaux auraient le droit de décider en opportunité, c'est-à-dire en fonction de critères politiques? C'est incroyable! Et je voudrais dire à Monsieur Stamm que j'ai été peiné pour lui parce que, comme juriste, tout le conduisait à dire que ce n'était pas possible. Il a terminé en disant: "Néanmoins, les spécialistes de la politique sanitaire, dans mon groupe, m'incitent à vous demander, malgré tout cela, de soutenir la proposition Wehrli."

Qu'est-ce que ça veut dire? Cela veut dire, tout simplement, qu'on tord le droit en fonction d'intérêts, et on voit bien que la logique juridique est de ne pas ouvrir cette voie de droit au tribunal. Mais on se dit qu'après tout, peut-être que le tribunal serait tenté à certains moments de donner raison à tel ou tel partenaire du marché parce que l'opportunité se présenterait à lui de le soutenir. Et alors, on "tord" le droit pour ça? Cela ne va pas! On est dans un Etat de droit, lequel ne peut pas imaginer que le juge revienne sur une décision prise par les autorités démocratiquement élues – le Conseil d'Etat, le Grand Conseil – et décide en opportunité.

Bien sûr que les tribunaux doivent prendre en compte un grief fondé sur l'arbitraire, c'est tout à fait clair. Les tribunaux peuvent même revoir des faits et constater que tel ou tel aspect n'a pas été pris en compte et renvoyer la décision, ou prendre d'autres mesures semblables. Mais, lorsque les faits sont établis, lorsque la décision a été prise démocratiquement, il ne me paraît pas possible de confier aux tribunaux le soin de décider si la planification est juste ou fautive. A la capitale, puis ensuite à Saint-Gall, on déciderait en opportunité: "Non, cet hôpital, on aurait dû le garder sur la liste; on n'a pas d'explications à vous donner, on juge simplement opportun de le garder, tandis que celui-là devrait être exclu." Ce n'est pas possible! On ne peut pas, dans un Etat de droit, accepter cette solution. Monsieur Wehrli, je pense que ce n'est pas possible.

Il faut dire non à la proposition Wehrli au nom du droit, au nom de la sécurité juridique, au nom de l'ordre démocratique!

Guisan Yves (RL, VD), pour la commission: Le texte de la proposition de la majorité de la commission que



vous avez sous les yeux est celui de l'administration. La commission a pris connaissance des motifs qui l'ont amenée à revoir le texte du Conseil des Etats, manifestement trop restrictif. En particulier, il s'est agi d'adapter ces dispositions au nouveau droit administratif qui est entré en vigueur. La procédure se voit ainsi considérablement raccourcie, grâce aux dispositions qui figurent à l'article 53 lettres a-d.

De plus, les recours ne peuvent plus porter sur des motifs d'opportunité, selon la disposition qui figure à la lettre e. Cela a donné lieu à une vive discussion juridique au sein de la commission à propos de la portée du principe d'opportunité en matière de planification hospitalière, par opposition à la liberté du commerce et de l'industrie que certains auraient souhaité voir figurer dans la loi. Il est apparu hors de question de faire figurer dans une loi une disposition bannissant toute possibilité de recours en invoquant la liberté de commerce et d'industrie, étant donné qu'il s'agit d'un principe constitutionnel. Toutefois, elle peut être considérablement réduite, voire inappropriée lorsque l'intérêt public est en jeu.

Il n'en demeure pas moins que la possibilité de recours contre la planification hospitalière des cantons doit rester ouverte, mais elle doit se limiter à des questions qui relèvent des critères de planification ou de procédure. En biffant la lettre e, on rétablit le principe d'opportunité, ce qui empêche la planification de se poursuivre normalement, parce qu'elle va s'empêtrer dans de multiples recours sans fin. En plus, on transfère, comme l'a rappelé Monsieur le conseiller fédéral, aux tribunaux les compétences des cantons, qui vont remettre en question des décisions prises démocratiquement.

C'est pourquoi la commission vous prie, par 16 voix contre 9, de suivre la majorité, c'est-à-dire de souscrire au texte révisé par l'administration.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 101 Stimmen

Für den Antrag Wehrli 61 Stimmen

Art. 64 Abs. 1; 66b; 66c; 79a; 84a Abs. 1 Bst. f; 104a Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 64 al. 1; 66b; 66c; 79a; 84a al. 1 let. f; 104a al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Damit haben wir Ziffer I durchberaten. Wir werden den Schluss dieser Vorlage morgen bereinigen, sobald der Ständerat die Geschäfte erledigt hat, die das EDI und Herrn Bundesrat Couchepin betreffen.

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr

La séance est levée à 13 h 05