

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

Verhandlungen

Délibérations

Deliberazioni

**Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären
Behandlungen**

Participations cantonales au financement des traitements hospitaliers

Contributi cantonali al finanziamento delle cure ospedaliere



VH 02. 402

Verantwortlich für diese Ausgabe:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Ernst Frischknecht
Tel 031 322 97 31

Responsable de cette édition:

Services du Parlement
Centrale de documentation
Ernst Frischknecht
Tél. 031 322 97 31

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

S'obtient aux :

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

Inhaltsverzeichnis / Table des matières

Seite - Page

1.	Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations		I
2.	Rednerlisten - Listes des orateurs		III
3.	Zusammenfassung der Verhandlungen Condensé des délibérations		V VII
4.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Ständerat - Conseil des Etats	21.03.2002	1
	Nationalrat - Conseil national	06.06.2002	8
	Ständerat - Conseil des Etats	11.06.2002	21
	Nationalrat - Conseil national	11.06.2002	22
5.	Schlussabstimmungen / Votations finales		
	Ständerat - Conseil des Etats	21.06.2002	23
	Nationalrat - Conseil national	21.06.2002	24
6.	Namentliche Abstimmungen / Votes nominatifs		25
7.	Bundesgesetz vom	21.06.2002	27
	Loi fédérale du	21.06.2002	29
	Legge federale del	21.06.2002	31

1. Uebersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations

<p>02.402 s Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR. Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen (13.02.2002) Gestützt auf Artikel 21quater Absatz 3 des Geschäftsverkehrsgesetzes reicht die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates eine Parlamentarische Initiative in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfes betreffend die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ein. (Der Text des Entwurfes ist beim Sekretariat der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit erhältlich.) <i>NR/SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit</i> Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung 21.03.2002 Ständerat. Beschluss gemäss Entwurf der Kommission. 06.06.2002 Nationalrat. Zustimmung. 11.06.2002 Ständerat. Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen. 11.06.2002 Nationalrat. Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen. 21.06.2002 Ständerat. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. 21.06.2002 Nationalrat. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.</p>	<p>02.402 é Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE. Adaptation des participations cantonales au financement des traitements hospitaliers (13.02.2002) Conformément à l'article 21quater alinéa 3 de la loi sur les rapports entre les conseils, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national soumet, sous la forme d'un projet rédigé de toutes pièces, une initiative parlementaire concernant l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie. (Le texte de ce projet est disponible au secrétariat des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique.) <i>CN/CE Commission de la sécurité sociale et de la santé publique</i> Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie 21.03.2002 Conseil des Etats. Décision conforme au projet de la Commission. 06.06.2002 Conseil national. Adhésion. 11.06.2002 Conseil des Etats. La clause d'urgence est adoptée. 11.06.2002 Conseil national. La clause d'urgence est adoptée. 21.06.2002 Conseil des Etats. La loi est adoptée en votation finale. 21.06.2002 Conseil national. La loi est adoptée en votation finale.</p>
---	--

2. Rednerliste - Liste des orateurs

Nationalrat - Conseil national

Baumann-Bieri Stephanie (S, BE)	14
Borer Roland (V, SO)	12
Bortoluzzi Toni (V, ZH)	16
Cavalli Francesco (S, TI)	11, 13
Dreifuss Ruth, conseillère fédérale	17, 18, 20
Fasel Hugo (G, FR)	13
Fattebert Jean (V, VD), pour la commission	9, 16, 20
Gross Jost (S, TG)	15, 19
Guisan Yves (R, VD)	10
Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission	8, 16, 19
Pelli Fulvio (R, TI)	14
Raggenbass Hansueli (C, TG)	19
Rossini Stéphane (S, VS)	16
Ruey Claude (L, VD)	12,13,18
Waber Christian (EDU, BE)	11
Widrig Hans-Werner (C, SG)	15
Zäch Guido (C, AG)	10

Ständerat - Conseil des Etats

Brändli Christoffel (V, GR)	4, 6
Briner , Peter (R, SH)	5
Dreifuss Ruth, conseillère fédérale	6
Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission	1, 5, 7, 21
Stähelin Philippe (C, TG)	2
Studer Jean (S, NE)	4

02.402 Pa.lv. SGK-SR. Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR): 13.02.2002 (BBI 2002 4365)

Ausgangslage

Die in den Spitälern erbrachten Leistungen werden durch mehrere Quellen finanziert. Das im Jahre 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen hat (Art. 49 Abs. 1). Die Zusatzversicherung entschädigt die Spitäler für ihre zusätzlichen Aufwendungen beim Aufenthalt einer versicherten Person in der Halbprivat- und Privatabteilung, für deren Betreuung durch den Chefarzt sowie für die Gewährleistung der freien Arztwahl. Die restlichen Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler inkl. deren Investitionskosten werden durch den Kanton oder gegebenenfalls durch die Gemeinde getragen.

Nach dem Inkrafttreten des KVG war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten zu interpretieren sei. Die Kantone stellten sich auf den Standpunkt, dass ihre Beitragspflicht nur für allgemein versicherte Patientinnen und Patienten gelte, während die Versicherer von den Kantonen auch einen Sockelbeitrag für Zusatzversicherte forderten.

Am 16. und 19. Dezember 1997 urteilte das Eidgenössische Versicherungsgericht erstmals über die Beitragspflicht der Kantone in diesem Bereich. Es entschied, dass bei medizinisch bedingtem ausserkantonalem Spitalaufenthalt die Beitragspflicht des Kantons besteht, und zwar unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, in welcher sich die versicherte Person tatsächlich aufgehalten hat. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Beitragspflicht des Kantons bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung. Mit Vereinbarung vom 7. Juli 1998 wurde zwischen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und dem vormaligen Konkordat der Krankenversicherer (KSK, neu santésuisse) die Beitragspflicht der Kantone an die ausserkantonale Behandlung zusatzversicherter Personen geregelt. In diesem Rahmen hat sich das KSK verpflichtet, dass die Krankenversicherer mit Blick auf eine definitive Regelung auf Beschwerden in Bezug auf Beiträge an die innerkantonale Behandlung zusatzversicherter Personen verzichten. Die Geltung dieses sogenannten Stillhalteabkommens war grundsätzlich bis zum Inkrafttreten der revidierten massgebenden Bestimmung des KVG vorgesehen – längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2000, mit der Möglichkeit, es um ein weiteres Jahr zu verlängern.

Am 18. September 2000 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG. Unter Bezugnahme auf die Entscheide des EVG schlug der Bundesrat eine je hälftig durch obligatorische Krankenpflegeversicherung und Wohnsitzkanton getragene Finanzierung der Leistungen bei Spitalaufenthalt vor, sofern das in Frage stehende Spital der Planung des Wohnsitzkantons der versicherten Person entspricht.

In der Folge waren die Krankenversicherer nicht zur Verlängerung des Stillhalteabkommens bereit. Als dieses Ende 2000 auslief, hatten die eidgenössischen Räte die Beratung des bundesrätlichen Vorschlags zur zweiten Teilrevision des KVG gerade erst aufgenommen.

Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) am 30. November 2001 in seinem Urteil bezüglich Beitragspflicht der Kantone an die Sockelbeiträge der Zusatzversicherten auch bei innerkantonalem Spitalaufenthalt klar zugunsten der Versicherungen entschieden hatte und sich die Vertragsparteien weiterhin nicht auf eine Übergangsregelung einigen konnten, lud die Kommission die Vertragspartner erneut zu einem Hearing ein. In Anbetracht dessen, dass die Partner eine Einigung ausschlossen, kam sie zum Schluss, dass der Bundesgesetzgeber eingreifen müsse, um für die Zeit bis zum Inkrafttreten der 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) eine klare Rechtslage zu schaffen. Die Aushandlung einer Pauschallösung für das Jahr 2001 überliess sie den Vertragsparteien.

Weil bis anhin die Kosten bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in einer Privat- oder Halbprivatabteilung, mit Ausnahme des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entrichteten Sockelbetrags, von der Zusatzversicherung getragen worden sind, hat der EVG-Entscheid vom 30. November 2001 eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherung zur Folge. Für die kantonalen Finanzhaushalte ist die Mehrbelastung, welche bei sofortiger und vollständiger Umsetzung des EVG-Entscheids auf schätzungsweise mindestens 700 Millionen bis etwas weniger als eine Milliarde Franken pro Jahr zu veranschlagen ist, äusserst problematisch. Diese

zusätzlichen Kantonsbeiträge sind zumeist nicht budgetiert und in den Finanzplänen nicht aufgeführt. Die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ist daher der Ansicht, dass eine abgedämpfte Mitfinanzierungsvariante im Sinne einer Übergangsregelung bis zu einem Inkrafttreten des revidierten KVG gefunden werden muss.

Gemäss Vorschlag der Kommission beteiligen sich deshalb die Kantone mit folgenden Beiträgen an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern:

- ab dem 1. Januar 2002 mit 60 Prozent
- ab dem 1. Januar 2003 mit 80 Prozent und
- ab dem 1. Januar 2004 mit 100 Prozent der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals.

Gemäss diesen Tarifen beträgt der volle Betrag 2004 500 Millionen Franken. Das Bundesgesetz ist bis Ende 2004 befristet, da damit gerechnet wird, dass das revidierte Krankenversicherungsgesetz mit einer definitiven Regelung dieser Frage 2005 in Kraft treten kann. Für das Jahr 2001 einigten sich Kantone und Krankenkassen freiwillig auf 250 Millionen Franken.

Verhandlungen

21.03.2002	SR	Beschluss gemäss Entwurf der Kommission.
06.06.2002	NR	Zustimmung.
11.06.2002	SR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
11.06.2002	NR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
21.06.2002	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (40:0)
21.06.2002	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (189:0)

Im **Ständerat** konnte Kommissionspräsident Bruno Frick (C, SZ) mit Befriedigung feststellen, dass der Durchbruch geschafft sei und dass Krankenversicherer und Kantone die von der Kommission vorgeschlagene Lösung akzeptieren. Die kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen sind für diese Übergangszeit an die Tarife und nicht an die schwer definierbaren anrechenbaren Kosten geknüpft. Dies schafft Klarheit bei den von den Kantonen zu tragenden Kosten. Durch die Staffelung der Beiträge - 300 Millionen im Jahr 2002, 400 Millionen für 2003 und 500 Millionen Franken für 2004 - werde die Lösung für die Kantone tragbar und berechenbar. Zudem liege der Betrag von 500 Millionen Franken noch immer um 200 Millionen Franken tiefer als die anrechenbaren Kosten. Auch Bundesrätin Ruth Dreifuss zeigte sich froh, dass eine Einigung zwischen allen Beteiligten gefunden werden konnte. Wenig Freude über die Situation war von Seiten der Ständeräte zu spüren. Ohne Begeisterung stimmte der Rat der Vorlage gemäss Kommissionsvorschlag mit 35 zu null Stimmen zu.

Im **Nationalrat** beantragte die vorberatende Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, für die Beitragsberechnung nicht nur wie der Ständerat die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zu berücksichtigen. Auch die Privatspitäler, die auf den Spitalisten der Kantone aufgeführt sind, sollten in die Rechnung eingeschlossen werden. Die Ständeratsversion würde eine Ungleichbehandlung der Zusatzversicherten bedeuten, erklärte die deutschsprachige Kommissionssprecherin Trix Heberlein (R, ZH). Stephanie Baumann (S, BE) entgegnete, dass aufgrund des Antrags der Kommissionsmehrheit die Kantone mit zusätzlich 200 bis 300 Millionen Franken pro Jahr belastet würden. Im Gegenzug würden die Privatversicherungen entlastet, ohne dass die Versicherten davon profitierten. Was die Kommission vorschlage, sei eine faktische Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ergänzte Jost Gross (S, TG). Das KVG sehe eindeutig vor, dass die Kantone Beiträge nur an öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler leisteten. Der Nationalrat lehnte den Antrag seiner Kommission betreffend Berücksichtigung der Privatspitäler mit 101 zu 64 Stimmen ab und übernahm damit die Version des Ständerates. Auf Antrag von Hansuelli Raggenbass (C, TG) beschloss der Rat, wie zuvor die Kleine Kammer, das Gesetz als dringlich zu erklären. Der Nationalrat stimmte sodann dem Gesetz mit 125 zu null Stimmen zu.

Ständerat und **Nationalrat** stimmten der Dringlichkeitsklausel mit dem nötigen qualifizierten Mehr zu (39 zu null Stimmen, bzw. 157 zu 7 Stimmen). Damit wurde das Gesetz nach der Schlussabstimmung dringlich und rückwirkend ab 1. Januar 2002 in Kraft gesetzt.

02.402 **Iv.pa. CSSS-CE. Adaptation des participations cantonales au financement des traitements hospitaliers**

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-CE) : 13-02-2002 (FF 2002 4062)

Situation initiale

Les prestations fournies dans les hôpitaux sont financées par plusieurs sources. La loi fédérale sur l'assurance-maladie, entrée en vigueur en 1996, prévoit que l'assurance obligatoire des soins couvre au maximum 50 pourcent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 49, al. 1). L'assurance complémentaire rémunère les hôpitaux pour les frais supplémentaires occasionnés par le séjour d'un assuré en division privée ou semi-privée, pour la prise en charge par le médecin-chef ainsi que pour la garantie du libre choix du médecin. Les autres coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, y compris les frais d'investissement, sont supportés par le canton ou, éventuellement, par la commune.

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, les cantons et les assureurs-maladie se trouvèrent en désaccord sur l'interprétation à donner à l'obligation pour les cantons de contribuer ou non aux frais d'hospitalisation des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Les cantons étaient d'avis que leur devoir de contribution se limitait aux seuls assurés de base, alors que les assureurs exigeaient des cantons qu'ils versent également une contribution de base pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire.

Les 16 et 19 décembre 1997, le Tribunal fédéral des assurances a déjà rendu un premier jugement sur l'obligation pour les cantons de contribuer aux coûts dans ce domaine. Il a décidé que les cantons ont l'obligation de contribuer aux coûts du traitement hospitalier fourni dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis en dehors du canton de résidence de l'assuré lorsque ce traitement est médicalement justifié, et ce, indépendamment du type de division dans lequel l'assuré a effectivement séjourné. Le TFA ne s'est pas prononcé sur l'obligation pour le canton de contribuer aux coûts du séjour hospitalier en division privée ou semi-privée dans le canton de résidence de l'assuré.

Un accord conclu le 7 juillet 1998 entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et l'ancien Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS, aujourd'hui santésuisse) réglait l'obligation pour les cantons de contribuer aux coûts du traitement hors du canton de résidence dispensé à des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Dans ce cadre, le CAMS s'est engagé à ce que les assureurs-maladie renoncent à réclamer en justice le remboursement des contributions dues pour le traitement à l'intérieur du canton de résidence d'assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, ce dans l'optique d'un règlement définitif de la question. La validité de cette convention de «non-belligérance» devait en principe s'étendre jusqu'à l'entrée en vigueur de la disposition déterminante révisée de la LAMal, au plus tard cependant jusqu'au 31 décembre 2000, avec possibilité de prolongation d'une année.

Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral, se référant aux arrêts du TFA, a proposé que l'assurance obligatoire des soins et le canton de résidence supportent chacun, à raison de 50%, le financement des prestations fournies lors d'un séjour à l'hôpital, à condition que l'hôpital en question fasse partie de la planification du canton de résidence de la personne assurée.

Par la suite, les assureurs-maladie marquèrent leur refus de prolonger la convention de non-belligérance. A son échéance, à la fin de l'an 2000, les chambres fédérales venaient juste d'entamer les délibérations sur le projet du Conseil fédéral relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal.

Après l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) en date du 30 novembre 2001 sur la question de savoir si les cantons doivent ou non contribuer aux coûts de traitements hospitaliers dispensés aux assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, arrêt clairement favorable aux assurances, et dans la mesure où les parties contractantes ne parvenaient toujours pas à s'entendre sur un règlement transitoire, la Commission invita une nouvelle fois les partenaires à s'exprimer devant elle. Compte tenu du refus des cocontractants d'envisager un accord, la Commission en arriva à la conclusion que le législateur devait intervenir pour éclaircir la situation juridique en attendant l'entrée en vigueur de la 2^e révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle laissa aux parties contractantes le soin de négocier une solution forfaitaire pour l'année 2001, se réservant le droit de revenir sur leur décision en cas de non-accord.

Vu que jusqu'à présent les coûts du séjour hospitalier intracantonnel en division privée ou semi-privée, à l'exception du montant de base versé par l'assurance obligatoire des soins, étaient supportés par l'assurance complémentaire, l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001 implique pour les cantons une

charge financière supplémentaire et un allègement pour l'assurance complémentaire. L'application immédiate et complète de la décision du TFA occasionnerait pour les finances cantonales une charge financière supplémentaire de l'ordre d'un peu plus de 700 millions à un peu moins de 1 milliard de francs par année. Cette surcharge est extrêmement problématique, car, la plupart du temps, ces contributions cantonales supplémentaires n'ont pas été inscrites au budget ni dans les plans financiers. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats estime donc qu'il faut rechercher une variante de co-financement atténuant les effets drastiques exposés ci-dessus, au sens d'une réglementation transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée. Conformément à la proposition de la commission, les cantons participeront donc au financement des traitements hospitaliers en division privée ou semi privée dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics de la manière suivante :

- à hauteur de 60% à compter du 1^{er} janvier 2002
- à hauteur de 80% à compter du 1^{er} janvier 2003
- à hauteur de 100% des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné à compter du 1^{er} janvier 2004.

Sur la base de ces tarifs, le montant total 2004 s'élève à 500 millions de francs. La loi fédérale n'est en vigueur que jusqu'à fin 2004, étant donné que la loi sur l'assurance-maladie révisée devrait pouvoir entrer en vigueur en 2005 et comporter une clause réglant définitivement cette question. Pour l'année 2001, les cantons et les caisses-maladie se sont mis d'accord de leur plein gré sur la somme de 250 millions de francs.

Délibérations

21-03-2002	CE	Décision conforme au projet de la Commission.
0-.06-2002	CN	Adhésion.
11-06-2002	CE	La clause d'urgence est adoptée.
11-06-2002	CN	La clause d'urgence est adoptée.
21-06-2002	CE	La loi est adoptée en votation finale. (40 : 0)
21-06-2002	CN	La loi est adoptée en votation finale. (189 : 0)

Au **Conseil des Etats**, le président de la commission, Bruno Frick, a pu constater avec satisfaction qu'une issue avait été trouvée et que les assureurs maladie et les cantons avaient accepté la solution proposée par la commission. Pendant la période transitoire, les participations cantonales au financement des traitements hospitaliers seront fonction des tarifs, et non des coûts imputables, difficiles à calculer. Cela permettra de clarifier la situation relative aux coûts pris en charge par les cantons. Grâce à la progression par paliers des contributions – 300 millions en 2002, 400 millions en 2003 et 500 millions en 2004 –, les cantons peuvent financer cette solution et la programmer. Par ailleurs, le montant de 500 millions de francs est inférieur aux coûts imputables de 200 millions de francs. La conseillère fédérale Ruth Dreifuss s'est également montrée satisfaite quant au consensus qui a pu s'établir entre toutes les parties prenantes. Les conseillers aux Etats ne sont pas particulièrement réjouis de cette situation. Suivant le conseil de sa commission, les Etats ont quand même adopté le projet, par 35 voix contre 0, mais sans enthousiasme.

Au **Conseil national**, la commission de la sécurité sociale et de la santé publique a proposé de ne pas prendre en compte uniquement les hôpitaux publics et ceux bénéficiant de subventions publiques pour le calcul des contributions, contrairement à ce que préconisait le Conseil des Etats. Il convient d'y inclure également les hôpitaux privés figurant sur les listes d'hôpitaux des cantons. Le rapporteur germanophone de la commission, Trix Heberlein (R, ZH), a expliqué que la version du Conseil des Etats impliquerait que les assurances complémentaires ne soient pas traitées sur un pied d'égalité. Stephanie Baumann (S, BE) a rétorqué que la proposition de la majorité de la commission entraînerait une charge financière supplémentaire pour les cantons de l'ordre de 200 à 300 millions de francs par an, et ce au bénéfice des assureurs privés et non des assurés, qui n'en profiteraient pas. Jost Gross (S, TG) a complété en expliquant qu'une telle mesure reviendrait à modifier en substance la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), qui prévoit sans la moindre ambiguïté que les hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions publiques sont les seuls qui puissent recevoir des contributions cantonales. Par 101 voix contre 60, le Conseil national a refusé la proposition de sa commission concernant la prise en compte des hôpitaux privés, faisant ainsi sienne la version du Conseil des Etats. S'alignant sur la proposition de Hansueli Raggenbass (C, TG), le Conseil national a décidé, ainsi que l'avait fait la Chambre haute auparavant, de déclarer urgente ladite loi, avant de l'adopter, par 125 voix contre 0.

Le Conseil des Etats et le Conseil national ont approuvé la clause d'urgence à la majorité qualifiée requise (39 voix contre 0, et 157 voix contre 7). Suite au vote final, la loi a ainsi été déclarée urgente et est entrée en vigueur rétroactivement au 1^{er} janvier 2002.

in dieser Session ins Auge fasste, dürfte wohl überholt sein. Ich gehe davon aus, dass die Beratung des Geschäftes selber uns nicht mehr lange hinhalten wird, weil inzwischen die Positionen akzeptiert sind und das Geschäft unbestritten ist. Worum geht es in diesem dringlichen Bundesgesetz? Es geht um die Regelung der Frage, ob und wie viel die Kantone innerkantonal an die Spitalaufenthalte der Privat- und Halbprivatversicherten zu leisten haben. Wir haben eine für beide Seiten politisch und finanziell tragbare Lösung ohne Verlierer gefunden; Zahler gibt es, aber keine politischen Verlierer.

Lassen Sie mich kurz die Vorgeschichte rekapitulieren. Seit das Krankenversicherungsgesetz besteht, also seit rund fünf Jahren, war ein steter Diskussionspunkt zwischen Krankenversicherern und Kantonen, ob die Kantone einen Beitrag an den Spitalaufenthalt ihrer privat versicherten Kantonsangehörigen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern leisten müssen. Das Bundesgericht hat am 30. November 2001 ein Urteil gefällt. Es hat das Krankenversicherungsgesetz interpretiert und – was nicht überrascht – festgehalten, dass die Kantone an die Spitalkosten der Privatversicherten genau den gleichen Beitrag zu leisten hätten wie an die Spitalkosten der Allgemeinversicherten.

Ich gebe zu: Den Kantonen war diese Problematik bei Erlass des Krankenversicherungsgesetzes wohl nicht bewusst, wie sie auch uns nicht bewusst war. Andernfalls wäre die Opposition der Kantone wahrscheinlich heftiger ausgefallen. Aber seitdem dieser Punkt diskutiert wird, haben sich die Kommissionen des National- und Ständerates, das Bundesamt für Sozialversicherung und Frau Bundesrätin Dreifuss überzeugt erklärt, dass die Beitragspflicht der Kantone besteht.

Die Privatversicherten beteiligen sich über ihre Steuern an den Kosten der Spitäler. Die zentrale Frage ist: Warum sollen sie ihre Kosten im Spital alleine bezahlen? Über die Prämien der Privatversicherung zahlen sie den eigenen Spitalaufenthalt vollständig, und zusätzlich zahlen sie über ihre kantonalen Steuern an die Kosten der Allgemeinversicherten! Das wäre vom System her eine unverständliche und nicht gewollte doppelte Belastung der Privatversicherten. Der Entscheid des Bundesgerichtes war daher nicht überraschend. Er war auch von eindrücklicher Klarheit und lässt keine Zweifel offen.

Was sind die Auswirkungen dieses Entscheides? Der Entscheid löst keine Zahlungspflicht der Kantone aus; er hält lediglich fest, dass sie seit dem Jahr 1996 besteht. In einem Anwendungsfall wurde sie bestätigt. Für die Kantone bedeutet der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes Mehrkosten in der Grössenordnung von etwa 700 Millionen Franken. Sie sind nicht genau bezifferbar, weil das Gesetz vom Begriff der anrechenbaren Kosten ausgeht, der aber nirgends in der Praxis quantifiziert werden kann, ohne dass zusätzliche Grundlagen geschaffen würden.

Warum handelt in dieser Situation das Parlament, nachdem das Bundesgericht festgestellt hat, dass die Zahlungspflicht der Kantone besteht? Wir stehen darum in der Verantwortung, zu handeln, und haben das auch bereits dargelegt, weil es eminent wichtig ist, dass in diesem politisch wichtigen und heiklen Geschäft Ruhe einkehrt und schlicht gesagt die Situation nicht dem Chaos überlassen wird. Es braucht eine Lösung, die für alle Beteiligten Rechtssicherheit gibt, weil – das ist entscheidend – die Kantone und die Versicherer zurzeit nicht in der Lage sind, auch aufgrund der Vorgeschiede, einvernehmlich eine Lösung für die Zukunft zu schaffen. Es hat uns daher obliegen, für die Zeit bis zur Einführung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes eine Lösung zu finden. Wir erwarten, dass dieses bis spätestens 2005 in Kraft treten kann. Es galt also, diese Übergangszeit rechtlich zu klären, finanziell klar zu definieren und so für alle Beteiligten akzeptable und tragbare Lösungen zu finden. Was ist die Charakteristik des dringlichen Bundesgesetzes? Das Bundesgesetz ist nur auf die Zukunft, auf die Jahre 2002 bis 2004, ausgerichtet. Zum Ersten schaffen wir Klarheit bei den Beträgen, indem wir an die Tarife und nicht an die schwer definierbaren anrechenbaren Kosten anknüpfen. Zum Zweiten machen wir die finanziellen Folgen für die Kan-

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.
Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen
Initiative parlementaire
CSSS-CE.
Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers**

Erstrat – Premier Conseil

Einreichungsdatum 13.02.02

Date de dépôt 13.02.02

Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBI)

Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBI)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Als wir dieses Geschäft Anfang Januar in der Kommission in Arbeit nahmen und nachdem wir am 13. Februar 2002 über die Parlamentarische Initiative beschlossen hatten, schien dieses Geschäft ein erstrangiges Politikum zu werden. Heute dürfen wir mit Befriedigung feststellen: Der Durchbruch ist geschafft. Die Partner – Krankenversicherer und Kantone – akzeptieren die vorgeschlagene Lösung. Sie finden für die zurückliegenden Jahre selber eine einvernehmliche Lösung. So muss dieses Geschäft, das sich als brisant angekündigt hatte, nicht mehr als «hochpolitische Auseinandersetzung» abgehandelt werden, und unser Zeitplan, der noch eine Nachmittagssitzung

tone tragbar und berechenbar. In der Tat haben die Kantone die zusätzlichen Zahlungen in ihrem Budget zumeist nicht eingestellt. Wir staffeln die Zahlungen, zu denen die Kantone verpflichtet sind. Der volle Betrag gemäss Tarif macht für die Kantone 500 Millionen Franken im Jahr aus. Wir führen ihn gestaffelt ein. Im Jahr 2002 sind es 60 Prozent oder 300 Millionen Franken, im Folgejahr 80 Prozent oder 400 Millionen Franken, und im Jahr 2004 sind es 500 Millionen Franken, also der volle Anteil der Kantone gemäss Tarif. Dabei ist aber zu bedenken, dass selbst der Betrag von 500 Millionen Franken noch immer um 200 Millionen Franken tiefer ist als die anrechenbaren Kosten. Summiert auf die Jahre 2002 bis 2004 werden die Kantone 1,2 Milliarden Franken anstelle der vollen 2,1 Milliarden Franken leisten. Wir verhindern damit also einen Belastungsschock für die Kantone, indem wir die Zahlungen, zu denen die Kantone verpflichtet sind, gestaffelt einführen. Wir präjudizieren aber die Revision des Krankenversicherungsgesetzes nicht. Wir haben diesbezüglich ja bereits eine Lösung gefunden; wir werden sie aufgrund dieser Übergangsbestimmung, die wir mit dem dringlichen Bundesgesetz erlassen, allerdings überarbeiten müssen. Das ist die Charakteristik für die Zukunft.

Was geschieht mit den offenen Rechnungen des Jahres 2001, welche die Versicherer an die Kantone stellen bzw. gestellt haben? Sie erinnern sich, dass bis Ende des Jahres 2000 ein Stillhalteabkommen galt, dem sich praktisch alle Krankenversicherer angeschlossen hatten. Die Zeitspanne bis zum Jahr 2000 bringt keine erheblichen Probleme mehr. Ein Entscheid muss aber auch für das Jahr 2001 getroffen werden. Es stellte sich die Frage, ob wir in diesem Bereich rückwirkend legiferieren können. Wir hätten es, und das ist die Antwort, kaum tun können, und wir hätten es aufgrund der politischen Konstellation auch nicht tun dürfen. In rechtlicher Hinsicht wäre es nämlich höchst problematisch, eine bestehende Zahlungspflicht der Kantone rückwirkend auf eineinhalb Jahre zu beschränken. Die Rechnungen sind aufgrund des Gesetzes gestellt worden. Würden wir sie kraft eines dringlichen Bundesgesetzes rückwirkend aufheben oder beschränken, dann wäre wahrscheinlich die Rückwirkungsmöglichkeit eines Gesetzes weit überspannt angewendet und rechtsstaatlich kaum zulässig.

Aber auch aufgrund der politischen Konstellation wollten und durften wir dies nicht tun. Ich kann Ihnen das am Beispiel des Kantons Zürich erklären. Der Kanton Zürich schloss mit den Krankenversicherern einen Vertrag ab, worin er sich verpflichtete, alle Zahlungen für das Jahr 2001 nachträglich zu leisten, falls das Bundesgericht so entscheiden würde, wie es nun entschieden hat. Es kann ja nicht angehen, nun im Nachhinein die Verträge, die die Kantone in vollem Wissen um die Problematik abgeschlossen haben, wieder aufzuheben. Wer hoch pokert, riskiert auch Verluste; diese dürfen wir nicht via dringliches Bundesgesetz nachträglich eliminieren.

Wir haben daher darauf gedrängt, dass die Krankenversicherer und die Kantone eine einvernehmliche Lösung finden. Sie ist nun im Grundsatz erarbeitet, von den Krankenversicherern genehmigt und muss noch intern bei allen Mitspielern ratifiziert werden. Die Kantone haben mit 25 Stimmen bei 1 Enthaltung der Lösung ebenfalls zugestimmt. Die Kantone waren hier durch die Sanitätsdirektoren vertreten. Es gilt nun intern, in den einzelnen Kantonen, die Genehmigung durch die Regierungen einzuholen. Diese Lösung dürfte definitiv erarbeitet und unterzeichnet sein, bis wir in der Sommersession die Schlussabstimmung durchführen. Aus diesen Gründen empfehlen wir Ihnen, diesem Gesetz zuzustimmen. Wir erwarten allerdings ausdrücklich, dass diese Lösung bis zum Sommer noch zustande kommt. Falls die Lösung scheitern würde, könnten wir uns für die Schlussabstimmung vorbehalten, einen anderen Entscheid zu treffen. Die Sache ist allerdings auf gutem Weg.

Wenn Sie die Lösung als Gesamtes würdigen, so stellen Sie fest, dass sie sich dadurch auszeichnet, dass sie für die Versicherer in ungezählten Einzelfällen Klarheit und Streitverhinderung bringt. Das ist für die Versicherer ein Gewinn und rechtfertigt es, die Zahlungspflicht der Kantone zu begren-

zen. Für die Kantone andersherum bringt diese Lösung einen berechenbaren Übergang; sie verhindert in einzelnen Kantonen einen Finanzierungsschock durch unvorhergesehene oder nicht einkalkulierte Zusatzbelastungen in der Krankenversicherung.

Für uns als Parlament – das sei nicht verschwiegen – hat diese Lösung auch Ihre Vorteile. Es ist absolut in unserem Interesse, dass wir in der wichtigen Frage der Spitalfinanzierung die Revision nicht im Chaos angehen müssen und der Übergang graduell stattfindet. Es ist im Interesse der ganzen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, dass wir diese Lösung schaffen. Wir sind also nicht nur Streitschlichter oder Schiedsrichter in dieser Frage, wir handeln auch im Interesse des ganzen Krankenversicherungssystems.

Nachdem die Sache in wesentlichen Punkten nicht mehr umstritten ist, möchte ich zum Schluss den beteiligten Akteuren auch seitens der Kommission danken. Im Laufe der Zeit, das heisst seit Anfang dieses Jahres, sind eine erhebliche Kooperationsbereitschaft und ein Verhandlungswille erarbeitet worden; dies seitens der Kantone, der Sanitäts- und Finanzdirektoren, aber ebenso seitens der Krankenversicherer. Diesen Akteuren, ist es zu verdanken, dass wir eine Lösung haben, die zwar alle etwas schmerzt, die aber das Problem löst. Das ist ja im Gesundheitswesen oft die einzige Therapie. Die Behandlung schmerzt etwas, aber sie macht etwas gesünder oder lindert eine Krankheit. Danken möchte ich aber auch dem Bundesamt für Sozialversicherung und insbesondere Ihnen, Frau Bundesrätin Dreifuss, die als Mediatorin auch die Streitparteien an einen Tisch brachte und Wesentliches dazu beigetragen hat, dass diese Lösung jetzt möglich ist.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage der Kommission einzutreten und den Entwurf zu akzeptieren, so, wie ihn auch der Bundesrat inzwischen akzeptiert.

Stähelin Philipp (C, TG): Unser Kommissionspräsident hat das Geschäft, das uns hier vorliegt, meines Erachtens etwas gar positiv und optimistisch gewürdigt. Zwar sind wir alle froh, dass wir überhaupt einen Weg gefunden haben, aber seien wir ehrlich! Ich meine, diese Vorlage weckt doch auch unguete Gefühle. Gerichte verschieben nun in diesem Bereich Finanzierungslasten nahezu in Milliardenhöhe, es braucht Gerichtsentscheide. Ist das tatsächlich der Weg? Das frage ich mich.

Weshalb ist es so weit gekommen, dass wir zum Mittel der dringlichen Bundesgesetze greifen müssen? Wir wissen natürlich, dass insbesondere die Ausgangslage unklar war: Die Kantone haben bezüglich dieser Problematik eine andere Optik gehabt als die Versicherer. Das ist nicht ungewöhnlich, aber in diesem Falle vielleicht doch etwas ungewöhnlicher als in anderen Fällen. Weshalb?

Wir hatten ursprünglich einen Wortlaut des Gesetzes, der zumindest nicht völlig klar war. Bei einer grammatikalischen Auslegung, also einer Auslegung nach dem Wortlaut, käme man wohl nicht zum Entscheid, den das Eidgenössische Versicherungsgericht getroffen hat. Mindestens gibt es hierzu auch Rechtsgutachten, die in eine andere Richtung weisen. Dazu möchte ich aber gleich beifügen, dass ich vom System her durchaus Verständnis für den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes habe; vom System her ist dieser Entscheid kaum stark zu bemängeln.

Aber immerhin: Die Ausgangslage war natürlich ursprünglich auch bei den Finanzierungslasten anders. Die Kantone waren sich nicht bewusst, dass dieser zusätzliche Betrag von gegen einer Milliarde Franken – wenn man noch die ausserkantonalen Hospitalisationen dazurechnet – auch noch zu ihren Lasten gehen würde; sonst hätten sie vielleicht seinerzeit zum KVG generell eine andere Stellung eingenommen.

Es kommt dazu, dass die Auslegung der Kantone während geraumer Zeit anerkannt worden ist. Auch das weckt natürlich nicht unbedingt gute Gefühle: wenn wir uns vorstellen, dass wir bereits im sechsten Jahr des neuen KVG leben und nun noch solche Neuinterpretationen kommen! Trotzdem hat sich diese Situation natürlich mit dem ersten EVG-Urteil klar

abgezeichnet, welches die ausserkantonalen Hospitalisationen der Zusatzversicherten betroffen hat. Eine ungleiche Behandlung ausserkantonal und innerkantonal und damit auch eine ungleiche Behandlung jener Kantone, welche viele Patientinnen und Patienten – verzeihen Sie mir den un schönen Ausdruck – «exportieren» müssen, gegenüber jenen, welche praktisch alle Behandlungen im eigenen Kanton vornehmen können, waren auf längere Zeit nicht möglich. Das Stillhalteabkommen, das wir damals schliessen konnten, war klar nur eine Übergangslösung.

Eine andere, integrale Lösung, meine ich, ist nachher unerlässlich geworden. Sie wird allerdings mit diesem dringlichen Bundesgesetz natürlich noch nicht erzielt. Auch diese Vorlage ist nur eine Übergangslösung, wir müssen hier bis zur zweiten Revision des KVG zuwarten.

Ich möchte auch einen anderen Eindruck noch etwas korrigieren, der durch das Votum des Kommissionspräsidenten entstanden ist: Die Zusatzversicherten, welche zugleich Steuern zahlen, werden künftig natürlich tendenziell mehr Steuern zu bezahlen haben. Es sind ja insbesondere auch die Zusatz-, die Privatversicherten, welche tatsächlich in höhere Progressionsstufen hineinrutschen dürften. Ob dann die Rechnung für die Betroffenen unter dem Strich aufgeht, möchte ich heftig bezweifeln, nur um hier allfällige Illusionen rechtzeitig zu zerstören.

Ich stehe zu diesem dringlichen Bundesgesetz, aber ich meine, dieser Fall öffnet auch ein Fenster auf die «Streitkultur». Ich setze das Wort in Anführungszeichen, weil es keine Kultur ist, was wir im Bereich des KVG erleben müssen. Versicherte und Versicherer, Kantone und Leistungserbringer, Kantone und Versicherer, Leistungserbringer und Versicherer, alle streiten miteinander in Bezug auf dieses KVG, und Vertrauen in den jeweiligen Partner wird klein geschrieben. Das darf nicht mehr lange so andauern; das macht doch uns allen Bauchweh. Ich meine, es geht bei unserem heutigen Entscheid auch darum, dass wir von dieser «Streitkultur» nun möglichst einmal wegkommen möchten.

Weshalb sind wir in dieser Lage? Ganz entscheidende Fragen – wie auch die vorliegende – werden im Krankenversicherungsbereich leider nicht über Vollzugsrecht, sondern durch Gerichts- und Rechtsmittelentscheide entschieden. Und in der Regel braucht ein solcher Entscheid geraume Zeit, sehr viel Zeit. Dieser sehr grosse Zeitbedarf für Rechtsmittelentscheide hat dazu geführt, dass Anreiz für verzögerndes Verhalten und für Missbrauch besteht, für eine Hinhaltenetaktik, die der Sache nicht gut tut.

Im vorliegenden Fall haben die Kantone profitiert; das muss man ganz klar festhalten. Die Kantone haben hier selbstverständlich auch hinhaltend «gespielt». Es gibt andere Fälle; ich denke an den Tarifbereich, wo das Umgekehrte erfolgt, wo eher die Kassen verzögern. Beides ist nicht gut.

Aber gestatten Sie mir, dass ich als Verwaltungsrat der Spital Thurgau AG folgendes Beispiel anführe: Wenn ein Betrieb wie die Spital Thurgau AG über zwei Jahre auf einen Tarifentscheid des Bundesrates warten muss und wir also heute mit den Tarifen des Jahres 1999 leben und gleichzeitig alle seitherigen Entscheide angefochten worden sind, dann ist das nicht von Gutem, dann leben wir in Rechtsunsicherheit und in Finanzierungsunsicherheit. Wenn man dann noch weiss, dass das KVG eine viermonatige Frist für den Entscheid des Bundesrates festhält, mit einer Möglichkeit, die Frist in ausserordentlichen Fällen um weitere vier Monate zu verlängern, dann versteht man die Welt nicht mehr. Weil genau dieses Verhalten dazu führt, dass Streitereien gefördert und nicht verhindert werden, bitte ich darum, dass diese Fristen nun endlich eingehalten werden oder dass dann eben ein anderes Rechtsmittelsystem gewählt wird. Lange können wir nicht mehr mit dieser «Streitkultur» leben. Das vorgeschlagene Bundesgesetz bedeutet für mich einen Notnagel. Es ist keine definitive Lösung, sie ist auch nicht so definiert. Aber diese Lösung hat Vorteile. Sie vermeidet durch die zeitliche Abfederung eine unverzügliche und schlagartige finanzielle Mehrbelastung der Kantone. Damit, meine ich, sollte es den Kantonen im Wesentlichen möglich sein, diese Mehrbelastung zu bewältigen, ohne unverzüglich

zu Steuererhöhungen schreiten zu müssen. Das ist immerhin schon etwas, weil ich auf der anderen Seite nicht allzu sehr daran glaube, dass dann die Versicherungen ihre Prämien senken könnten. Es ist schon schön, wenn sie nicht weiter steigen.

Man kann sich hier im Übrigen durchaus sozialpolitische Fragen stellen, weil die kantonalen Mittel ja, wie erwähnt, nicht unbedingt in die richtige Richtung fliessen. Die lediglich Grundversicherten werden von höheren Steuern natürlich mitbetroffen, ohne dass bei den Prämien der Grundversicherung eine Reduktion zu erwarten wäre. Ganz im Gegenteil: Wir müssen damit rechnen, dass infolge des Entscheides des Versicherungsgerichtes eher Druck auf die Prämien in diesem Bereich erfolgt. Denn wenn bisher auch keine Quersubventionierung erfolgt ist, so sind doch mindestens die Grenzkosten von den Zusatzversicherten mitgetragen worden.

Das dringliche Bundesgesetz macht aber auch aus anderen Gründen durchaus Sinn, meines Erachtens vor allem, um ein mögliches Chaos zu vermeiden und, wie gesagt, die «Streitkultur» etwas abzubauen. Wenn wir aber das Chaos vermeiden wollen, dann ist es notwendig, dass sich die Kantone und Versicherer über das noch nicht gelöste Problem des Jahres 2001 tatsächlich einigen. Ich bin seit letzter Woche hoffnungsfroh und rechne damit, dass es so kommen wird. Ich meine aber auch, dass wir den Druck bis zur Schlussabstimmung in unserem Rat aufrechterhalten müssen.

Was wäre die Folge, wenn wir dem dringlichen Bundesgesetz nicht zustimmen würden? Wir hätten – davon bin ich überzeugt – im Rechnungswesen der Spitäler und Krankenkassen chaotische Zustände, Rechtsunsicherheit und Gerichtsverfahren auf lange Zeit. Man muss sich das vorstellen: Praktisch jedes Spital verkehrt mit praktisch allen Krankenkassen. Das gibt eine Vielzahl von Verfahren. Ich bin froh, wenn es nicht in diese Richtung geht.

Finanziell wäre die Geschichte für die Kantone allenfalls sogar noch tragbar. Nicht tragbar wäre sie aber für selbstständige bzw. aus der kantonalen Verwaltung ausgegliederte Spitäler. Für sie könnte die ganze Geschichte sonst existenzgefährdend werden. Für die Krankenkassen im Übrigen könnte eine solche Entwicklung über Jahre hinaus durchaus zum Grund werden – ich unterstelle hier etwas –, Prämien nicht zu senken. Auch das wollen wir natürlich nicht.

Insgesamt hätten wir sicher eine miserable Ausgangslage für die Umsetzung der zweiten KVG-Revision. Wenn wir diese KVG-Revision zum Erfolg bringen wollen, müssen alle Beteiligten mitziehen. Das machen sie nur, wenn sie nicht miteinander im Streite liegen.

Zur zweiten KVG-Revision: Ich meine, dass der Übergang und die Anpassung an den Weg, den wir hier vorschlagen, durch diese neue Entwicklung noch schwieriger geworden sind. Der Zwischenschritt des dringlichen Bundesgesetzes zeigt einmal mehr auch die Probleme der dualen Spitalfinanzierung auf und der unterschiedlichen, gegenläufigen Interessenlage der beiden Finanzierer, der Kantone und der Versicherer.

Falsche Anreize werden mit dieser Gesetzesvorlage schlussendlich nicht beseitigt. Sie werden sogar teilweise möglicherweise neu geschaffen, wenn wir an die reinen Privatspitäler denken – also weder an die öffentlichen noch an die öffentlich subventionierten –, die natürlich massiv benachteiligt werden. Das können wir nicht ändern, aber wir lösen in diesem Bereich keine Probleme, sondern wir schaffen neue. Dabei könnten wohl auch die Kantonsgrenzen noch wichtiger werden, da nun mehr kantonales Geld fliessen wird. Das hat dann eben diese Wirkung. Ebenso werden natürlich kantonale Planung und Staatseingriffe auf die Privatabteilungen ausgeweitet; und auch diese werden intensiver erfasst werden. Das wollen wir alles im Prinzip nicht. Es ist hier aber natürlich die Folge.

Für mich wird dadurch nicht das dringliche Bundesgesetz infrage gestellt, wohl aber ist die Notwendigkeit des Wechsels zu einem monistischen System ohne stete Brüche und Feh-

anreize noch klarer gegeben. Wir müssen endlich ein System schaffen, in dem nicht nur der schwarze Peter herumgeschoben wird; in dem wir uns nicht um die Frage streiten, wer wie viel zahlt, anstatt uns dem Problem zu widmen, wie wir die Kostenentwicklung gesamthaft besser in den Griff bekommen können.

Wir haben, angesichts dieser neuen Entwicklung, mit den ständerätlichen Vorschlägen zur KVG-Revision den Schritt hin zum monistischen System zu zaghaft getan. Ich hoffe, dass der Nationalrat hier noch einen Schritt weiter geht und gesetzgeberisch den ganzen Weg zurücklegt. Die praktische Umsetzung und damit die Übergangsregelung werden dann immer noch viel Zeit beanspruchen.

Ich möchte, dass wir vor einer konsequenten Systemänderung nicht zurückschrecken. Wenn wir das tun, müssen wir uns auch nicht allzu sehr wundern, wenn weitere Situationen entstehen wie die vorliegende, wenn weiterhin solche Notmassnahmen nötig werden. Dieser Lösung heute ist aber im Interesse aller Beteiligten zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Meine Interessenbindung: Ich bin Präsident von Santé suisse und bitte um Verständnis dafür, dass ich nicht auch ein umfassendes Referat halte. Aber aufgrund der gehörten Voten möchte ich doch zwei, drei Gedanken anfügen.

Es tönt ja alles so schön. Es ist aber überhaupt keine schöne Sache, die hier auf dem Tisch liegt, nicht schön deshalb, weil man fünf Jahre lang streiten musste, um etwas Selbstverständliches endlich zu klären. Es muss doch selbstverständlich sein, dass jeder, der eine Grundversicherung bezahlt, gleich behandelt wird. Um das geht es.

Nach dem EVG-Urteil ist die Rechtslage klar – mit Ausnahme der Privatspitäler; dieses Problem lösen wir ja im Rahmen der laufenden KVG-Revision. Das EVG-Urteil entspricht übrigens auch allen Beschlüssen, die wir in diesem Rat gefasst haben. Grundsätzlich ist die Rechtslage also sonnenklar.

Man kann sich fragen, ob es aufgrund dieser Situation richtig ist, wenn der Gesetzgeber in höchstrichterliche Entscheide, die genau der Philosophie dieses Rates entsprechen, eingreifen und irgendetwas anderes beschliessen soll. Man hat dann gemerkt, dass man es rückwirkend nicht gut tun kann, also macht man hier eine Vereinbarung. Prospektiv ist das fraglich, weil eben das Urteil eigentlich klar ist.

Es ist natürlich nicht richtig, Herr Frick, da möchte ich Ihnen widersprechen: Wir machen dieses dringliche Bundesgesetz nicht, weil keine einvernehmliche Lösung getroffen wurde. Eine einvernehmliche Lösung für die Zukunft war gar nicht möglich, weil das Gerichtsurteil vorliegt und klar ist. Einvernehmliche Lösungen gibt es immer, wenn jemand etwas gibt und auch etwas dafür bekommt. Hier geht es nur um die Frage, wie hoch das Geschenk für die Kantone ab 2002 sein soll. Um nichts anderes geht es hier.

Wenn man die Zahlen auf den Tisch bringt, dann geht es natürlich darum, dass die Kantone in der Grössenordnung von einer Milliarde Franken entlastet werden, zulasten der Prämienzahler. Das Entscheidende ist hier: Sollen die Kantone oder die Prämienzahler diese Milliarde Franken bezahlen? Das ist die Situation. Wenn man aus der Sicht der Versicherer dieser Lösung nicht zustimmt, sie aber akzeptiert, so deshalb, weil man in der Umsetzung Klarheit haben will. Man hat kein Interesse an weiteren Streitigkeiten, weil man dieses Problem im Gesamtinteresse – auch im Zuge der laufenden Revisionen – vom Tisch haben will.

Zur «Streitkultur»: Man müsste, wenn man «Streitkulturen» beurteilt, dann auch schauen, wer am Schluss jeweils Recht bekommt und wer die Verursacher dieser Streitigkeiten sind. Die Kantone sind in einer eigenartigen Situation. Sie sind einerseits Träger der Spitäler und haben natürlich diesbezüglich bei den Tarifen spezielle Interessen; andererseits sind sie Schiedsrichter. Diese Doppelrolle ist sehr problematisch. Wir haben Gesuche von Spitälern für Tagesstarife von 180 Franken. Es gibt Kantonsregierungen, die nachher 195 Fran-

ken zusprechen, also mehr, als das Spital es wollte. In solchen Fällen muss man das vor dem Bund erstreiten, und dann gibt es diese Anhäufung von Fällen und diese Verzögerungen. Dieses Problem muss auch auf der anderen Seite einmal eingehend diskutiert werden.

Was die Vereinbarung betrifft, möchte ich Sie noch darüber informieren, dass zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen Verhandlungen stattgefunden haben. Der Verwaltungsrat von Santésuisse und auch die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz haben zugestimmt, dass wir diesen Weg gehen sollen. Gegenwärtig findet bei den Kantonen und den Versicherern das Ratifizierungsverfahren statt. Ziel müsste es sein, dass alle Kantone und – wenn irgendwie möglich – alle Versicherer mitmachen. Es kann also durchaus sein, dass einzelne Versicherer nicht mitmachen und dass mit diesen Versicherern dann weitere Auseinandersetzungen stattfinden. Es gibt da noch zwei, drei kleinere Details, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Wir werden uns bemühen, hier nach Möglichkeit alle unter einen Hut zu bringen.

Wenn man Kompromisse macht, dann hat man am Schluss meistens so einen Zustand der mittleren Zufriedenheit. Ich glaube, hier muss man eher von einer mittleren Unzufriedenheit sprechen, aber es gibt wahrscheinlich keine andere Möglichkeit. Ich möchte aber einfach auch zuhänden des Nationalrates festhalten, dass man an diesem Paket nichts mehr ändern kann, sonst scheitert es.

In diesem Sinne bitte ich Sie jetzt, den Anträgen der Kommission zuzustimmen.

Studer Jean (S, NE): On peut effectivement être a priori satisfait de la solution qui est en train de se dégager. On peut être satisfait en particulier, cela a déjà été relevé, de voir les cantons d'une part, et les assureurs d'autre part, aboutir à une entente pour régler cette question. Mais il reste un goût amer parce qu'il n'est pas satisfaisant, pour le législateur fédéral, de préparer une nouvelle loi alors que celle entrée en vigueur en 1996 est parfaitement claire. Ce n'est pas satisfaisant de devoir élaborer en 2002 une nouvelle loi pour, finalement, appliquer celle de 1996.

Je ne partage pas tout à fait l'avis de M. Stähelin, lorsqu'il dit que la loi qui est entrée en vigueur en 1996 n'est pas claire. Du côté de l'autorité fédérale, on l'a en tout cas toujours considérée comme claire. A supposer qu'en 1996 certains cantons ne l'aient pas trouvée claire, ils auraient en tout cas dû la trouver claire dès 1997, en raison de deux arrêts du Tribunal fédéral sur le financement des hospitalisations à l'extérieur des cantons, arrêts qui annonçaient d'ores et déjà l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de fin 2001.

On peut être satisfait de jouer un rôle de médiateur. On est toujours satisfait d'être le pompier qui éteint l'incendie, mais je préférerais qu'il n'y ait pas d'incendie. Au-delà de cette satisfaction et de l'amertume de devoir édicter des dispositions d'exécution d'une loi qui nous paraissait claire, cette question pose aussi le problème des compétences en matière de santé publique. En fait, cela illustre bien un certain déséquilibre qui, au fil des années, s'est instauré, en particulier dans le domaine hospitalier, un déséquilibre qui est dû à la mise en présence, d'un côté, d'une entité qu'on appellera Santé-suisse par la suite et, de l'autre, d'une entité qui ne forme pas un tout, mais qui est composée des 26 partenaires que sont les cantons.

A cet égard, les épisodes que nous avons vécus et qui expliquent les raisons de l'échec d'un nouveau moratoire, en particulier l'opposition que manifestaient certains cantons de l'est de notre pays, sous l'impulsion du canton de Zurich dont nous avons appris par la suite qu'il avait réglé la question pour son compte, nous montrent bien combien il est difficile, du côté des 26 entités cantonales, d'avoir d'emblée et rapidement la même entente que l'on a, par contre, du côté de Santé-suisse.

Je ne crois pas que l'on puisse gérer l'assurance-maladie à coup d'arrêts fédéraux urgents. Il faut le faire ici pour les raisons légitimes qui ont déjà été exprimées. Mais cette

question nous amène aussi à devoir nous demander s'il est vraiment encore possible d'avoir ce déséquilibre entre, d'une part, 26 collectivités qui décident en fonction de leur propre intérêt territorial et, d'autre part, une seule entité et si, finalement, la prolongation de l'entente entre ces «deux» partenaires et la mésentente qui a duré – et qui nous oblige aujourd'hui à tenir ce débat – ne devrait pas être résolue par une autre organisation dans le domaine de la santé.

Certains pensent – je n'appartiens pas à cette catégorie – qu'il faut tout confier aux caisses-maladie. Je pense plutôt qu'on devrait peut-être d'abord imaginer de transférer un nombre plus important de compétences à la Confédération pour faire en sorte, en fait, en matière d'assurance-maladie, que deux partenaires aient les mêmes pouvoirs sur l'ensemble du pays, et non, comme c'est le cas aujourd'hui, un seul qui est Santéuisse.

Briner Peter (R, SH): Mit diesem Entwurf trägt die Kommission dem Entscheid des Versicherungsgerichtes Rechnung und sorgt gleichzeitig dafür, dass die den Kantonen zusätzlich entstehenden Kosten gestaffelt und damit einigermaßen erträglich anfallen. So weit, so gut.

Eine Ungleichbehandlung im Bereich der Zusatzversicherten Patienten bleibt bestehen: Sie betrifft all jene, die sich in einem nichtsubventionierten Privatspital kurieren lassen müssen. Das war zwar vom Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht zu beurteilen, hätte aber von der Sache her sinnvollerweise bei dieser Revision auch berücksichtigt werden sollen. Falls die laufende KVG-Revision nicht, wie wir es alle wünschen, auf Anfang 2005 in Kraft treten könnte – Referendumsdrohungen liegen vor – und falls die Krankenversicherer entgegen unseren Erwartungen in der Zwischenzeit ein zweigeteiltes Zusatzversicherungsangebot einführen, würde das zu einer schwerwiegenden Diskriminierung der privaten Kliniken führen.

Zur Interessenbindung: Ich bin Verwaltungsratspräsident der Klinik Belair AG in Schaffhausen. Gleichzeitig fühle ich mich dazu verpflichtet, dass wir in unserer gesetzgeberischen Tätigkeit Rücksicht auf die kantonalen Finanzen nehmen. Das ist in diesem Fall kein Widerspruch und bedeutet für mich keinen Spagat. Öffentliche und private Spitäler ergänzen sich in unserem System, sorgen für einen gesunden Wettbewerb im Leistungs- und im Kostenbereich und ermöglichen erst noch eine Aufteilung in Kompetenzzentren statt Doppelspurigkeiten oder andere Ineffizienzen. Es wäre deshalb fahrlässig, wenn wir mit dieser Parlamentarischen Initiative diese Ungleichbehandlung auf alle Zeiten zementieren würden. Ich zähle nun darauf, dass sich die nationalrätliche Kommission dieses Aspektes annehmen und eine entsprechende Nachbesserung vorlegen wird. Unser anerkannt gutes Gesundheitswesen ist im Interesse eines fairen Wettbewerbes darauf angewiesen.

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Für einige zusätzliche Ausführungen und ergänzende Erklärungen, welche aufgrund Ihrer Voten nötig werden, ergreife ich noch einmal kurz das Wort.

Welches sind die Auswirkungen auf die Versicherten – auf Sie, auf uns, die wir eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben? Im Ergebnis werden die Privatversicherten um 500 Millionen Franken entlastet, und dieser Betrag muss den Privatversicherten zugute kommen. In welcher Form, das können wir nicht mit diesem Gesetz festlegen, aber der Grundsatz ist klar: Die 500 Millionen Franken müssen den Versicherten zugute kommen.

In Einzelfällen wird eine Prämienenkung möglich sein, in anderen Fällen ein verminderter Prämienanstieg. Es ist festzuhalten, dass viele Versicherer die Prämien für die Zusatzversicherungen während Jahren nicht erhöht haben, dass die Polster bereits abgetragen sind und die Versicherungen bereits «hart sitzen». Da ist die Lösung individuell zu suchen, aber sicher fällt sie in irgendeiner Form zugunsten der Versicherten aus. Nicht zu vergessen ist die Aufsicht über die Versicherungen; diese können nicht absolut frei schalten

und walten. Die privatrechtliche Aufsicht des Bundesamtes für Privatversicherungen wirkt mit.

Aufseiten der Kantone ist klar, dass die 500 Millionen Franken zusätzlich anfallen. Wir haben aber versucht, das so zu tun – und nach den gehörten Voten scheint das auch gelungen zu sein –, dass die Kantone wegen dieses Gesetzes keine Steuererhöhungen beschliessen müssen. Das ist entscheidend.

Nun hat Herr Briner eine wichtige Frage aufgeworfen, auf die ich bisher nicht eingegangen bin: Wie verhält es sich mit den Privatspitälern? Es ist klar, dass das dringliche Bundesgesetz nur für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler gilt; das sind in einzelnen Kantonen teilweise auch Privatspitäler. Aber in den reinen Privatspitälern, wenn ich sie so bezeichnen kann, bezahlen die Privatversicherer alles. Das ist auch nach dem heutigen Gesetz der Fall. Wir schaffen hier kein neues Recht, wir schaffen lediglich eine Zahlungerleichterung für die Kantone. Das ist im Wesentlichen der Inhalt dieses Gesetzes. Darum wollen wir mit dieser vorübergehenden Zahlungerleichterung das System materiell nicht ändern. Wir könnten es vielleicht ändern, wenn dies sehr einfach wäre; aber es ist recht kompliziert. Im Krankenversicherungsgesetz – nach der Revision – werden die Privatspitäler berücksichtigt, aber die Änderung für drei Jahre wäre sehr kompliziert und politisch schwierig.

Wir haben uns der Frage in der Kommission sehr gründlich angenommen. Zwei Befürchtungen standen im Raum:

1. Könnten die Kantone versuchen, Patienten von den Privatspitälern in eigene Spitäler zu locken? Diese Befürchtung weisen wir von der Hand, weil das die Kantone auch wesentlich mehr kostet, indem sie eben in ihrem eigenen Spital für sie bezahlen müssten.

2. Virulenter ist die Frage, ob die Versicherungen auf die Idee kommen, zwei Produkte anzubieten: für jene Privatversicherten, die sich in öffentlich subventionierten oder öffentlichen Spitälern behandeln lassen, und für die, die ein Privatspital wählen. Wer beides beanspruchen möchte, müsste höhere Prämien bezahlen. Diese Frage nach zwei Typen der Privatversicherung könnte sich stellen. Doch wir teilen diese Befürchtung nicht – auch wenn sie nicht von vornherein von der Hand zu weisen ist –, weil es in anderen Bereichen bereits ähnliche Systeme mit gestaffelten Prämien und verschiedenen Leistungsangeboten gibt. Sie sind auf dem Markt nicht sehr erfolgreich. Wir glauben darum nicht, dass die Versicherungen jetzt für eine kurze Übergangsfrist – es käme ja nur für die künftigen Jahre 2003 und 2004 infrage – ein solches Produkt schaffen und lancieren würden; einfach weil der Zeitraum nicht reicht und die Marktchancen relativ gering sind. Würde sich aber – und da ist Ihre Frage und Ihre Problemschilderung absolut berechtigt, Herr Briner – die Revision des Krankenversicherungsgesetzes verzögern, dann müssten wir die Sache auch neu anschauen. Das haben wir auch den Privatspitälern so mitgeteilt. Sollte sich das Problem hingegen bis Ende 2004 wider erwarten akzentuieren, müssten wir, im Sinne Ihrer Bedenken, auf die Frage zurückkommen; das scheint im Moment nicht sehr begründet zu sein. Dauert aber die Revision länger, dann müssen wir uns der Sache vertieft annehmen und auch dort eine Lösung finden.

Sagen wir es offen: Mit dieser Revision lösen wir die Probleme, wie sie heute auf dem Tisch sind, aber die Revision des Krankenversicherungsgesetzes wollen wir nicht vorwegnehmen. Es sollen, um es offen zu sagen, aufseiten aller Akteure noch Motive da sein, damit sie die Revision mittragen und nicht ihr Schäfchen jetzt ins Trockene bringen und sich aus den Revisionsbestrebungen abmelden können. Das ist kein Vorwurf an Ihre Kreise, Herr Kollege Briner – absolut nicht, dafür besteht kein Anlass –, steht aber im Zusammenhang mit anderen Fragen, die während der Arbeit an dieser Revision auch an uns herangetragen worden sind.

Wenn Sie eine letzte Bemerkung gestatten: Sie haben auch aufgrund der Voten gesehen, dass die Situation nicht einfach ist. Sie haben die Voten der verschiedenen Akteure gehört. Es gibt auch für parlamentarische Kommissionen angenehmere Aufgaben, als in einer verfahrenen Situation

une Lösung zu finden. Es ist uns gelungen, in einer schwierigen Situation eine rechtsstaatlich korrekte Problemlösung zu erarbeiten. Sie wurde nötig, weil sich die Kantone der gütlichen Einigung verschlossen haben. Das Quorum wurde im vergangenen Jahr nicht erreicht. Nun liegt die Lösung auf dem Tisch; sie löst das Problem, doch sie kostet die Kantone etwas mehr, als die Vereinbarung sie gekostet hätte.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte die Diskussion nicht verlängern, ich möchte nur bezüglich der Versicherten hier noch eine Klarstellung machen: Es geht ja primär um die Vereinbarung über 250 Millionen Franken, die mit den Kantonen getroffen wird. Für das, was rückwirkend ist, muss natürlich der Nachweis erbracht werden, dass das den Versicherten zugute kommt; das unterliegt auch der Kontrolle. Das wird in dieser Vereinbarung so festgelegt. Hingegen gibt es jetzt prospektiv einfach eine Entlastung bezüglich der Kosten. Das fliesst in die Prämienrechnungen ein und läuft natürlich über den normalen Markt, über den normalen Wettbewerb. Jeder Versicherte ist frei, einen Vertrag mit einer Versicherung abzuschliessen. Es gibt also diesbezüglich prospektiv keinen Handlungs- oder Regulierungsbedarf.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Je crois, si vous me permettez d'apprécier ainsi votre travail – ce qui n'est pas le rôle du Conseil fédéral –, que le Conseil des Etats a bien agi et s'apprête à poursuivre dans cette voie. Il était nécessaire de fixer d'abord l'horizon, les principes sur lesquels nous voulons faire reposer le financement hospitalier, ce qui inclut la question soulevée par M. Briner. D'autre part, il était nécessaire d'encourager les partenaires à trouver une solution à l'amiable, puis, une fois l'horizon fixé, et voyant l'échec de la négociation entre les partenaires, d'intervenir pour éviter que la mise en oeuvre de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances ne mène à une situation chaotique et ne fasse perdurer ce conflit stérile et dangereux pour l'image de la LAMal auprès des habitantes et des habitants de ce pays. Je me félicite donc de cette séquence: d'abord fixer l'horizon et ensuite faire le pas nécessaire pour pouvoir avancer sans trébucher. Je m'en réjouis particulièrement et je remercie M. Frick de ses paroles.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, je m'efforce, avec un mélange de patience et d'endurance, de trouver une solution plus équitable pour les personnes qui ont une assurance complémentaire privée ou semi-privée. Et je crois qu'il est important de dire qui sont ces personnes. Il est faux de croire que le 25 pour cent des personnes ayant une assurance complémentaire privée ou semi-privée est uniquement composé de gens aisés. J'ai reçu d'innombrables lettres au sujet de la LAMal, dont certaines – rares, je dois le dire – exprimaient de la reconnaissance et le sentiment que sans la LAMal, l'accès aux soins indispensables n'aurait pas été possible. Souvent, malgré tout, il s'agissait de lettres d'encouragement ou, en tout cas, de lettres de citoyens pleins de compréhension pour la difficile tâche qui est la mienne, qui est la vôtre aussi. Mais la majorité des lettres que j'ai reçues provenaient de personnes ayant une assurance complémentaire, qui ne comprenaient pas l'explosion des primes qu'elles avaient subies, qui ne comprenaient ni la sélection extrêmement dure à laquelle elles étaient soumises, ni l'impossibilité de changer de caisse. La situation était d'autant plus pénible à assumer que beaucoup de ces personnes, étant âgées, avaient cotisé pendant des années et des années auprès d'assurances privées. Et lorsque, devenues âgées, elles devaient éventuellement avoir recours à une assurance complémentaire privée ou semi-privée, les cotisations devenaient impossibles à payer. Ce sont à ces gens-là qu'il faut penser et c'est aussi pour eux que je me suis efforcée d'arriver à une solution, d'abord par la conviction, ensuite par l'arbitrage dans une première négociation. Au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal révisée, cette solution me paraît la plus équitable.

Bien sûr, tout le monde ici pourrait se dire que, avec 1 milliard de francs à disposition, il y a peut-être des choses plus urgentes à faire. 1 milliard de francs, c'est beaucoup d'argent et les besoins de la population sont importants. En tant que ministre des affaires sociales et en tant que socialiste, je peux m'imaginer des utilisations, pour faire face à des problèmes encore plus brûlants. Mais, là, il en va d'abord de l'équité, je crois l'avoir expliqué, et ensuite d'une meilleure gestion du secteur hospitalier. Ce sont deux éléments qui permettent d'inciter les cantons, les hôpitaux ou les caisses-maladie à diriger les personnes en fonction de leurs besoins, et non pas en fonction des intérêts économiques du payeur de la prestation. Nous faisons un pas très important vers une gestion plus rationnelle. Nous supprimons peu à peu des incitations qui sont, je le répète, négatives. Elles sont négatives en termes de gestion des coûts, négatives aussi en termes de liberté quant au choix des hôpitaux dans lesquels les patients iront.

Je ne parlerai pas de la révision partielle de la LAMal que vous avez décidée et qui est maintenant devant la commission du Conseil national. J'espère aussi que cette révision pourra rapidement entrer en vigueur et que des pas supplémentaires pourront être réalisés. Nous essayons, au fond, d'aplanir les difficultés pour que les cantons puissent introduire cette charge additionnelle – et nous allons à leur rencontre – et également pour faire cesser ce conflit longtemps stérile.

Je n'entrerai pas dans les arguments qui ont été échangés: même s'il n'y a pas de gagnants ou de perdants, personne n'est vraiment heureux que vous soyez obligés de régler aujourd'hui cet aspect de la question. Le conflit a duré longtemps. Je crois pouvoir dire que le Tribunal fédéral des assurances a attendu longtemps avant de prendre sa décision, non pas parce qu'il ne souhaitait pas la prendre ou parce qu'il hésitait quant au contenu, mais bien parce qu'il espérait que la raison finirait par l'emporter. Dans ce sens-là, je m'associe à l'appel de M. Stähelin pour une meilleure culture du débat. Dans ce domaine, il y a eu une obstruction pendant très longtemps. Nous ne voulons pas récompenser les promoteurs de cette obstruction, mais nous voulons veiller à ce que les autorités cantonales puissent faire face à leurs obligations d'une façon responsable et qu'elles puissent les assumer face à leurs parlements. Je crois pouvoir dire que, pour une Chambre particulièrement sensible aux besoins des cantons, vous avez bien agi, que vous avez tenu compte de leurs difficultés, tout en indiquant la direction à suivre et en formulant l'interprétation qui doit être donnée à la LAMal.

J'aimerais aussi m'associer à l'appel du président de votre commission. Il faut que les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, celles que j'ai décrites tout à l'heure, voient le bénéfice de ce changement. Il faut que les personnes âgées, aux ressources souvent limitées, puissent continuer à avoir des assurances complémentaires et ne se sentent pas lâchées, abandonnées par des institutions auxquelles elles ont fait confiance. Ce n'est pas mon département qui pourra surveiller la façon dont les assurances-maladie feront face à leurs obligations, mais je suis persuadée que l'Office fédéral des assurances privées veillera à cela et que Santésuisse aura aussi à coeur d'assumer ses responsabilités, même dans un secteur qui est régi par les règles du marché et avec des institutions qui poursuivent souvent des buts lucratifs. Il est dans l'intérêt de tous, y compris des hôpitaux, des cantons et de l'ensemble de notre offre, qu'il reste un secteur d'assurances privées hospitalières qui permette d'accroître la liberté de choix et qu'il subsiste dans ce domaine une certaine concurrence en termes de qualité.

Voilà la conclusion que je tire d'une longue aventure qui a commencé avec l'entrée en vigueur de la loi et qui se poursuivra jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAMal. Mais nous touchons maintenant au but et je remercie votre commission – et je vous remercie – d'avoir aidé à trouver des solutions qui permettent en fait d'appliquer un principe qui est, à l'évidence, celui de l'équité.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die Innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

Detailberatung – Examen de détail

Titel und Ingress

Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 1

Antrag der Kommission

Gemäss Entwurf SGK-SR (BBI), aber:

b. ab dem 1. Januar 2003 80 Prozent der

Art. 1 al. 1

Proposition de la commission: FF

(la modification ne concerne que le texte allemand)

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 2; Art. 2 Abs. 1, 2

Antrag der Kommission: BBI

Art. 1 al. 2; art. 2 al. 1, 2

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 2 Abs. 3

Neuer Antrag der Kommission

Streichen

Art. 2 al. 3

Nouvelle proposition de la commission

Biffer

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Sie haben einen korrigierten Entwurf erhalten, wonach Artikel 2 Absatz 3 zu streichen ist. Warum? Dieser Absatz ist schlicht und einfach nicht nötig. Er wurde ursprünglich eingefügt als Erklärung dafür, welches noch Sache des Bundesrates sei, nachdem Absatz 2 die Aufgabe der Kantone im Vollzug regelt. Aber eine genaue Sichtung der Lage hat ergeben, dass Absatz 3 nichts anderes als die allgemeine Aufgabe des Bundesrates umschreibt, nämlich Vollzugsvorschriften zu erlassen. Darum ist Absatz 3 überflüssig.

Hätten wir diese Streichung nicht beantragt, so hätte wohl die Redaktionskommission unter dem Zepher von Herrn Schweizer entsprechend gehandelt.

Angenommen – Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission: BBI

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 35 Stimmen
(Einstimmigkeit)

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.
Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen**

**Initiative parlementaire
CSSS-CE.
Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers**

*Zweitrat – Deuxième Conseil*Einreichungsdatum 13.02.02Date de dépôt 13.02.02

Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBI)

Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBI)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 06.06.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

*Antrag der Kommission**Mehrheit*

Eintreten

Minderheit

(Zäch, Borer, Dunant, Egerszegi, Stahl)

Nichteintreten

*Proposition de la commission**Majorité*

Entrer en matière

Minorité

(Zäch, Borer, Dunant, Egerszegi, Stahl)

Ne pas entrer en matière

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: In Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes wurde festgehalten, dass

die Kantone Beiträge an die Kosten der Spitalaufenthalte in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern von maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten zu leisten haben. Die Kantone interpretierten diesen Gesetzesartikel von Anfang an sehr eng, indem sie den Anteil für die grundversicherten Patienten weder bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt noch bei zusatzversicherten Patienten bezahlten. Dieser Gesetzesauslegung widersprachen auch die Krankenkassen, nicht nur die Parlamentarierinnen und Parlamentarier und das Bundesamt, die sich mit diesem Gesetz befasst haben. Diese Auslegung führte zu einer spürbaren Entlastung der Kantone und zu einer Abwälzung der Kosten auf die Kassen, d. h. auf die Prämien der Versicherten. Insbesondere stiegen die Prämien der Zusatzversicherungen markant an, was dann zu einer Kündigungswelle bei diesen Versicherungen führte. Für ausserkantonale Patienten wurde dieser Streit zwischen Kantonen und Kassen bereits 1997 auf dem Rücken der Zusatzversicherten entschieden. Daraufhin vereinbarten Kantone und Kassen ein Stillhalteabkommen bezüglich weiterer Prozesse für die innerkantonalen Patienten bis zum 31. Dezember 2000. Weil bis zu diesem Zeitpunkt keine Einigung zustande kam, wurden die Kantone mit dem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 30. November 2001 verpflichtet, auch für den Aufenthalt von zusatzversicherten Patienten ihren Anteil an der Grundversicherung, den so genannten Sockelbeitrag zu leisten.

Indem jedermann verpflichtet ist, eine Grundversicherung abzuschliessen und die entsprechenden Prämien zu bezahlen, besteht grundsätzlich für alle – unabhängig davon, ob lediglich eine Grund- oder auch eine Zusatzversicherung abgeschlossen wird – ein Anspruch auf Auszahlung des Kantonsbeitrages an einen Spitalaufenthalt. Mit dem Entscheid, eine Zusatzversicherung abzuschliessen, verzichtet niemand auf seine Grundversicherung – man hat ja gar keine Wahlmöglichkeit. Zusatzversicherte tragen neben den Beiträgen, die sie heute mit Steuern an die Defizitdeckung und an die Investitionskosten von Spitälern leisten, und mit dem Beitrag, den die Kassen an ihren Aufenthalt leisten, meist einen erheblichen zusätzlichen Deckungsbeitrag an die Defizite der Spitäler. Demzufolge müssten die Kantone und Gemeinden an einer möglichst grossen Zahl von Zusatzversicherten interessiert sein.

Weil sich die Kantone nach wie vor nicht über eine rückwirkende Regelung der Zahlungen an den Spitalaufenthalt von Zusatzversicherten einigen konnten, nahm der Ständerat mit seiner Parlamentarischen Initiative das Heft in die Hand und beschloss die heute in unserem Rat zur Diskussion stehende Vorlage. Bedingung für ein Inkrafttreten dieser Vorlage war eine Einigung unter den Kantonen und mit Santésuisse zur Regelung der Übergangszeit von 1996 bis 2002. Diese Einigung ist nun zustande gekommen, sodass die Bedingungen für die Zustimmung zu dieser Vorlage in der Schlussabstimmung von beiden Räten erfüllt sind.

Wie Sie auf der Fahne sehen, haben wir zum einen über den Antrag der Minderheit Zäch auf Nichteintreten zu entscheiden. Zum anderen hat in materieller Hinsicht die nationalrätliche Kommission eine erhebliche Differenz zum Ständerat geschaffen. Worum geht es? Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes bezieht sich auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler, nicht aber – dem Wortlaut entsprechend – auf Privatspitäler, welche in erheblichem Masse nicht nur zusatzversicherte, sondern auch grundversicherte Patienten behandeln, ihren Beitrag an die Ausbildung leisten und auch allgemeine Lasten übernehmen. Damit schaffen wir eine Ungleichbehandlung der Zusatzversicherten, die sich in einem privaten Spital, das sich auf der Spitalliste eines Kantones befindet, behandeln lassen, gegenüber den Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern.

Dieser Tatsache sind sich auch das Departement und der Bundesrat bewusst. Mit der Revisionsvorlage zur Spitalfinanzierung, die vom Ständerat bereits so verabschiedet worden ist, soll diese Ungleichbehandlung aufgehoben werden. Damit verbunden ist ein Übergang zur Subjekt- anstelle

der heutigen Objektfinanzierung, das heisst der Beiträge an die Institutionen. Es werden Vollkostenrechnungen verlangt, unter Einbezug der Investitionskosten, und Beiträge werden neu an die erbrachten Leistungen und nicht als Defizitgarantie an die Institution bezahlt. Damit haben dann alle Kantone auch ein klares Interesse an einer Kostendämpfung. Damit werden auch die Grundlagen für den Übergang zu einer monetarischen Spitalfinanzierung geschaffen.

Der Nichteintretensantrag möchte mit einer Beschleunigung dieser Spitalfinanzierungsvorlage den Systemwechsel sofort herbeiführen und alle Versicherten gleich behandeln. Damit würde sich nach Meinung dieser Minderheit die heutige Vorlage erübrigen. Auch die knappe Mehrheit der Kommission will diese Gleichbehandlung sofort erreichen; ich komme bei der Behandlung des Minderheitsantrages Baumann Stephanie darauf zurück.

Wir stehen jedoch heute vor der Aufgabe, auf die von den Kantonen, Santésuisse und dem Ständerat nach langen Diskussionen getroffenen Lösungen einzutreten und damit dem vom KVG gewollten Finanzierungsmodus endlich zum Durchbruch zu verhelfen. Damit soll das heutige Durcheinander der Zahlungspflichten und Zahlungsverweigerungen zugunsten der Patienten endlich klargestellt werden. Wir ermöglichen damit den Kantonen, ihre Verpflichtungen schrittweise zu übernehmen, und machen nicht einen mit erheblichen Mehrkosten verbundenen einzigen Schritt, der allenfalls sogar rückwärtsbezogen wäre – entsprechend dem Entscheid des Bundesversicherungsgerichtes –, wenn wir auf diese Vorlage nicht eintreten.

Die Kantone haben sich zwar vorwerfen zu lassen, dass sie sich während Jahren nicht auf diese Ausgangslage einstellen und nicht bereit waren, ihren Kostenanteil zu übernehmen. Sie haben sich aber heute einigen können.

Daher sollten wir auf diese Vorlage eintreten. Die Kommission hat dies mit 18 zu 5 Stimmen beschlossen.

Fattebert Jean (V, VD), pour la commission: Nous traitons d'une initiative parlementaire déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats dans sa séance du 13 février 2002. Cette initiative a été précédée d'une longue phase de réflexion et de négociations tendant à régler le problème de l'obligation des cantons de verser une contribution de base pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire.

La LAMal, dans sa version actuelle, prévoit à l'article 49 alinéa 1er que l'assurance obligatoire des soins couvre au maximum 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. L'assurance complémentaire rémunère les hôpitaux pour les frais supplémentaires occasionnés par des séjours en division privée ou semi-privée. Les autres coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés, y compris les frais d'investissement, sont supportés par les cantons voire par les communes.

Dès l'entrée en vigueur de la LAMal, les cantons et les assureurs-maladie se sont trouvés en désaccord sur l'interprétation de la loi. Les cantons pensaient limiter leur participation aux assurés au bénéfice de la couverture de base, alors que les assureurs, eux, estimaient ne pas avoir à supporter les parts cantonales sur les prestations de base pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire pour la division privée.

Les 16 et 19 décembre 1997, le Tribunal fédéral des assurances a déjà rendu un premier jugement obligeant les cantons à contribuer au coût des traitements hospitaliers fournis dans un hôpital public sis en dehors du canton de résidence de l'assuré, lorsque ce traitement est médicalement justifié, et ce indépendamment du type de division dans lequel l'assuré a effectivement séjourné. Le Tribunal fédéral des assurances ne s'est pas prononcé sur l'obligation pour le canton de contribuer aux mêmes soins dans le canton de résidence de l'assuré.

Le 7 juillet 1998, les partenaires réglaient les obligations dépendant de cet arrêt. Il était convenu que les assureurs-ma-

ladie renoncent à demander en justice l'équivalent pour les cantons de résidence. Pourtant, un arrêt du Tribunal fédéral des assurances daté du 30 novembre 2001 concluait clairement que les cantons ont l'obligation de contribuer également, pour une part correspondant aux coûts non couverts par l'assurance de base pour le traitement en division commune, aux frais de traitement des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, hospitalisés en division privée et semi-privée dans leur canton de résidence.

La commission du Conseil des Etats a délégué à une sous-commission la tâche de médiateur entre les cantons et les assureurs-maladie. Les parties ont manifesté une volonté de parvenir à un accord dont la validité s'éteindra avec l'entrée en vigueur de la 2e révision partielle de la LAMal. Toutefois, devant l'impossibilité des partenaires de parvenir concrètement à un accord, il a fallu en arriver à une intervention législative.

Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la LAMal, se référant aux arrêts du Tribunal fédéral des assurances, le Conseil fédéral a proposé que l'assurance obligatoire des soins et le canton supportent chacun, à raison de 50 pour cent, le financement des prestations fournies lors d'un séjour à l'hôpital, à condition que l'hôpital en question fasse partie de la planification du canton de la personne assurée.

Il eût été opportun de pouvoir incorporer les nouvelles données dans la 2e révision partielle de la LAMal. Pourtant, il est apparu rapidement que ladite révision prendrait du temps et qu'il fallait parer au plus pressé, d'où le projet de loi qui vous est proposé aujourd'hui. Il provient d'un compromis accepté par les partenaires, qui prévoit l'échelle graduelle qui est mentionnée à l'article 1er, soit 60 pour cent de prise en charge par les cantons en 2002, 80 pour cent en 2003 et 100 pour cent en 2004, la prise en charge pour l'année 2001 ayant été réglée de manière paritaire.

Par 18 voix contre 5, la commission vous invite à entrer en matière.

Zäch Guido (C, AG): Das vorliegende Bundesgesetz beinhaltet einen ungerechten politischen Handel: Die Bürgerinnen und Bürger, die sich eine Zusatzversicherung leisten, werden einmal mehr ungleich behandelt. Allen Geburtshelfern des KVG war immer klar, dass der so genannte Sockelbeitrag nicht nur den Grundversicherten, sondern auch den Zusatzversicherten zusteht. In einem ersten ungerechten Handel mit den Kantonen haben die Kassen in ein zweifelhaftes Stillhalteabkommen eingewilligt, und man hat das Problem damit einfach schubladisiert. Bezahlt haben dies die Zusatzversicherten Prämienzahlerinnen und Prämienzahler – volle sechs Jahre lang.

Vor einem Jahr wurde endlich ein Gericht angerufen, um den rechtlichen Sachverhalt festzustellen, und niemand ist erstaunt, dass es zu jenem Schluss gekommen ist, den alle erwartet haben: Die Zusatzversicherten haben zu Recht Anspruch auf den Sockelbeitrag. Statt den Gerichtsentscheid umzusetzen, entwirft der Ständerat nun eine weitere rechtsungleiche Lösung auf Kosten der Zusatzversicherten. Zusatzversichert sind vor allem mittelständische Personen, die sich besser absichern wollen. Während mittels Prämienverbilligung für die finanziell Schwächeren vorgesorgt wird, verweigert man dem Mittelstand, was ihm zusteht. Viele Zusatzversicherte haben jahrelang zu hohe Prämien einbezahlt und können sich nun im Alter die teure Versicherung nicht mehr leisten. Unser Gesundheitssystem braucht gerade aus finanziellen Gründen Versicherte, die bereit sind, für ihre Gesundheit mehr zu bezahlen. Die Entwicklung zu immer mehr Allgemeinversicherten und weniger Zusatzversicherten gefährdet das ganze System. Auch die Grundversorgung ist davon betroffen.

Stossend ist auch die Ungleichbehandlung von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auf der einen und den privaten Listenspitälern auf der anderen Seite. Machen wir uns nichts vor: Hier spielen die Kantone einmal mehr ihre Doppelrolle als Spitalfinanzierer und Spitalbetreiber aus –

Spitalbetreiber, die es natürlich schmerzt, ihren privaten Partnern im Gesundheitswettbewerb die gleichen Chancen zugestehen. Durch die vorgeschlagene Ungleichbehandlung werden die privaten Leistungserbringer bis 2005 benachteiligt, obwohl die in Arbeit befindliche Revision der Spitalfinanzierung schon jetzt gleich lange Spiesse vorsieht. Mit dem dringlichen Bundesgesetz sollen nach der Version des Ständerates – das muss hier klar festgehalten werden – die Kantone in diesem und im nächsten Jahr um total 300 Millionen Franken entlastet werden, und das auf Kosten der Zusatzversicherten. Mit ihrem Geld wird ein Problem rechtswidrig gelöst, das die Kantone selber verursacht haben und bei welchem die Politik viel zu lange zugeschaut hat.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates und jene unseres Rates haben bereits dem Grundsatz der gleich langen Spiesse für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler sowie für private Listenspitäler zugestimmt.

Ich ziehe deshalb den Nichteintretensantrag im Namen der Minderheit zurück, zähle aber auf die gemachten Versprechen, wenn es im Rahmen der Spitalfinanzierung darum gehen wird, die Gleichbehandlung endlich zu verwirklichen.

Guisan Yves (R, VD): Le groupe radical-démocratique soutient la proposition du Conseil fédéral à la suite de l'accord passé entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et les assureurs sur la participation des cantons au financement des séjours hospitaliers en division privée et demi-privée dans les établissements publics et subventionnés en vertu de la décision du Tribunal fédéral des assurances. Cette décision du groupe n'a toutefois été prise que pour des raisons de procédure – d'ailleurs non dépourvue de retournements multiples, soit dit en passant.

Le groupe radical-démocratique reste néanmoins convaincu que cette solution est insatisfaisante et ne peut être que provisoire. Tout en introduisant une amélioration dans le sens voulu par la LAMal, elle ne supprime pas complètement la discrimination entre patients au bénéfice d'une assurance complémentaire et assurés au bénéfice d'une couverture de base. Tous sont à la fois contribuables et affiliés à l'assurance obligatoire. Ils ont, par conséquent, les uns comme les autres, droit à la part de l'Etat et à celle de l'assurance de base qui leur revient. Dans cette optique, des modalités différentes de remboursement entre établissements publics ou subventionnés et cliniques privées ne se justifient certainement pas.

Si le groupe radical-démocratique n'a pas suivi ses commissaires, même si nous partageons tous cette même conviction sur le fond, c'est parce qu'il lui semble peu conforme aux usages de procédure et à l'esprit démocratique de sélectionner au sein d'un projet de révision un objet particulier pour le traiter à part, en dehors de ce contexte, en l'occurrence le financement hospitalier dans son ensemble.

Il avait été décidé initialement d'en rester à une loi fédérale ordinaire et d'attendre trois mois après son adoption pour s'assurer qu'aucun référendum n'était lancé afin d'introduire un effet rétroactif au 1er janvier 2002. Les dernières négociations entre parties concernées en sont revenues à une loi fédérale urgente, l'opération initialement prévue étant manifestement trop lente, tout en étant malgré tout entachée d'incertitudes.

De plus, il est encore moins question de pouvoir étendre le processus aux cliniques privées dans le cadre d'une loi fédérale urgente, cela aboutissant à un court-circuitage grossier du processus législatif ordinaire.

Malgré les difficultés de procédure, l'hésitation est bien compréhensible. Les cliniques privées sont incontestablement victimes de discriminations, puisque les patients qu'elles prennent en charge n'ont bénéficié jusqu'à présent ni de la part de l'Etat, ni de celle de l'assurance de base à laquelle ils ont légitimement droit. Il en est résulté un renchérissement considérable des assurances complémentaires puisqu'il leur appartenait de financer l'entier du traitement. Dans ces conditions, la proportion d'assurés au bénéfice d'une as-

surance complémentaire a passé de 29 pour cent lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 à un petit 20 pour cent actuellement. Cela n'est pas sans conséquences sur l'activité et la viabilité des cliniques privées.

Or, le paradoxe veut que les établissements officiels ne disposent pas d'une capacité suffisante pour absorber l'ensemble des malades qu'elles prennent en charge, de sorte qu'une complémentarité entre cliniques privées et hôpitaux publics est en quelque sorte incontournable. Il en résulterait une crise bien difficile à surmonter si celle-ci devait être compromise. Or, le maintien d'une situation inéquitable pendant encore quelques années mènera indubitablement à ce genre de situation, non sans causer une certaine inquiétude. Une autre raison d'hésiter tient au fait que la charge supplémentaire des cantons reste modérée en incluant les cliniques privées dans cet accord. Cela n'implique pas non plus un changement des pourcentages initialement prévus. Il y a lieu en effet de rappeler que le principal bénéficiaire n'est en effet ni le patient ni les hôpitaux, mais l'assurance complémentaire dont les primes devraient baisser et par conséquent devenir plus accessibles.

Mais évidemment, l'extension de la participation des cantons aux coûts générés par les patients pris en charge dans les cliniques privées postule à nouveau de renoncer à l'arrêté fédéral urgent pour en revenir à un arrêté fédéral ordinaire. Dans ces circonstances, le risque de référendum n'est certainement pas exclu, ce qui aurait pour conséquence de torpiller l'opération ou du moins de la retarder suffisamment pour aggraver encore bien davantage les inconvénients de cette mesure partielle.

Le groupe radical-démocratique vous prie donc d'entrer en matière et d'en rester à la décision du Conseil des Etats, mais il ne craint pas d'afficher haut et fort son intention de corriger ces disparités dès que possible. Cela implique un règlement rapide du financement hospitalier et l'entrée en vigueur de la deuxième partie de la révision de la LAMal dans les plus brefs délais.

Cavalli Franco (S, TI): Sie glauben mir sicher, wenn ich Ihnen sage, dass dieser Bundesbeschluss eine schwere Kost für den Magen vieler Mitglieder der SP-Fraktion darstellt. Auf der einen Seite leben wir immer noch unter dem beschämenden und unheilvollen Regime der Kopfprämien, wo der Milliardär und der kleine Angestellte genau gleich viel zahlen – auf dieser Welt eine einmalige Geschichte –, auf der anderen Seite schnellen die asozialen Kopfprämien doppelt so schnell in die Höhe oder steigen im Vergleich zur Zunahme der Gesundheitskosten doppelt so stark. Dies aufgrund von verschiedenen Systemfehlern im KVG, die alle zuungunsten derjenigen gehen, die weniger haben. So leben wir in einer Situation, wo die Krankenkassensteuer vor allem für Familien mit kleinen und mittleren Einkommen die überhaupt wichtigste Steuer in unserem Land geworden ist. Es ist eine Steuer, gegen die man nichts unternehmen kann. In dieser Situation, über welche die meisten Schweizer und Schweizerinnen zu Recht klagen, kommt der Bundesrat und sagt: Jetzt schenken wir den Privatversicherten mit einem dringlichen Bundesbeschluss ein paar hundert Millionen Franken. Das ist für unseren Magen schwere Kost.

Natürlich – und die Frau Bundesrätin weiss, wie schwer wir mit diesem Problem seit Monaten gerungen haben – wissen wir, dass das Bundesgericht so entschieden hat. Natürlich wissen wir, dass dieser Beschluss dem KVG-System immanent ist. Das ist allen klar. Aber es gibt noch viele Sachen, die systemimmanent sind und in diesem Land trotzdem nicht ausgeführt werden. Denken wir nur an die AHV usw. – das steht sogar in der Verfassung. Nichts ausser das Kräfteverhältnis in diesem Haus hätte uns z. B. daran hindern können, das KVG so zu ändern, dass das Problem dann nicht mehr systemimmanent gewesen wäre. Unserer Meinung nach wäre das auch demokratischer gewesen.

Für uns bedeutet Demokratie nicht gleich lange Spiesse für alle, sondern dass diejenigen, die weniger haben, mehr bekommen und vielleicht auch mehr zu sagen haben. Aber

eben: Wir kennen das Kräfteverhältnis in diesem Haus, und das ist auch ein Grund, weshalb wir am Ende entschieden haben, diese Kröte im dringlichen Bundesbeschluss zu schlucken.

Andererseits aber geht die Kommission, wenn auch nur mit Stichentscheid des Präsidenten, für uns viel zu weit, weil sie plötzlich, handstreichartig, versucht, einen Baustein dieses Systems herauszureissen. Damit bleibt man nicht systemimmanent, und das ganze System kommt ins Wanken.

Für uns wäre diese Erweiterung auf die Privatkliniken, die die Kommission vorgenommen hat, ein absolutes Hindernis für die schlussendliche Zustimmung zur Dringlichkeit. Diese Erweiterung ist absolut ungerechtfertigt, und zwar aus verschiedenen Gründen:

1. Es ist verfassungsjuristisch eigenartig, in einem dringlichen Bundesbeschluss einen Baustein eines normalen Gesetzes zu ändern.

2. Die ganze Diskussion kommt ja in der zweiten KVG-Revision auf uns zu. Führen wir sie dann zu Ende? Ich freue mich auf diese Diskussion, weil man dann über alles wird sprechen können. Zum Beispiel wird man alle wissenschaftlichen Arbeiten vorlegen können, die ganz klar beweisen: Je mehr im Gesundheitswesen privatisiert wird, je mehr Raum man den Privatkliniken gibt, desto mehr steigen die Gesundheitskosten. Wissenschaftlich gesehen gibt es keinen Zweifel, dass das so ist. Man wird versuchen, das hier zu widerlegen, aber man wird das nicht tun können. Man wird nur sagen können, dass man gewisse Interessen verteidigen will. Das ist gut, das ist ehrlich. Aber das muss man hier sagen; die Wissenschaft ist diesbezüglich ganz klar.

Wir müssen auch andere Sachen diskutieren, z. B. ob es ethisch ist, auf dem Buckel der Kranken Profite machen zu wollen. Für mich ist das völlig unethisch, aber es gibt vielleicht Leute, die einen anderen Begriff von Ethik haben. Wir werden auch über den Hotelleriezusatz sprechen, den die Kommission jetzt angenommen hat, d. h. über die Möglichkeit, dass sich jemand mit einem kleinen Zusatz in der Grundversicherung ein Einer- oder Zweierzimmer reserviert, ohne dafür auch noch den Chefarzt einkaufen zu müssen. All das gehört zur Diskussion; das ist eine tief greifende Diskussion, die lange und intensiv sein wird. Es wäre falsch, dieser Diskussion hier vorgreifen zu wollen.

In diesem Sinne wird unsere Fraktion der Vorlage zustimmen. Aber wir werden am Schluss der Dringlichkeit nur zustimmen können, wenn die bundesrätliche Version durchgeht.

Waber Christian (E, BE): Ich möchte zuerst meine Interessenbindung offen legen: Ich bin Stiftungsrat der Privatklinik SGM in Langenthal. Ich hätte also alles Interesse, hier eigentlich die Mehrheit der Kommission zu unterstützen. Es ist wirklich eine Ungerechtigkeit, dass die Privat- und die Halbprivatpatienten an den Privatkliniken des Kantonsanteils verlustig gehen. Gegen den Vorschlag spricht aber ganz klar – und da möchte ich meine Vorredner auch unterstützen –, dass sich die Privatspitäler der kantonalen Spitalplanung entziehen und somit eben auch in einem Wettbewerb mitspielen, wo sie nicht eingeschränkt sind, wo sie auch andere Dinge anbieten können, die eben ausserhalb der Spitalplanung liegen. Wie wollen wir die Kostenstrukturen in den Griff bekommen, wenn wir diese Planung total ausblenden und die Kosten nach dem Gerechtigkeitsprinzip gleichmässig verteilen?

Die evangelische und unabhängige Fraktion stimmt für die Variante gemäss Beschluss des Ständerates, bei der die privaten und halbprivaten Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bezahlt werden. Damit erreichen wir, dass eine Spitalplanung möglich ist, die einigermaßen gerecht ist und eben auch die Belastung der Kantone in Schranken hält. Wenn wir das nicht tun, dann kommen auch die Kantone in ihren Kostenstrukturen wirklich unter sehr grossen Druck, und wir können da nicht mehr herauskommen. Darum möchten wir, dass hier die Variante des Ständerates angenommen wird.

Borer Roland (V, SO): Kurz vorweg: Die grosse Mehrheit der SVP-Fraktion wird in dieser Vorlage die Mehrheit unterstützen.

Es gibt seitens ein Geschäft, bei dem man von verschiedenen Seiten her unter Druck gesetzt wird, und zwar massiv unter Druck gesetzt wird. Wenn ich mich daran erinnere, was seitens der Kantone alles aufgewendet wurde, um Druck gegen diejenigen aufzubauen, die hier die Mehrheit vertreten, dann finde ich es unglaublich. Es wurde gesagt, die Vertreter der Mehrheit würden bei den Kantonen sehr hohe Kosten auslösen, das sei unverantwortlich, und man wolle, typisch Bern, den Kantonen immer mehr Kosten übertragen. Wenn man das Ganze kurzfristig anschaut, könnte man noch die Meinung vertreten, dass dies richtig sei. Tatsache ist aber rückblickend, dass es primär die Kantone waren, welche die Probleme ausgelöst haben, und nicht der Entscheid einer parlamentarischen Kommission.

Wenn wir das Ganze bis in die Anfänge zurückverfolgen, auch die verschiedenen Massnahmen, die von den Kantonen ergriffen wurden, kann man eigentlich heute festhalten, dass bezüglich des Verhaltens der Kantone von Anarchie gesprochen werden muss – von Anarchie. Die Kantone lehnten einen Kompromissvorschlag, einen Finanzierungs-kompromiss, der ursprünglich von den Krankenversicherern kam, einfach so ab. Und es waren die Kantone, die den Rechtsweg beschränkten, bis vor das Eidgenössische Versicherungsgericht gingen und dort – das ist ein Fakt – verloren.

Und jetzt sollen die Parlamentarier hier in Bern für die Kantone, die eigentlich das Verfahren verursacht haben, das ganze Geschäft wieder richten. Sie können sich dafür hergeben, dass man die Rechtsprechung auf diese Art mit einem politischen Entscheid korrigiert, wenn man es sonst nicht beugen oder für sich ausrichten kann. Wenn Sie dieses Vorgehen gewisser Kantone unterstützen wollen, dann müssen Sie natürlich Ständerat, Bundesrat und Minderheit unterstützen. Sie können auch sagen: So geht es nicht! Es gibt einen Grundsatz der Gleichberechtigung aller Versicherten. Wenn Sie diesem Grundsatz nachleben wollen, dann geht es nicht anders, als dass Sie die Mehrheit unterstützen. Kurz gesagt: Am heutigen Zustand, am Desaster, das entstanden ist, tragen vor allem die uneinsichtigen Kantone Schuld und nicht die Politiker hier in Bern und nicht die Privatspitäler und vor allem auch nicht die Privatversicherten.

Wenn Herr Cavalli zum zehnten oder zwanzigsten oder dreissigsten Mal erzählt, dass es eine Ungerechtigkeit sei, wenn Grundversicherte Zusatzversicherte subventionieren müssen, auch wenn er es hundertmal wiederholt: Es ist falsch, es ist nicht korrekt. Wir haben in unserem Land nicht Grundversicherte einerseits und nur Zusatzversicherte andererseits. Wir haben in unserem Land Grundversicherte, die auch Zusatzversichert sind. So gesehen stimmt es einfach nicht, wenn man sagt, dass Grundversicherte jetzt Zusatzversicherte subventionieren müssen, wenn Sie dem Antrag der Kommissionmehrheit zustimmen. Diese Aussage, diese Behauptung ist schlichtweg falsch, auch wenn sie wiederholt wird. Sie ist nicht korrekt.

Wenn wir die Motivation anschauen, weswegen jemand heute eine Zusatzversicherung abschliesst, dann ist es oft nicht der Grund, dass der Zusatzversicherte in einem öffentlich-rechtlichen oder einem sich auf der Spitalliste befindlichen Spital in die halbprivate oder die private Abteilung gehen will. Es ist vielmehr die Überlegung, dass man mit dieser Zusatzversicherung das Spital selber auswählen kann. Es ist schon relativ eigenartig, wenn gewisse Kreise im ambulanten Bereich immer das Hohelied der freien Arztwahl singen, und auf der anderen Seite, wenn es um den stationären Fall geht, soll diese freie Arztwahl und damit verbunden auch die freie Spitalwahl plötzlich keine Gültigkeit mehr haben. Das ist ein Widerspruch.

Es bleibt mir nur, Sie noch einmal zu bitten, hier im Sinne der Kommissionmehrheit, die einen klugen Entscheid gefällt hat, zu entscheiden.

Ich bitte Sie, die Kommissionmehrheit zu unterstützen.

Ruey Claude (L, VD): On aurait peut-être pu penser, Monsieur le Président, que je m'exprimais au nom de la Cosama dont je suis le président. Ce n'est pas à ce titre-là que je m'exprime.

S'il y a un domaine qui est hybride, qui est un véritable patchwork, c'est bien le domaine de la santé dans ce pays, et la LAMal est un véritable manteau d'Arlequin. Il n'est pas étonnant qu'on puisse s'y perdre: un peu de concurrence, un peu d'étatisme, un peu d'économicité, un peu de prix administrés, un peu de planification, mais un peu de liberté, un peu de public, un peu de privé, et pour arranger le tout un peu de semi-privé et de semi-public.

Dès lors, tout le monde a des attentes extraordinaires par rapport à cette loi, par rapport aux effets qu'elle doit produire, et ces attentes sont parfaitement contradictoires parce que la loi qui a été adoptée ici dans cette assemblée à l'époque a été l'objet aussi d'intérêts parfaitement contradictoires qu'on a essayé de mettre ensemble et qui, évidemment, conduisent à ce que les promesses qui avaient été faites n'ont pas pu être tenues et ne seront jamais tenues.

L'une de ces promesses trahies, par exemple, c'est celle dont nous parlons aujourd'hui. A l'époque, et j'ai été chef de la santé publique du canton de Vaud, on avait fait aux cantons la promesse qu'en échange d'une plus forte participation aux frais d'hospitalisation de base, les assureurs prendraient plus fortement en charge les établissements médicosociaux. On a vu que, dans la pratique – et le canton de Vaud en a fait les frais, et quand je dis les frais, c'est par des dizaines de millions de francs que ça se chiffre –, cela ne s'est pas véritablement réalisé. Mais on avait dit aux cantons: «Vous participez pour la chambre commune, pour l'assurance de base, pour le public et ce qui est reconnu d'intérêt public et pour rien d'autre.» Et voilà que, patatras, le Tribunal fédéral des assurances vient expliquer que, de manière immanente à la loi, en effet, ce n'était pas ce que le législateur avait voulu, malgré ce qu'il avait dit dans cette assemblée. Les cantons se sont sentis trahis et, effectivement, nous sommes dans une situation boiteuse.

Aujourd'hui, il s'agit de mettre en place une solution transitoire. C'est sans aucun doute une forme d'emplâtre sur une jambe de bois, mais je crois et nous croyons qu'il est difficile de pouvoir faire autrement dans la situation où nous nous trouvons. Il va falloir donc rajouter une pièce au patchwork.

Mais j'aimerais bien que la pièce en question ne vienne pas rajouter à la confusion de ce patchwork, dans la mesure où l'on dit que dorénavant les cantons doivent participer au financement de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, que l'on n'entretienne pas une nouvelle confusion entre les chambres privées et semi-privées d'un hôpital reconnu d'intérêt public et d'un hôpital privé. Quelle est la différence entre une hospitalisation en chambre privée à l'hôpital de Nyon, reconnu d'intérêt public, et une hospitalisation en chambre privée à la clinique de La Source à Lausanne? Aucune différence: les mêmes soins, les mêmes médecins – souvent ils passent d'un hôpital à l'autre –, les mêmes prestations, la même prise en charge. Et l'on voudrait faire une différence entre les deux, donc introduire une nouvelle distorsion de concurrence? Ce serait une félonie à l'égard du secteur privé.

Et je le dis à M. Cavalli – je ne sais pas s'il a lu la LAMal –: l'article 39 de la LAMal explique bien que sont admis les hôpitaux et autres institutions du même type qui remplissent plusieurs conditions dont l'une est de figurer sur la planification cantonale, mais l'on rajoute «wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind». J'ai eu l'occasion de faire la liste cantonale vaudoise. On doit, et il y a une garantie donnée au secteur privé, introduire le secteur privé dans la planification. On n'a pas le droit de l'exclure purement et simplement. C'est le législateur qui l'a voulu.

Alors, vouloir tout à coup subventionner le patient en division privée qui irait en chambre privée dans un hôpital reconnu d'intérêt public, et non pas celui qui irait en chambre privée dans un autre hôpital reconnu mais qui, lui, ne demanderait

pas un sou à l'Etat jusqu'à maintenant, c'est une distorsion de concurrence et c'est contraire à la rationalité économique, dans la mesure également où l'assuré en question se sentira floué et risque bien, comme l'a relevé la commission, de renoncer à son assurance complémentaire. Et l'on sait bien que tout patient qui renonce à son assurance complémentaire pour la division privée engendre des frais supplémentaires pour les collectivités publiques.

Dès lors, il n'y a aucune raison de faire une inégalité de traitement entre le soin dispensé en division privée donné dans un hôpital subventionné et le soin dispensé en division privée donné dans un hôpital non subventionné.

C'est la raison pour laquelle le groupe libéral suivra la proposition de la majorité de la commission à l'alinéa 1er.

Cavalli Franco (S, TI): Monsieur Ruey, je vois que vous avez lu pour la première fois la LAMal ce matin, c'est bien, mieux vaut tard que jamais! Est-ce que vous avez compris la différence? A l'article 39 alinéa 1er lettre d LAMal, que vous avez lu en allemand, le fait de prendre en considération «angemessen» dans la planification établie par les cantons, cela veut dire qu'il ne faut pas reconnaître pour les organismes privés parce qu'autrement, toutes les chambres privées de Suisse devraient être admises.

Vous n'avez peut-être pas compris ce que vous avez lu, mais la LAMal prévoit qu'il faut tenir compte seulement des cas pour lesquels il y a nécessité, et pas des autres. Ce que vous prêchez maintenant, c'est d'admettre toutes les chambres privées. Cela ne figure pas dans la LAMal actuelle.

Ruey Claude (L, VD): Je crois effectivement que vous avez raison, Monsieur Cavalli – c'était la première fois que je lisisais la LAMal en allemand. En revanche, je la lis très souvent en français, et même en italien quelquefois, parce qu'en écrivant ma thèse, il m'arrivait de lire des textes en italien. Je veux bien vous relire le texte en vous le traduisant en français, si vous n'avez pas compris ce que je disais.

On parle de la liste des hôpitaux reconnus par les cantons. J'ai fait la liste des hôpitaux du canton de Vaud, je suis donc assez bien placé pour savoir ce qu'elle inclut. Il y a des hôpitaux publics et il y a des cliniques privées, qui sont incluses dans la liste tout en ne pratiquant pas l'assurance de base mais la chambre privée. Ce sont ces établissements-là qui sont dans la liste, la majorité de la commission le reconnaît. Il ne s'agit pas de prendre en considération toutes les cliniques et toutes les chambres privées des cantons qui sont hors liste. Je crois que nous sommes d'accord à ce sujet. Mais vous voulez enlever les cliniques privées reconnues par les cantons comme correspondant à un besoin. Je vous répète, en allemand, ce que dit l'article 39 alinéa 1er lettre d LAMal: «... wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind». Ich glaube, dass wir einverstanden sind, aber Sie liegen falsch.

Fasel Hugo (G, FR): Man könnte natürlich gerade bei dem anknüpfen, was zuletzt gesagt wurde. Man öffnet nur für die Privatkliniken, die auch auf der Liste der Kantone stehen, mit dem Resultat, dass man einen Tag später beklagen wird – mit dem Argument der Konkurrenzgleichheit und mit dem Argument der gleich langen Spiesse –, dass die einen Privatkliniken Beiträge bekommen und die anderen nicht. Damit hat man eigentlich doch nichts anderes gezeigt, als dass hier ein grosses Problem vorliegt.

Nun zuerst einige allgemeine Bemerkungen. Das Gesundheitswesen und dessen Kosten stehen heute, wenn wir die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes befragen würden, ganz weit oben auf der Traktandenliste, auf dem Sorgenbarometer, weil nicht alle Leute ihre Krankenkassenprämien gleich gut bezahlen können. Deshalb könnte man eigentlich jedes Mal, wenn das KVG in diesem Saal traktandiert wird, eine ganz breite Auslegeordnung des gesamten Gesundheitswesens machen und alle hängigen Probleme auflisten, eine offene Frage nach der anderen ebenfalls zur Debatte

stellen. Dazu würde dann die Frage gehören, wie man tragbare Prämien für tiefere Einkommensschichten schafft, die Frage des Sozialziels, wir würden die ganze Spitalfinanzierung in ihrer Gesamtheit diskutieren, wir würden die einkommensabhängigen Franchisen diskutieren, den Kontrahierungszwang, den Risikoausgleich usw.

Vor diesem sehr breiten Hintergrund, den ich deshalb auch erwähnt habe, ist die Vorlage, die wir heute zu behandeln haben, ein auf einen ganz engen Bereich beschränktes Geschäft. Deshalb will ich mich auch auf diesen Bereich konzentrieren. Es geht ja um nichts anderes, als dass wir den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, der im letzten November gefällt wurde, jetzt in einer dringlichen Vorlage umsetzen. Die Folgen dieses Entscheids bedeuten für die Kantone Mehrkosten in Schritten von 380, 500 und 630 Millionen Franken, dies bis ins Jahr 2004.

Daraus sollten – dies die zweite Schlussfolgerung – tiefere Prämien für Halbprivat- und für Privatversicherte resultieren. Allerdings wird es dann zu prüfen sein, ob diese Prämien auch tatsächlich sinken. Einmal mehr wird dann das Bundesamt für Privatversicherungen gefordert sein und einen Blick darauf werfen müssen. Wir haben mit diesem Bundesamt in anderen Bereichen allerdings nicht immer die besten Erfahrungen gemacht.

Wenn wir die Vorlage auch unter sozialpolitischen Kriterien beurteilen, können wir sagen, dass mit diesem Entscheid eine soziale Verschlechterung verbunden ist, da Privat- und Halbprivatversicherte, in der Mehrzahl Gutverdienende, entlastet werden. Die grüne Fraktion wird in dieser Vorlage ganz dem Ständerat folgen, der nichts anderes gemacht hat, als sich eng an den Bundesgerichtsentscheid zu halten. Wir werden deshalb den Einbezug der Privatspitäler, wie er von einer Mehrheit der Kommission vorgeschlagen wird, klar und deutlich ablehnen, weil wir es als falsch erachten, Artikel 49 des KVG jetzt im Rahmen einer Übergangslösung, im Rahmen von Dringlichkeitsrecht ändern zu wollen.

Es ist auch deshalb notwendig, keine Differenzen zum Ständerat zu schaffen und dieses Geschäft noch in dieser Session zu bereinigen, weil wir damit Ordnung in das Abrechnungswesen zwischen Versicherungen und Spitälern bringen. Es wäre eine ausserordentlich dramatische Situation, wenn wir die Privatspitäler hier auch aufnehmen würden, weil wir dann befürchten müssten, dass das Abrechnungschaos durch ein Referendum total würde. Das steht uns nicht an, das wäre schlechte parlamentarische Arbeit. Deshalb denke ich, wir sollten das, was wir jetzt regeln können, im Einverständnis mit dem Ständerat tun und umsetzen, sodass wir bei der Revision oder Teilrevision des KVG wiederum einen Schritt weiter sind.

Namens der grünen Fraktion beantrage ich Ihnen Eintreten und anschliessend Zustimmung zum Antrag der Minderheit Baumann Stephanie.

Le président (Christen Yves, premier vice-président): La proposition de non-entrée en matière est retirée.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die Innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

Detailberatung – Examen de détail

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Adopté**Art. 1***Antrag der Kommission**Mehrheit**Abs. 1*

.... in Halbprivat- und Privatabteilungen von auf der Spitalliste aufgeführten Spitalern:

....

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Baumann Stephanie, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Maury Pasquier, Robbiani, Rossini, Schmid Odilo)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 1*Proposition de la commission**Majorité**Al. 1*

.... privée des hôpitaux figurant sur la liste hospitalière:

....

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Baumann Stephanie, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Maury Pasquier, Robbiani, Rossini, Schmid Odilo)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Baumann Stephanie (S, BE): Ich möchte nach dieser Eintretensdebatte wiederholen, dass wir tatsächlich zwei Dinge auseinander halten müssen: die KVG-Revision und die Übergangsregelung.

Die grosse KVG-Revision läuft zurzeit. In ihr werden wir auch die Spitalfinanzierung à fond diskutieren. Wir werden eine Systemänderung diskutieren. Es ist ja vorgesehen, dass die Kantone nicht mehr die Spitäler subventionieren sollen, sondern sich bei den Leistungen beteiligen werden. Wir werden sicher auch die Frage der gleich langen Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Kliniken diskutieren. Aber wir werden diese gleich langen Spiesse nicht nur aus der Optik der Finanzierung anschauen, sondern wir werden auch sehr genau anschauen, welche Auflagen diese Privatkliniken dann zu erfüllen haben und welcher Planung sie unterstehen werden.

Hier und heute machen wir aber nicht eine grosse KVG-Revision, sondern lediglich eine Übergangsregelung bis Ende 2004. Diese Übergangsregelung regelt nur einen Teilbereich der Spitalfinanzierung. Wir müssen deshalb sicher in der Logik des KVG bleiben, wenn wir heute nicht ein Chaos anrichten wollen. Die Logik des geltenden KVG heisst: Die Kantone bezahlen an den Spitalaufenthalt in öffentlichen Spitalern, haben andererseits aber auch Einfluss auf die Zahl und das Angebot dieser Häuser, sofern sie diese Kompetenz überhaupt wahrnehmen wollen und können. Bisher bezahlten die Kantone ihren Beitrag nur für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung. Gemäss Gerichtsurteil müssen sie auch einen Beitrag beim Aufenthalt in der Privat- oder Halbprivatabteilung bezahlen. Aber dies geschieht immer nur in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern gemäss KVG.

Dieses Urteil des EVG hat der Ständerat jetzt in einem Übergangsgesetz festgeschrieben. Dieses Übergangsgesetz soll bis zum Inkrafttreten der grossen KVG-Revision gelten. Weil diese Übergangsregelung jetzt auch noch rückwirkend gelten soll – per 1. Januar dieses Jahres –, hat der Ständerat beschlossen, dass der Kantonsbeitrag gestaffelt eingeführt werden soll, damit der zusätzliche Aufwand, der für die Kan-

tone entsteht, in den Kantonsbudgets und Finanzplanungen auch sinnvoll eingeplant werden kann. Dieser sehr vernünftige Beschluss des Ständerates hat dann auch dazu geführt, dass die Kantone bereit waren, für das vergangene Jahr freiwillig eine Regelung mit den Krankenversicherungen zu treffen. Diese Regelung ist ausserhalb dieser Vorlage getroffen worden. Nach dem Ständeratsentscheid herrschte eine derartige Friede-Freude-Eierkuchen-Stimmung, dass die Mehrheit unserer Kommission übermütig beschlossen hat, dass sie in diesem Aufwasch auch gleich die Privatkliniken in diese Übergangsregelung einbeziehen will. Ich denke, in der Zwischenzeit haben viele aus der Kommissionsmehrheit Zweifel an ihrem Entschluss bekommen. Wir werden es dann bei der Abstimmung über diesen Artikel sehen.

Ich sage Ihnen noch kurz, was der Antrag der Kommissionsmehrheit bedeutet: Die Kantone werden zusätzlich belastet, mit 200 bis 300 Millionen Franken pro Jahr; im Gegenzug werden die Privatversicherungen entlastet, ohne dass die Versicherten davon profitieren. Der Aufenthalt im Privatspital wird vom Kanton subventioniert, ohne dass er das Angebot steuern kann. Er bekommt in dieser kurz gehaltenen Vorlage keine Kompetenzen. Die Privatspitäler könnten also weiter Risikoselektion betreiben. Der Antrag der Kommissionsmehrheit nützt also niemandem. Ich hoffe sehr – und langsam sieht es tatsächlich danach aus –, dass nach diesem Intermezzo in unserer Kommission wieder die Vernunft einziehen wird, dass wir eine klare rechtliche Grundlage schaffen werden und anschliessend in der grossen KVG-Revision die ganze Problematik à fond anschauen werden.

Pelli Fulvio (R, TI): Erlauben Sie mir zuerst, meine Interessenposition anzumelden: Ich bin Verwaltungsrat von zwei Tessiner Privatkliniken und gleichzeitig Mitglied des Verwaltungsrates der Holding, welche die beiden Privatkliniken sowie drei weitere Kliniken in Italien besitzt.

Die FDP-Fraktion hat mich beauftragt zu begründen, warum die Mehrheit der Fraktion die Minderheit Baumann und somit den Beschluss des Ständerates unterstützt. Die FDP-Fraktion versteht die Probleme sehr gut, mit welchen die Privatkliniken konfrontiert sind. Die Notwendigkeit für die Privatspitäler, mit den Krankenkassen über Tarife zu verhandeln, die alle Kosten der Grundversorgung zu decken haben, und zwar in einem Markt, in welchem sich die anderen Spitäler mit Tarifen begnügen können, die nur die Hälfte jener Kosten decken müssen, ist sicher keine einfache Aufgabe. Es ist deshalb keine Überraschung, festzustellen, dass es den Privatkliniken noch nicht gelungen ist, kostendeckende Tarife auszuhandeln, und dass sie deshalb verpflichtet sind, eine Kompensation zulasten der Privatversicherten und ihrer Prämien durchzuführen.

Diese ungesunde Praxis, deren Wurzeln in der Vergangenheit liegen, trägt dazu bei, das System der Zusatzversicherung und somit der Privatfinanzierung der Krankenvorsorge zu gefährden. Die Haltung der Mehrheit der Fraktion, welche den Beschluss des Ständerates unterstützt, ist in der Überzeugung zu verstehen, dass die Gleichstellung der öffentlichen und der privaten Spitäler im Rahmen der vom Ständerat schon entschieden und bei der nationalrätlichen Kommission liegenden KVG-Revision und nicht auf dringlichem Weg zu erreichen sei. Im Moment kann man den Kantonen nicht zumuten, Kosten in der Höhe von Hunderten von Millionen Franken zu übernehmen. Schon wegen dem Entscheid des Bundesgerichtes fühlen sich die Kantone unter Druck, weil sie bei der Bearbeitung ihrer Spitalplanung nicht vorausgesehen haben oder voraussehen wollten, welche finanziellen Folgen für sie entstehen würden. In die Spitalliste sind deshalb mehr oder weniger alle existierenden Spitäler aufgenommen worden. Es ist deshalb notwendig, den Kantonen noch etwas Zeit zu geben, um sich darauf vorzubereiten, die tatsächliche Hälfte der Finanzierung der Spitalkosten zu übernehmen.

Das muss aber kommen. Die FDP-Fraktion ist überzeugt, dass die neue Lösung rasch kommen muss. Das heute immer noch hinkende Finanzierungssystem hat keine Zukunft.

Die Versicherten beanspruchen richtigerweise das Recht, dass die volle Hälfte und nicht nur ein kleiner Teil der Kosten der stationären Behandlung endlich von den Kantonen zu tragen sei und diese nicht mehr über die Prämien auf sie überwältigt werden. Man könnte somit sagen, dass die Mehrheit der FDP-Fraktion heute den Kantonen die Verpflichtung zur Gleichbehandlung der Privatspitäler bedingt auferlegen will, und zwar mit einer kurzen Bewährungsfrist. Für eine starke Minderheit ist dagegen die Bewährungsfrist schon seit langem vorbei, sie stimmt deshalb der Mehrheit der Kommission zu.

Gross Jost (S, TG): Ich möchte Ihnen auch zuerst meine Interessenbindung bekannt geben: Ich bin im Verwaltungsrat eines öffentlich subventionierten Privatspitals und in einem zweiten Verwaltungsrat eines nicht öffentlich subventionierten Privatspitals, das aber auf einer kantonalen Spitalliste ist.

Ich möchte Sie trotzdem eindringlich – eindringlich! – ersuchen, auch im Sinne der Worte, die jetzt Herr Pelli hier an Sie gerichtet hat, der Minderheit Baumann Stephanie und dem Ständerat zu folgen.

Es geht hier darum, dass wir aufgrund der Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes im Rahmen der Zuteilung öffentlicher Mittel festlegen, in welchem Ausmass den Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern der Anspruch auf den Sockelbeitrag aus der Grundversicherung zusteht. Das ist unbestritten. Aber umstritten ist die Frage – und das ist die Kernfrage –: Wer soll in den Genuss dieser Subventionen kommen? Ich möchte Ihnen sagen, dass es nach den EVG-Urteilen klar ist, dass das nur Spitäler sein können, die eine Subventionsberechtigung oder einen öffentlichen Status gestützt auf Artikel 49 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes haben. Artikel 49 Absatz 1 spricht ganz klar von «öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern». Nach dem Willen des Gesetzgebers beschränken sich die finanziellen Leistungen auf diese Spitalkategorien. Herr Ruey, Sie haben sicher das Gesetz gelesen, aber Sie vermengen Artikel 39, die Spitalliste, mit Artikel 49, wo es um die Zuteilung staatlicher, öffentlicher Mittel geht.

Ich frage Sie: Wollen Sie im Rahmen eines dringlichen Bundesgesetzes Artikel 49 Absatz 1 KVG faktisch ändern und im Dringlichkeitsverfahren zusätzliche öffentliche Gelder zulasten der Kantone in der Höhe von etwa 300 Millionen Franken beschliessen? Dies würde in Abweichung von einem klaren Entscheid des Ständerates, ohne Vernehmlassung bei den Kantonen und über alle föderalistischen Bedenken hinweg geschehen. Herr Borer hat hier eine Schuldzuweisung an die Kantone vorgenommen; er hat sogar von «Anarchie» gesprochen. Im Gesundheitswesen können Bund und Kantone die grossen Probleme nur partnerschaftlich lösen. Sie können mit diesem Beschluss die Kantone nicht in dieser Art und Weise vor den Kopf stossen.

Es wäre – bei einem dringlichen Bundesgesetz, bei dem das Referendum erst nachträglich möglich ist – auch rechtsstaatlich ausserordentlich bedenklich. Das wäre ganz klar Notrecht zulasten der Kantone, und das würde den sorgfältig geschnürten Kompromiss der Leistungserbringer mit den Versicherern gefährden. Das würde zu einer Verzögerung des Inkrafttretens dieses Gesetzes führen, und letztlich würden wir mit diesem Entscheid die Vorlage zu einer Totgeburt machen. Es ist deshalb klüger, wenn wir hier dem klaren Entscheid des Ständerates und damit auch den eindringlichen Ermahnungen der Sanitätsdirektoren- und der Finanzdirektorenkonferenz folgen.

Die Spitalfinanzierung, die angestrebte Gleichbehandlung und der Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung sind Postulate der ordentlichen KVG-Revision. Hier müssen wir die Hausaufgaben machen. Wir müssen auch die Bedingungen für die Aufnahme in die Spitalliste enger fassen: Wir müssen einen Versorgungsauftrag voraussetzen. Wir müssen voraussetzen, dass solche Privatspitäler auch eine Allgemeinabteilung führen und dass sie am Notfalldienst betei-

ligt sind. Wir wollen doch keine Rosinenpicker subventionieren. Privatspitäler, die nur Privatpatienten behandeln, sollen keinen Anspruch auf staatliche Subventionen haben. Das ist auch kein verfassungsrechtliches Gebot. Wenn hier argumentiert wird, dieser Anspruch ergebe sich aus der Rechtsgleichheit, dann muss ich einfach sagen: Es geht hier nicht um die Rechtsgleichheit oder die Gleichbehandlung der Versicherten, sondern es geht um die Frage der Gleichbehandlung der Leistungserbringer bei der Zuteilung staatlicher Subventionen. Darauf gibt es keinen Rechtsanspruch, weder aufgrund der Wirtschaftsfreiheit noch aufgrund der Rechtsgleichheit.

Deshalb bitte ich Sie: Gefährden wir den sorgfältig ausgearbeiteten Kompromiss von Versicherern und Leistungserbringern nicht! Stossen wir die Kantone nicht vor den Kopf! Beenden wir das Chaos im Abrechnungsbereich der Spitäler! Schaffen wir keine Differenz zum klaren Mehrheitsentscheid des Ständerates!

Ich bitte Sie, dem Ständerat und der Minderheit Baumann Stephanie zu folgen.

Widrig Hans Werner (C, SG): Bei diesem entscheidenden Artikel 1 wird die grosse Mehrheit der CVP-Fraktion dem Ständerat zustimmen, d. h., den Antrag der Minderheit Baumann Stephanie unterstützen. Begründung: Bis heute gilt, dass der Gesetzgeber keine öffentliche Finanzierung der Privatkliniken vorsieht, und heute stellt sich die Frage: Soll man bei dieser Legiferierung einen Systemwechsel herbeiführen oder nur schrittweise die Umsetzung des Gerichtsentscheides ermöglichen? Unsere Fraktion ist der Ansicht, der Einbezug der Privatkliniken bei diesem Zwischenschritt wäre doch eine grundlegende Revision des KVG; deshalb ist davon abzuraten. Mit dem Entscheid gemäss Kommissionsmehrheit würden wir tief greifend ins KVG eingreifen, ohne einzubeziehen, wie die künftige Finanzierung der Spitäler aussehen soll, ohne Detailvorgaben an Spitalisten usw. Wir würden den Kantonen eine Verpflichtung aufbürden, die sie jetzt nicht haben. Eine solche Mehrbelastung sollten wir nicht beschliessen, ohne die Kantone angehört zu haben.

Der Einzelantrag Raggenbass zu Artikel 3 gehört natürlich bezüglich der Dringlichkeit auch hier hinein. Er ist in diesem Zusammenhang mit dem Minderheitsantrag zu Artikel 1 zu sehen. Wenn Sie der Minderheit Baumann Stephanie zustimmen, gehört der Antrag Raggenbass dazu, der die Position des Bundesrates bzw. des Ständerates übernimmt. Wir bitten Sie deshalb, auch dem Antrag Raggenbass zuzustimmen.

Die KVG-Revision, die voraussichtlich im Herbst dieses Jahres hier behandelt wird, hat ja bereits die ersten Vorboten geschickt. Derjenige von heute weist auf Artikel 49 hin, in dem es heisst, die Subventionierung solle öffentlich subventionierten Spitälern zugute kommen. Wie gesagt, wir sind der Auffassung, dass man nicht etwas über die Köpfe der Kantone hinweg ändern und sie so vermehrt die Kosten tragen lassen soll. Richtgrösse ist ein Fünftel, etwa 20 Prozent sind Leistungen von Privatspitälern in unserem Land; das sind etwa 200 Millionen Franken pro Jahr.

Eine Minderheit der CVP-Fraktion stimmt bei Artikel 1 der Kommissionsmehrheit zu, mit der Überlegung, dass alle Einwohner in unserem Land obligatorisch der Grundversicherung zugeteilt sind. Herr Jost, der Patient ist versichert und nicht das Spital; für mich als Vertreter der Minderheit ist es eigentlich unverständlich, dass man den Kantonen, die dieses Problem nun jahrelang vor sich hergeschoben haben, nun eine weitere Schonfrist einräumt.

Ich bitte Sie namens der grossen Mehrheit der CVP-Fraktion, bei Artikel 1 Bundesrat und Ständerat, d. h. der Minderheit Baumann Stephanie zuzustimmen. Der Einbezug aller auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler, also auch der Privatspitäler, muss in der kommenden, grossen KVG-Revision angegangen und gelöst werden.

Bei Artikel 3 bitte ich Sie logischerweise, dem Antrag Raggenbass zuzustimmen, der hier die Version des Ständerates übernimmt.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Der Diskussion um diese Gesetzgebung können Sie entnehmen, dass es sich hier kaum um einen gesetzgeberischen Höhenflug des Parlamentes handeln kann. Wir haben es hier meines Erachtens eher mit einem seltsamen Vorschlag zu tun, der sich nahtlos an das verunglückte Krankenversicherungsgesetz anschliesst. Wenn sich die Partner, um die es hier geht – Krankenversicherer und die Regierungen der Kantone –, nämlich einig wären, könnten wir darauf verzichten, eine solche Gesetzgebung zu erlassen. Aber offensichtlich gibt es trotz längst klarer Ausgangslage immer noch besondere Künstler, die nicht begriffen haben, welche Folgen das beschlossene Obligatorium im Krankenversicherungsbereich hat. Wir können die Probleme, Herr Gross Jost, nicht einfach auf die Leistungserbringer abschieben; das ist nicht der Kern der Problematik, die wir hier besprechen. Bei den Leistungen, welche in der Grundversicherung angeboten und konsumiert werden, haben alle eine Gleichbehandlung zugute. Das ist doch völlig klar. Für mich ist es selbstverständlich, dass der Grundversicherungsbereich bei einem Obligatorium für alle gleich zu handhaben ist: Es orientiert sich an der Beitragspflicht und nicht an dem Ort, wo die Leistungen bezogen werden.

Es kommt nun dazu, dass die Vereinbarung, um die es hier geht, nicht von allen mitgetragen wird. Es droht also neues Ungemach, wenn wir hier nicht Folge leisten. Es braucht nun den Gesetzgeber, der die fragwürdige Vereinbarung – sie ist rechtlich fragwürdig – mit Gesetzescharakter versieht, um die Durchsetzung überhaupt zu ermöglichen. Das heisst nun aber nicht, dass offensichtliche, in den vergangenen Jahren gemachte Fehlleistungen gemäss diesem Vertrag, den es umzusetzen gilt, von uns korrigiert werden sollen, indem wir neue Ungerechtigkeiten vorsehen.

Wenn Versicherte, welche im Privatspital Leistungen beziehen, nicht einbezogen sind, werden diese Leistungserbringer klar benachteiligt. Es werden aber vor allem die Versicherten benachteiligt, weil sie nämlich bei gleichem Leistungsbezug ungleich behandelt werden. Es würde mich deshalb nicht überraschen – sofern sich die Mehrheit der beiden Kammern für die Version des Ständerates entscheidet und sie sich durchsetzt –, wenn wir uns vor Inkraftsetzung der nächsten Revision des KVG, die ja zurzeit im Gange ist, wieder mit dieser Frage, die hier zur Diskussion steht, beschäftigen müssten, weil diese Position rechtlich unhaltbar ist und angefochten werden könnte. Mich würde es auch nicht wundern, wenn Privatspitäler aufgrund dieser Vorlage vor den Richter gehen und klagen, sie bzw. die Kunden, die in ihrem Privatspital liegen, würden ungerecht behandelt. Wenn sie damit Recht bekommen würden, dann ständen wir wieder vor einem Scherbenhaufen.

Die SVP-Fraktion wird in Artikel 1 am Antrag der Kommissionmehrheit festhalten, weil wir glauben, dass damit ein hängiges Problem sauber gelöst werden kann.

Rossini Stéphane (S, VS): Nous sommes ici dans une situation d'accord entre les cantons et les assureurs. Nous sommes ici dans une situation fédéraliste où toutes les propositions visant à transférer des compétences des cantons vers la Confédération sont systématiquement refusées. Alors, ne pensez-vous pas qu'en soutenant la proposition de la majorité de la commission, en tant que Parlement fédéral, nous avons une attitude incohérente par rapport aux autres décisions qu'il a prises et surtout une attitude d'arrogance à l'égard des cantons et des centaines de millions de francs de charges supplémentaires que nous allons leur imposer?

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Sehr verehrter Kollege Rossini, ich bin natürlich der Meinung, dass der Gesetzgeber im Land das Parlament ist und wir die Rahmenbedingungen schaffen, mit denen gearbeitet werden muss. Es geht nicht an, dass wir Vereinbarungen zwischen Kantonen und privaten Organisationen – das sind die Krankenkassen –, die, was die Bürgerin und den Bürger betrifft, meines Erachtens rechtlich nicht haltbar sind, nun einfach autonom nachvollziehen. Wir müssten den Vertrag – ich habe es gesagt –

nicht nachvollziehen, wenn sich die Vertragspartner wirklich einig wären. Es bräuchte keinen Gesetzgeber, wenn die Kantone und die Krankenversicherer ohne Ausnahme dieser Vertragsbestimmung ihre Zustimmung geben würden. Aber das Problem liegt eben darin – und darum braucht man uns –, dass einzelne Versicherungen und einzelne Kantone auch mit diesem Vertrag nicht einverstanden sind. Das ist das Problem, das uns vorliegt, und darum braucht es den Gesetzgeber.

Aber ich bin auch der Meinung, dass wir nicht Vollzugsorgan von Kantonsregierungen und privaten Organisationen sind, sondern wir sind Gesetzgeber und sind der Bevölkerung verpflichtet. Wenn wir einfach nachvollziehen, denke ich, vertreten wir zu einem wesentlichen Teil nicht die Interessen der Bevölkerung, und das kann ich nicht mittragen.

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Mehrheit der Kommission ist mit Stichtenscheid des Präsidenten, der seine Auffassung jetzt klar begründen konnte, der Meinung, dass die Gleichbehandlung der Zusatzversicherten in allen Spitälern sofort eingeführt werden muss, dass die Kantone lange genug die vom KVG vorgeschriebene Auszahlung des Sockelbeitrages an alle Versicherten hinausgeschoben haben. Sie haben sich damit Beiträge in Millionenhöhe erspart, zulasten der Versicherten, nicht zulasten der Institutionen. Die Kantone verpflichten sich denn auch in dieser Vereinbarung mit Santésuisse, für die Zeit bis zum 31. Dezember 2001 dafür rund 250 Millionen Franken pauschal zu bezahlen. Zwar diskutieren wir heute eine Übergangsregelung, die bis zum 31. Dezember 2004 gelten soll. Wir sind aber keineswegs sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt die ordentliche KVG-Revision in Kraft treten kann. Dort hat der Ständerat, wie ich dies bereits beim Eintreten ausgeführt habe, den Einbezug der Privatspitäler, die in der Spitalliste aufgeführt sind, auf Antrag des Bundesrates und von Frau Bundesrätin Dreifuss beschlossen. Herr Waber, dies zur Ergänzung: Hier können die Rahmenbedingungen gesetzt werden.

Die Kommissionmehrheit möchte diesem Entscheid sofort zum Durchbruch verhelfen, kann es doch für einige Spitäler existenzentscheidend sein, ob die Zusatzversicherten bereits heute oder erst in vier bis fünf Jahren den ihnen zustehenden Beitrag an die Behandlung erhalten oder nicht.

Die Kommissionminderheit vertritt die Auffassung, dass eine derart wichtige Gesetzesanpassung nicht via Übergangsrecht eingeführt werden dürfe, sondern im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren, wie dies der Ständerat vorgesehen hat. Nur so können auch die Rahmenbedingungen entsprechend vorbereitet werden.

Im Namen der Kommissionmehrheit ersuche ich Sie, den Antrag der Minderheit Baumann abzulehnen.

Fattebert Jean (V, VD), pour la commission: A mon tour de vous rappeler rapidement, parce que les principaux arguments, vous les avez déjà entendus, que c'est par un vote de 10 voix contre 10, avec la voix prépondérante du président, que la commission a tranché en faveur d'un élargissement de la décision du Conseil des Etats aux cliniques privées.

Elle a estimé qu'il n'y avait pas lieu de discriminer les assurés au bénéfice d'assurances complémentaires hébergés ici ou ailleurs. Elle prend de ce fait la direction qui est prévue de toute façon dans la deuxième révision de la LAMal. Il faut souligner que les accords qui ont été conclus l'ont été entre les cantons et les assurances, mais pas forcément avec les cliniques.

La minorité estime que la majorité de la commission fait des cadeaux aux cliniques privées. La majorité, elle, estime que les cliniques privées font partie du paysage hospitalier et que toute planification hospitalière doit en tenir compte. Dans cette perspective, il y a aussi des économies possibles sur le plan des investissements.

De plus, nous devons éviter que trop de personnes ne quittent les assurances complémentaires. Les prestations de ce

genre laissent un bénéficiaire qui subventionne indirectement les soins de base. M. Cavalli assurait tout à l'heure que les cliniques privées augmentent le coût de la santé. Il est évident que globalement, s'il y a plus de prestations plus luxueuses, cela augmente le chiffre total, mais ces suppléments sont financés par les assurés concernés. Cela va même, à ma connaissance, au-delà: cela permet de financer partiellement l'assurance de base.

Nous vous recommandons donc, à l'article 1er alinéa 1er, de suivre la majorité de la commission.

Drefuss Ruth, conseillère fédérale: J'ai renoncé à prendre la parole dans le débat d'entrée en matière, d'une part parce qu'elle n'était pas combattue et d'autre part, à tout seigneur tout honneur, parce que certains ont parlé de projet du Conseil fédéral. J'aimerais quand même rendre hommage au Conseil des Etats qui a pris l'initiative de ce texte, mais la collaboration entre l'administration et le Parlement a été, je crois, optimale. Nous nous trouvons face à un ensemble de bonnes volontés qui aimeraient que l'application de la LAMal se fasse dans la plus grande sérénité possible et que le long conflit qui a opposé les caisses-maladie et la Confédération aux cantons depuis l'entrée en vigueur de la LAMal puisse être réglé d'une façon qui ne soit pas chaotique, d'une façon qui permette de gérer ce passage, à notre avis déjà bien tardif, qui ne s'est pas fait entre l'ancienne loi et la LAMal.

La loi actuelle est claire, j'aimerais le dire à M. Ruey, ancien chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. Il n'y a aucune raison de priver des assurés – tous sont des assurés qui bénéficient de la couverture de base (assurés de base), tous sont des assurés d'une assurance obligatoire – de la part que le canton verse en cas d'hospitalisation dans les hôpitaux qu'il subventionne, et seulement dans ceux-là. La logique que je souhaite dépasser, et c'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a fait des propositions pour changer les règles de financement des hôpitaux, c'est celle qui consiste à dire que le canton paie dans ces hôpitaux pour les personnes qui n'ont que l'assurance de base. Les cantons doivent se rendre compte qu'avec la LAMal, les personnes qui ont une assurance complémentaire sont aussi des assurés de base qui ont droit exactement au même traitement.

Nous nous situons bien ici dans le cadre de la LAMal. Les rapporteurs, en particulier, ont souligné que cette loi doit être révisée. La révision, que nous vous proposons par ailleurs – qui a déjà bien passé le cap du Conseil des Etats, et je ne doute pas qu'elle passera aussi le cap du Conseil national – consiste à dire ceci: pour pouvoir traiter sur un pied d'égalité les cliniques privées et les hôpitaux subventionnés, il faut que les mêmes règles de financement s'appliquent aux traitements dispensés dans un hôpital privé non subventionné, à condition qu'il corresponde à la planification déterminée et figure sur la liste hospitalière avec un mandat de prestations. Il y a donc une logique à dire que la seule chose qui nous intéresse maintenant, c'est de savoir comment nous pouvons, par une solution transitoire, rendre plus facile la pleine application de la loi actuelle, tout en préparant une révision qui élargira le droit des personnes qui ont des assurances complémentaires. Donc, la séparation me paraît justifiée.

C'est la raison pour laquelle je vous invite très fermement à suivre la minorité à l'article 1er alinéa 1er.

Mais il y a une autre chose qui est importante. Je l'ai dit, l'objectif, c'est de réduire autant que possible le caractère peu harmonieux du fonctionnement de la LAMal. Il est peu harmonieux parce qu'il y a beaucoup d'intérêts qui sont touchés. Beaucoup de dysfonctionnements ont été mis en évidence par la LAMal, beaucoup de choses qu'on acceptait depuis des décennies parce qu'on ne se rendait pas compte de ce qui se passait. Avec le nouveau système, on comprend de mieux en mieux le fonctionnement, et cela crée passablement de difficultés, d'antagonismes et de tentatives de tirer la couverture à soi. Donc, sans du tout cacher ces problèmes, je trouve que c'est un des immenses avantages de la LAMal que d'avoir mis en évidence les dysfonctionnements du système et de nous permettre de les corriger, de

faire des incitations ciblées, car il faut quand même éviter, là où on le peut, que la mer soit trop agitée. Dans le domaine du financement des hôpitaux, il est vrai qu'elle a été terriblement agitée. C'est la raison pour laquelle nous considérons qu'il faut d'abord créer les conditions pour que les cliniques privées puissent également jouir du même modèle de financement que les hôpitaux publics, conditions qui ne sont aujourd'hui pas réalisées.

Parmi les conditions non réalisées, il est clair que le système de financement reste de toute façon différent, actuellement, puisqu'il y a une obligation des cantons de couvrir les déficits de leurs propres hôpitaux; pas de payer pour les prestations, mais de payer pour les déficits. Nous voulons changer cela au moyen de la révision. Nous voulons un système de comptabilité qui soit plus transparent. Cela s'est révélé assez difficile à mettre en place, mais nous sommes à bout touchant.

Nous voulons que les listes hospitalières soient établies par les cantons et qu'elles incluent et traitent de la même façon les hôpitaux publics et les cliniques privées. Cependant – et nous avons accepté cette stratégie parce qu'il peut être difficile d'être chef du Département de la santé dans un canton, bien plus difficile que de l'être au niveau de la Confédération – la difficulté est la suivante. Beaucoup de cantons ont dit: «Nous faisons une planification pour le nombre de lits dans les hôpitaux publics, mais les cliniques privées, nous les prenons toutes sur la liste; qu'elles soient nécessaires ou pas, qu'elles correspondent à un besoin ou pas, à partir du moment où elles correspondent aux règles professionnelles. Donc, même si elles sélectionnent certains types de traitements lucratifs, même si elles utilisent une niche particulière et qu'elles font concurrence éventuellement à des hôpitaux qui ont une tâche publique beaucoup plus importante, les directeurs cantonaux des affaires sanitaires les prennent par gain de paix. Il faut donc une liste A qui repose sur une analyse des besoins, et une liste B où tous les établissements figurent, à condition que les conditions d'hygiène, de formation, d'installation, etc., soient remplies.»

Dans le cadre de cette double liste, il n'est pas possible de partir de l'idée que les cantons rémunéreront toutes les prestations fournies dans ces cliniques, qu'elles correspondent ou non à un besoin. Il nous faut d'abord des conditions de planification, une responsabilité cantonale, une analyse générale des besoins. A ce moment-là, on pourra dire: «Mettons au concours ces différents besoins entre le public et le privé», et je tiendrai parole. J'ai toujours dit qu'il n'y avait aucune raison de ne pas traiter une clinique privée de la même façon qu'un hôpital public. Mais on devra lui donner, à ce moment-là, un mandat de prestations; on devra lui demander éventuellement des services à la population en plus de ce qu'elle est prête à fournir spontanément. Il faudra lui demander d'avoir peut-être une section qui accueillera les personnes qui ne sont que des assurés de base, une section générale.

Donc, vous voyez que les conditions-cadres ne sont pas encore réalisées. Nous allons les réaliser au moyen de la réforme qui est actuellement devant le Parlement et c'est la raison pour laquelle nous disons de ne pas le faire dans le cadre de cette loi fédérale urgente, car cela introduit un élément étranger à la LAMal en vigueur. Je remercie en particulier ceux qui ont des liens avec les cliniques privées. Je pense à MM. Weber et Pelli qui, tout en reconnaissant leurs liens d'intérêts avec ces dernières, disent: «Aujourd'hui, ce que nous voulons, c'est que la LAMal soit appliquée, et si elle n'est pas appliquée tout de suite avec toute la rigueur voulue, alors qu'elle le soit d'une façon qui permette aux cantons et aux caisses-maladie de gérer ce passage.» Je m'engage, comme je l'ai déjà fait et le message du Conseil fédéral en est la preuve, à régler le problème de l'harmonisation des conditions de fonctionnement des cliniques privées et des hôpitaux publics à travers la réforme qui est aujourd'hui devant le Parlement. Mais parce que les choses sont déjà entre vos mains, ne mélangez pas aujourd'hui l'application de la LAMal telle qu'elle est et les projets dont vous aurez à débattre, je l'espère, en septembre.

Je vous prie donc d'accepter la proposition de minorité Baumann Stephanie. Vous rendez un service aux cantons.

L'analyse de M. Borer est juste, je la partage. Les cantons ont économisé pendant des années, en partie par ignorance de l'interprétation de la loi. Il ne suffit pas que je leur explique la loi pour qu'ils changent d'opinion, je le reconnais volontiers. Il faut parfois la force d'un tribunal pour confirmer une analyse du Conseil fédéral ou de l'administration, mais nous les aidons à faire cette transition, et je crois que c'est nécessaire.

Je vous donne une information qui m'a étonnée. Je parlais de l'idée que le nombre de personnes assurées en division privée et semi-privée continuait à diminuer, ce que nous ne souhaitons pas. Je puis vous rassurer, les derniers chiffres montrent une stabilisation du nombre de personnes assurées en privé et en semi-privé. On peut certainement partir de l'idée que le calendrier des réformes que nous avons fixé permettra de maintenir les qualités de notre service.

Il est sage de soutenir la proposition de la minorité et d'adhérer à la décision du Conseil des Etats.

A propos, mais ça n'a rien à voir avec l'objet, cet après-midi je rencontrerai les directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Je crois que ça serait positif si je pouvais leur dire qu'il n'y a pas de divergences entre les deux Chambres ou seulement des divergences faciles à éliminer; nous le verrons tout à l'heure avec la dernière proposition. En fait, vous pouvez confirmer maintenant l'accord passé par les cantons avec les caisses-maladie. Celui-ci porte sur l'année 2001, et la transition se fera dans l'ordre. Vous aurez économisé de l'argent, vous interpréterez la loi comme elle doit l'être, et vous concrétiserez le système mis en place par la LAMal, à tout le moins en grande partie, en ayant enfin tiré un trait sur un passé marqué par des conflits.

Ruey Claude (L, VD): J'ai pris note des engagements intéressants que vous avez pris et des pistes que vous avez évoquées, et je vous pose deux questions:

1. Lorsque vous dites qu'il est urgent d'attendre – certains de nos collègues disent aussi qu'il y a un vrai problème, mais qu'il est urgent d'attendre –, ne croyez-vous pas que l'on finira par attendre que les cliniques privées aient «crevé» pour ensuite se mettre à leur chevet?

2. Vous avez évoqué une question de principe que je comprends parfaitement. Vous dites que l'on ne subventionnera pas des chambres privées dans des hôpitaux qui ne sont pas subventionnés par les pouvoirs publics. Mais j'aimerais vous demander si vous savez que les subventions des cantons pour les hôpitaux reconnus d'intérêt public ne portent pas sur les chambres privées. En tout cas dans mon canton, les subventions publiques pour les hôpitaux publics et reconnus d'intérêt public ne portent pas sur la partie privée de cet hôpital. Par conséquent, quelle différence faites-vous entre une partie privée d'un hôpital public non subventionné et un hôpital privé non subventionné? Personnellement, je ne vois pas la différence.

Drefuss Ruth, conseillère fédérale: A la première question, je réponds, premièrement, qu'il n'y a plus de réduction de la proportion des personnes assurées en division privée et semi-privée. Donc, la clientèle est encore là. Deuxièmement, il n'y a pas de trou dans le financement des cliniques privées. Est-ce que dans les négociations tarifaires, comme quelqu'un l'a dit tout à l'heure, il arrive que les caisses-maladie tirent davantage la couverture à elles? Pour moi, dans d'autres cas, ce sont les cliniques privées. Je ne peux pas juger de la justesse absolue du tarif, mais je peux vous assurer que le système de la LAMal garantit également que les cliniques privées qui remplissent les conditions légales reçoivent leur financement pour les prestations LAMal. Vous savez qu'il y a même eu, là aussi, des arrêts du Tribunal fédéral des assurances.

S'agissant de la rémunération des séjours en cliniques privées par l'assurance de base, les caisses-maladie prévoient le financement non seulement de l'intégralité de la partie de base, mais également des investissements dans les cli-

ques privées. Dans les tarifs négociés avec les caisses-maladie, les investissements sont également pris en compte dans leur intégralité. Je ne peux pas vous présenter ici les excellents graphiques de mes collaboratrices et de mes collaborateurs de l'OFAS, mais il y a plusieurs éléments dans un forfait hospitalier ou une facture hospitalière: les investissements qui, pour les hôpitaux privés, sont pris en charge pour partie par l'assurance de base également, par les cantons dans les hôpitaux publics et pas du tout par l'assurance de base. Pour la partie qui correspond aux prestations de base, l'assurance de base finance les prestations LAMal fournies dans une clinique privée également, et dans un hôpital public, c'est 50–50. Enfin, en ce qui concerne le surplus, ce qui est lié au confort, au libre choix du médecin, etc., cela est payé intégralement par l'assurance complémentaire. Dans ce sens-là, il n'y a pas de lacune. Les cliniques privées, quant à elles, peuvent facturer l'ensemble, et il n'est pas question pour nous de les faire disparaître.

Le problème que vous avez soulevé dans votre deuxième question est juste, et c'est ce qui me fait agir. M. Cavalli en parlait tout à l'heure. J'essaie depuis six ans de convaincre mes collègues. Je n'ai pas réussi à le faire, mais ils se sont résignés, je crois, à la chose. Je pars de l'idée que dans un système obligatoire d'assurance-maladie, chaque assuré, pour la partie obligatoirement remboursée par l'assurance-maladie, doit être traité de la même façon. C'est une interprétation, et le Tribunal fédéral des assurances l'a fort bien dit, qui veut qu'aucun assuré n'a pas à payer lui-même pour la partie des prestations de base. Cela est garanti, Monsieur Ruey.

Avec le système décrit tout à l'heure, la protection tarifaire est garantie également pour la personne assurée qui est hospitalisée dans une clinique privée. Ce n'est ni elle ni son assurance complémentaire qui doit payer pour l'intégralité des prestations de base, mais son assurance de base. En d'autres termes, sur le plan juridique, ce que je dis ici est évident: si une caisse-maladie exigeait aujourd'hui des cantons la prise en charge d'une partie des coûts du traitement dans une clinique privée, elle n'aurait aucune chance. Je le dis vraiment avec l'assurance de quelqu'un qui se bat depuis six ans pour que la LAMal soit correctement interprétée, y compris par les cantons.

Excusez-moi d'avoir été un peu longue. Votre question avait l'avantage de la brièveté, mais je crois qu'il était nécessaire de rétablir les choses.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 101 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit 64 Stimmen

Art. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission

Abs. 1

Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Wird das Referendum gegen dieses Gesetz ergriffen, bestimmt der Bundesrat über das Inkrafttreten.

Antrag Ragggenbass

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 3

Proposition de la commission

Al. 1

La présente loi est sujette au référendum facultatif.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Si elle fait l'objet d'un référendum, il appartient au Conseil fédéral de fixer la date de son entrée en vigueur.

Proposition Raggenbass

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

La présidente (Maury Pasquier Liliane, présidente): J'attire votre attention sur une erreur qui figure dans les deux dépliantes, en français et en allemand, dans la colonne de gauche: Il s'agit bien du projet de la commission du Conseil des Etats et non pas du projet de celle du Conseil national.

Raggenbass Hansueli (C, TG): Mit meinem Antrag will ich das Gesetz mit dem Ständerat und dem Bundesrat dringlich erklären; Sie sehen das auf der Fahne. Mein Antrag ändert an der rückwirkenden Inkraftsetzung per 1. Januar 2002 und der limitierten Dauer des Gesetzes bis 31. Dezember 2004 nichts; ich verweise auf Absatz 2.

Die Kombination von Dringlichkeit und rückwirkender Inkraftsetzung ist verfassungsrechtlich heikel und wurde bisher noch nie praktiziert. Wie Bundeskanzlei und Bundesamt für Justiz übereinstimmend festhalten, bestimmt zwar Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung, dass ein dringlich erklärtes Gesetz sofort in Kraft gesetzt wird; die Bestimmung lässt jedoch offen, ob das Parlament in der Wahl des Termins des Inkrafttretens frei ist. Artikel 165 Absatz 2 der Bundesverfassung besagt, dass ein dringlich erklärtes Gesetz ein Jahr nach Annahme durch das Parlament ausser Kraft tritt, wenn das Referendum dagegen ergriffen wird und das Gesetz vom Volk nicht innert Jahresfrist angenommen wird. Dieser Passus könnte nun so gedeutet werden, dass eine rückwirkende Inkraftsetzung eines dringlichen Bundesgesetzes nicht vorgesehen ist. Zwingend ist diese Auslegung jedoch nicht.

Beim vorliegenden Bundesgesetz haben wir jedoch einen ganz speziellen Fall vor uns, der die dringliche Inkraftsetzung zwingend erheischt und eine kurzfristige Rückwirkung notwendig macht:

1. Die betroffenen Kantone und Krankenversicherer haben die Abmachung und damit quasi das Gesetz weitgehend akzeptiert. Die Spitäler sind intern sogar bereits angewiesen worden, so abzurechnen, wie wenn das Abkommen bereits in Kraft wäre. Faktisch sind die Kantone davon ausgegangen, dass der Nationalrat dem Ständerat zustimmen würde. Nachdem die Spitäler lange Zeit nicht mehr voll Rechnung gestellt haben, ist die Situation jetzt deblockiert, und die Rechnungen treffen massenhaft bei den Krankenversicherern ein.

2. Der Wirkungstermin muss aus Abrechnungsgründen auf Beginn eines Jahres angesetzt werden, ansonsten die Lösung für die Kantone und Krankenversicherer nicht handhabbar wäre.

3. Auf die Rückwirkung ist mit der Abstufung gemäss Artikel 1 – im Jahr 2002 nur 60 Prozent, im Jahr 2003 nur 80 Prozent – bewusst Rücksicht genommen worden.

4. Die Dringlichkeit ist in hohem Masse ausgewiesen. Ohne Dringlicherklärung würde die heutige, inakzeptable Unsicherheit zwischen Kantonen, Spitälern und Krankenversicherern in unzumutbarer Weise weiter bestehen, mindestens bis Oktober 2002 oder sogar bis Januar 2003. Die Rückwirkungsdauer würde dadurch überdies ohne Not ausgedehnt.

Bis zur Inkraftsetzung des Gesetzes wäre unklar, wie die Kostenübernahme durch die Kantone in der Praxis und konkret abzuwickeln wäre. Der Kantonsbeitrag ist für jedes einzelne Spital bzw. für jeden Spitalaufenthalt geltend zu machen. Insbesondere sind die anrechenbaren Kosten äusserst schwierig zu ermitteln, und der massgebliche Assura-Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes spricht sich dazu nicht aus. Die einzelfallweise Abwicklung wäre überaus aufwendig und komplex, wenn nicht gar teilweise

nicht machbar. Es wären darüber hinaus weitere Gerichtsverfahren vorprogrammiert. Die Spitalrechnungen blieben teilweise in der Schwebe, da bis zur definitiven Bereinigung wohl die Gerichtsverfahren abgewartet werden müssten.

Die Dringlicherklärung stellt die einzige Möglichkeit dar, um die Vereinbarung zwischen Kantonen und Krankenversicherern mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Erfolg zu führen. Ohne Dringlicherklärung steht die Übereinkunft auf dem Spiel. Die Beseitigung der letzten Differenz zum Ständerat führt zu einer schnellen Lösung und Inkraftsetzung.

Ich bitte Sie deshalb um Zustimmung zu meinem Antrag.

Gross Jost (S, TG): Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, den Antrag Raggenbass zu unterstützen und das Gesetz für dringlich zu erklären. Vieles ist schon gesagt, ich kann mich kurz fassen.

Es braucht ein für dringlich erklärtes Bundesgesetz, das sofort zur Wirkung kommen kann. Alles andere wäre eine Einladung an gewisse Versicherer, das Referendum zu ergreifen. Ein grosser Versicherer, das wissen wir, der die Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes erwirkt hat, ist schon in den Startlöchern. Damit würde dieser sehr wohl vertretbare Kompromiss, den wir jetzt im Grundsatz gebilligt haben, gefährdet. Das Gesetz wäre ohne Dringlicherklärung tot, bevor es aus der Taufe gehoben wäre. Damit würde auch – es ist gesagt worden – eine zusätzliche Differenz zum Ständerat geschaffen. Das Inkrafttreten würde sich zusätzlich verzögern. Damit würde auch die rückwirkende Anwendung für 2002 infrage gestellt oder prekär. Schon eine halbjährige Rückwirkung ist prekär, ist nicht unbedenklich, ritzt das Prinzip des Gesetzesvorbehaltes. Wenn wir jetzt hingehen und das Ganze durch diese Differenz noch zusätzlich verzögern, die Rückwirkung noch länger wird, wäre das rechtsstaatlich bedenklich; deshalb ist der Schönheitsfehler, auf den Herr Raggenbass hingewiesen hat, dass dieses für dringlich erklärte Gesetz länger als ein Jahr in Wirkung wäre, rechtsstaatlich weniger bedenklich, als wenn die Rückwirkung neun, zehn, elf Monate andauern würde.

Wir befinden uns in einer ausserordentlichen Situation. Es ist ein Gesetz für einen gesetzgeberischen Notstand, der aufgrund dieser EVG-Urteile entstanden ist; deshalb ist diese Dringlicherklärung sehr wohl vertretbar und absolut notwendig, damit das Gesetz überhaupt in Wirkung treten kann, und zwar sofort.

Ich danke Ihnen für die Zustimmung zum Antrag Raggenbass.

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Sie sehen, wir haben hier eine Differenz zwischen National- und Ständerat. Die Kommission hat auf Antrag und Wunsch der Bundeskanzlei auf die Dringlichkeit verzichtet und ein normal in Kraft tretendes Gesetz beantragt. Die Begründung der Bundeskanzlei war, dass es noch nie ein dringliches Bundesgesetz gegeben hat, das gleichzeitig auch noch rückwirkend in Kraft tritt.

Ich kann mich aber mit dem Antrag Raggenbass sicher einverstanden erklären. Er schafft Rechtssicherheit. Wir wissen dann, dass die Vereinbarung, welche mit sehr viel Herzblut, gegen sehr viel Widerstand der Kantone, mit sehr viel Engagement von allen verschiedenen Kreisen nun unter Dach und Fach gebracht wurde, auch sofort in Kraft treten und ihre Wirkung entfalten kann – im Interesse eines raschen und tragenden Entscheides. Das kann auch die Bundeskanzlei letztlich «schlucken», möchte ich sagen, dies umso mehr, als eine Dringlicherklärung hier nicht verfassungswidrig ist – wir haben es von Herrn Raggenbass gehört –; es ist nur noch nie in dieser Art und Weise beschlossen worden.

Gestatten Sie mir aber noch eine Schlussbemerkung, und dies nicht nur als Kommissionsprecherin, sondern auch aus persönlicher Sichtweise. Unsere Kommission hat zwar keinen Einfluss auf die Höhe der Prämien der Zusatzversicherungen. Wir möchten aber zuhänden der Krankenkassen und des Bundesamtes für Privatversicherungen klar festhalten: Wir erwarten, dass diese Beiträge, die nun allen

Versicherten zugute kommen, nicht einfach im System der Krankenversicherung versickern, sondern dass sie zugunsten der Reduktion der Prämien der Zusatzversicherungen umgelagert werden. Der Vollzug ist einfach und pragmatisch zu gestalten und muss sich sofort auf die Prämien auswirken. Damit werden letztlich auch die Kantone wieder entlastet: je mehr Zusatzversicherte, desto höher der Kostendeckungsgrad der Spitäler. Dieser Auffassung ist auch der Bundesrat, wenn Sie die Antworten auf die Interpellationen Joder 02.3084 und Scheurer Rémy 02.3075 lesen.

Ich beantrage Ihnen daher – ich kann dies nicht im Namen der Kommission tun, tue es aber in meinem Namen –, dem Antrag Raggenbass zuzustimmen und damit die Vorlage gesamthaft zu genehmigen.

Fattebert Jean (V, VD), pour la commission: La commission a adopté la proposition qui figure dans le dépliant en s'appuyant sur un avis de droit de la Chancellerie fédérale qui disait que les lois urgentes entraînent toujours en vigueur selon le vœu des Chambres fédérales, mais dans les 14 jours qui suivaient la décision. Elle craignait, avec cet effet rétroactif désiré au 1er janvier dernier, créer un précédent qui pourrait poser problème.

Mais un avis de droit peut en cacher un autre, vous le savez. Nous pouvons vivre parfaitement avec la proposition Raggenbass, d'autant plus qu'aux dernières nouvelles il apparaît que, formellement, nous devons prendre la décision sur la clause d'urgence après avoir éliminé toutes les divergences avec le Conseil des Etats.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Comme je l'ai dit, nous avons aidé à préparer ce texte à l'intention de la commission du Conseil des Etats qui avait pris cette initiative bienvenue. A ce moment-là, nous avons interrogé l'Office fédéral de la justice qui a confirmé la possibilité de faire entrer une loi en vigueur à titre rétroactif mais de manière limitée dans le temps. C'est la raison pour laquelle nous avons aussi soutenu dans notre prise de position la décision du Conseil des Etats. Et puis, un collaborateur fort avisé et très soucieux de l'application des droits populaires a dit: «Là, vous faites quand même quelque chose d'un peu nouveau. En principe, il faudrait éviter qu'une loi fédérale urgente, qui a pour effet une entrée en vigueur immédiate qui permet d'échapper au délai référendaire, soit encore accompagnée d'un effet rétroactif.» Sur la base de cette analyse, la commission du Conseil national a proposé que l'on renonce au caractère urgent.

C'est là que se situe la divergence. C'est une question d'interprétation: préfère-t-on faire entrer la loi en vigueur au 1er janvier 2002, rétroactivement de neuf mois, par une décision en septembre, une loi ordinaire à l'issue du délai référendaire, voire même plus tard si un référendum était lancé et rejeté par la suite? ou vaut-il mieux prendre une décision en juin sur la clause d'urgence et faire entrer en vigueur la nouvelle loi au 1er janvier 2002 également? Alors, étant donné le caractère sensible qu'il y a de déclarer une loi fédérale urgente, la commission du Conseil national est partie de l'idée qu'il valait mieux choisir la voie ordinaire. Etant donné l'urgence de clarifier le système, de permettre aux factures d'être émises, de permettre à l'arrangement entre les caisses et les cantons qui porte sur l'année 2001 d'entrer en vigueur et ensuite d'avoir une réglementation dans la durée qui permette enfin de réaliser par étapes l'application de la LAMal, je comprends bien que M. Raggenbass réclame une décision claire. Prenons la décision de faire entrer en vigueur la loi fédérale tout de suite. Nous ne nous éloignons que de six mois de la date d'entrée en vigueur effective, c'est-à-dire le 1er janvier 2002. Je pourrais aussi me rallier à une décision qui irait dans le sens de la proposition Raggenbass.

C'est vraiment au Parlement qu'il appartient de prendre cette décision. C'est à lui de savoir ce qu'il préfère: soit suivre la voie ordinaire, qui fait que l'on verra tardivement ce qu

se passe et que la période de rétroactivité sera d'autant plus longue, soit prendre une décision maintenant, qui prendra effet tout de suite.

Dans le deuxième cas de figure, nous n'aurons que six mois de rétroactivité. Je vous laisse maîtres de cette décision. Suivre la proposition Raggenbass aurait bien sûr l'avantage d'éliminer toute divergence avec le Conseil des Etats.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Raggenbass 128 Stimmen

Für den Antrag der Kommission 1 Stimme

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 02.402/2325)

Für Annahme des Entwurfes 125 Stimmen

(Einstimmigkeit)

siehe / voir
S. / p. 25

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.****Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen****Initiative parlementaire
CSSS-CE.****Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers***Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence*Einreichungsdatum 13.02.02Date de dépôt 13.02.02Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBl)Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBl)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 06.06.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Frick Bruno (C, SZ), für die Kommission: Der Nationalrat ist dem Ständerat auch in der Dringlichkeit gefolgt. Er hat damit Einzelanträgen stattgegeben und ist nicht seiner Kommission gefolgt. In der Tat ist die Dringlichkeit aus zwei Gründen ausgewiesen:

1. Damit kann überhaupt erst das ganze Bundesgesetz zeitgerecht vollzogen werden.
2. Die Dringlichkeit ist rechtlich durch ein Gutachten des Bundesamtes für Justiz ausgewiesen.

Ich bitte Sie, dass Sie sich – nachdem sich der Nationalrat uns angeschlossen hat – ebenfalls für die Dringlichkeit aussprechen.

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung**Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie***Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Dringlichkeitsklausel 39 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht**La majorité qualifiée est acquise*

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.**

**Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen**

**Initiative parlementaire
CSSS-CE.**

**Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers**

Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence

Einreichungsdatum 13.02.02

Date de dépôt 13.02.02

Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBl 2002 4365)

Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF 2002 4062)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBl)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 06.06.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

**Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen
Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen
nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über
die Krankenversicherung**

**Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales
aux coûts des traitements hospitaliers dispensés
dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie**

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 02.402/2397)

Für Annahme der Dringlichkeitsklausel 157 Stimmen

Dagegen 7 Stimmen

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

*Siehe / voir
S. / p. 26*

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.
Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen
Initiative parlementaire
CSSS-CE.
Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers**

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 13.02.02

Date de dépôt 13.02.02

Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBI)

Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBI)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 06.06.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

**Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie**

Abstimmung – Vote

Für Annahme des Entwurfes 40 Stimmen

(Einstimmigkeit)

02.402

**Parlamentarische Initiative
SGK-SR.
Anpassung
der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen
stationären Behandlungen
Initiative parlementaire
CSSS-CE.
Adaptation
des participations cantonales
au financement
des traitements hospitaliers**

*Schlussabstimmung – Vote final*Einreichungsdatum 13.02.02Date de dépôt 13.02.02

Bericht SGK-SR 13.02.02 (BBl 2002 4365)

Rapport CSSS-CE 13.02.02 (FF 2002 4062)

Stellungnahme des Bundesrates 15.03.02 (BBl)

Avis du Conseil fédéral 15.03.02 (FF)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.02 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 06.06.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 11.06.02 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.06.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (AS 2002 1643)

Texte de l'acte législatif (RO 2002 1643)

**Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie**

*Abstimmung – Vote*Für Annahme des Entwurfes 189 Stimmen
(Einstimmigkeit)



Geschäft / Objet:

Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen
Adaptation des participations cantonales au financement des traitements hospitaliers

Gegenstand / Objet du vote:

Vote sur l'ensemble

Abstimmung vom / Vote du: 06.06.2002 11:39:23

Abate	+ R TI	Fehr Hans	* V ZH	Kurrus	+ R BL	Schlüter	o V ZH
Aeppli Wartmann	+ S ZH	Fehr Hans-Jürg	+ S SH	Lachat	+ C JU	Schmid Odilo	+ C VS
Aeschbacher	+ E ZH	Fehr Jacqueline	* S ZH	Lalivé d'Epinay	* R SZ	Schmied Walter	+ V BE
Antille	* R VS	Fehr Lisbeth	* V ZH	Laubacher	+ V LU	Schneider	* R BE
Bader Caspar	o V BL	Fehr Mario	* S ZH	Lauper	+ C FR	Schwaab	+ S VD
Bader Elvira	+ C SO	Fetz	+ S BS	Leu	+ C LU	Seiler Hanspeter	* V BE
Banga	+ S SO	Fischer-Seengen	o R AG	Leutenegger Hajo	* R ZG	Siegrist	+ V AG
Bangerter	+ R BE	Föhn	* V SZ	Leutenegger Susanne	+ S BL	Simoneschi-Cortesi	+ C TI
Baumann Alexander	+ V TG	Freund	* V AR	Leuthard	+ C AG	Sommaruga	+ S BE
Baumann Ruedi	+ G BE	Frey Claude	+ R NE	Loepfe	* C AI	Speck	* V AG
Baumann Stephanie	+ S BE	Gadient	+ V GR	Lustenberger	+ C LU	Spielmann	* - GE
Beck	* L VD	Galli	* C BE	Maillard	+ S VD	Spuhler	* V TG
Berberat	+ S NE	Garbani	+ S NE	Maitre	+ C GE	Stahl	+ V ZH
Bernasconi	+ R GE	Genner	+ G ZH	Mariétan	* C VS	Stamm Luzi	* V AG
Bezzola	+ R GR	Giezendanner	* V AG	Marti Werner	* S GL	Steinegger	* R UR
Bigger	+ V SG	Glasson	+ R FR	Marty Kälin	+ S ZH	Steiner	+ R SO
Bignasca	* - TI	Glur	* V AG	Maspoli	* - TI	Strahm	* S BE
Binder	+ V ZH	Göll	+ S ZH	Mathys	o V AG	Studer Heiner	+ E AG
Blocher	o V ZH	Graf	+ G BL	Maurer	* V ZH	Stump	+ S AG
Borer	o V SO	Grobet	+ S GE	Maury Pasquier	* S GE	Suter	* R BE
Bortoluzzi	o V ZH	Gross Andreas	* S ZH	Meier-Schatz	+ C SG	Teuscher	+ G BE
Bosshard	+ R ZH	Gross Jost	+ S TG	Ménétreay Savary	+ G VD	Thanei	+ S ZH
Bruderer	+ S AG	Guisan	+ R VD	Messmer	+ R TG	Theiler	o R LU
Brunner Toni	+ V SG	Günter	+ S BE	Meyer Thérèse	+ C FR	Tillmanns	+ S VD
Bugnon	+ V VD	Gutzwiller	o R ZH	Mörqeli	* V ZH	Triponoz	+ R BE
Bühmann	+ G LU	Gysin Hans Rudolf	* R BL	Mugny	+ G GE	Tschäppät	+ S BE
Bührer	* R SH	Gysin Remo	+ S BS	Müller Erich	* R ZH	Tschuppert	+ R LU
Cavalli	* S TI	Haering Binder	+ S ZH	Müller-Hemmi	+ S ZH	Vallender	o R AR
Chappuis	+ S FR	Haller	+ V BE	Nabholz	+ R ZH	Vaudroz Jean-Claude	+ C GE
Chevrier	* C VS	Hämmerle	+ S GR	Neiryneck	* C VD	Vaudroz René	+ R VD
Christen	+ R VD	Hassler	+ V GR	Oehri	+ V BE	Vermot	+ S BE
Cina	* C VS	Heberlein	+ R ZH	Pedrina	+ S TI	Vollmer	+ S BE
Cuche	+ G NE	Hegetschweiler	* R ZH	Pelli	+ R TI	Waber Christian	+ E BE
de Dardel	+ S GE	Heim	+ C SO	Pfister Theophil	+ V SG	Walker Félix	+ C SG
Decurtins	* C GR	Hess Bernhard	* - BE	Polla	o L GE	Walker Hansjörg	* V TG
Donzé	+ E BE	Hess Peter	+ C ZG	Raggenbass	+ C TG	Wandfluh	o V BE
Dormann Rosemarie	+ C LU	Hess Walter	* C SG	Randegger	* R BS	Wasserfallen	* R BE
Dormond Marlyse	+ S VD	Hofmann Urs	+ S AG	Rechsteiner Paul	* S SG	Weigelt	+ R SG
Dunant	+ V BS	Hollenstein	+ G SG	Rechsteiner-Basel	* S BS	Weyeneth	* V BE
Dupraz	+ R GE	Hubmann	+ S ZH	Renwald	+ S JU	Widmer	+ S LU
Eberhard	+ C SZ	Imfeld	* C OW	Riklin	+ C ZH	Widrig	+ C SG
Egerszegi	o R AG	Imhof	* C BL	Robbiani	+ C TI	Wiederkehr	* E ZH
Eggly	* L GE	Janiak	+ S BL	Rossini	+ S VS	Wirz-von Planta	+ L BS
Ehrler	* C AG	Joder	* V BE	Ruey	* L VD	Wittenwiler	* R SG
Engelberger	+ R NW	Jossen	+ S VS	Salvi	+ S VD	Wyss Ursula	+ S BE
Estermann	+ C LU	Jutzet	+ S FR	Sandoz Marcel	+ R VD	Zäch	+ C AG
Fasel	+ G FR	Kaufmann	+ V ZH	Schenk	+ V BE	Zanetti	* S SO
Fässler	+ S SG	Keller Robert	+ V ZH	Scherer Marcel	* V ZG	Zapfi	* C ZH
Fattebert	+ V VD	Kofmel	* R SO	Scheurer Rémy	* L NE	Zisyadis	+ - VD
Favre	+ R VD	Kunz	+ V LU	Schibli	+ V ZH	Zuppiger	* V ZH

+ ja / oui / si * entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
= nein / non / no hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
o enth. / abst. / ast. # Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto		Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	L	R	S	E	V	-
ja / oui / si	125	ja / oui / si	23	10	1	23	42	4	21	1
nein / non / no	0	nein / non / no	0	0	0	0	0	0	0	0
enth. / abst. / ast.	13	enth. / abst. / ast.	0	0	1	5	0	0	7	0
entschuldigt / excusé / scusato	62	entschuldigt / excusé / scusato	12	0	4	14	10	1	17	4

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Ref. 2397

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

Geschäft / Objet:

Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen
Adaptation des participations cantonales au financement des traitements hospitaliers

Gegenstand / Objet du vote:

Clause d'urgence

Abstimmung vom / Vote du: 11.06.2002 11:43:58

Abate	+	R	TI
Aeppli Wartmann	+	S	ZH
Aeschbacher	+	E	ZH
Anille	+	R	VS
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Bangerter	+	R	BE
Baumann Alexander	=	V	TG
Baumann Ruedi	+	G	BE
Baumann Stephanie	+	S	BE
Beck	+	L	VD
Berberat	+	S	NE
Bernasconi	+	R	GE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca	*	-	TI
Binder	+	V	ZH
Blocher	+	V	ZH
Borer	=	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bosshard	*	R	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brunner Toni	+	V	SG
Bugnon	*	V	VD
Bühmann	+	G	LU
Bührer	+	R	SH
Cavalli	*	S	TI
Chappuis	+	S	FR
Chevrier	+	C	VS
Christen	+	R	VD
Cina	*	C	VS
Cuche	+	G	NE
de Dardel	o	S	GE
Decurtins	+	C	GR
Donzé	+	E	BE
Dormann Rosemarie	+	C	LU
Dormond Marlyse	+	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Eberhard	+	C	SZ
Egerszegi	+	R	AG
Eggly	+	L	GE
Ehrler	+	C	AG
Engelberger	*	R	NW
Estermann	+	C	LU
Fasel	+	G	FR
Fässler	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD

Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Lisbeth	+	V	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fetz	+	S	BS
Fischer-Seengen	+	R	AG
Föhn	o	V	SZ
Freund	o	V	AR
Frey Claude	+	R	NE
Gadient	+	V	GR
Galli	+	C	BE
Garbani	+	S	NE
Genner	+	G	ZH
Giezendanner	+	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf	+	G	BL
Grobet	*	S	GE
Gross Andreas	+	S	ZH
Gross Jost	+	S	TG
Guisan	+	R	VD
Günter	*	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Haering Binder	+	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hassler	+	V	GR
Heberlein	+	R	ZH
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim	+	C	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hess Peter	+	C	ZG
Hess Walter	+	C	SG
Hofmann Urs	+	S	AG
Hollenstein	+	G	SG
Hubmann	+	S	ZH
Imfeld	*	C	OW
Imhof	+	C	BL
Janiak	+	S	BL
Joder	+	V	BE
Jossen	+	S	VS
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	=	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kofmel	*	R	SO
Kunz	+	V	LU

Kurrus	+	R	BL
Lachat	+	C	JU
Laive d'Epina	+	R	SZ
Laubacher	+	V	LU
Lauper	+	C	FR
Leu	+	C	LU
Leutenegger Hajo	+	R	ZG
Leutenegger Susanne	+	S	BL
Leuthard	*	C	AG
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	+	S	VD
Maitre	+	C	GE
Mariétan	+	C	VS
Marti Werner	*	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Maspoli	*	-	TI
Mathys	=	V	AG
Maurer	*	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Ménétreay Savary	+	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Mörgeli	+	V	ZH
Mugny	+	G	GE
Müller Erich	+	R	ZH
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Nabholz	*	R	ZH
Neiryck	+	C	VD
Oehri	+	V	BE
Pedrina	+	S	TI
Pelli	*	R	TI
Pfister Theophil	+	V	SG
Polla	+	L	GE
Raggenbass	*	C	TG
Randegger	+	R	BS
Rechsteiner Paul	*	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Rennwald	+	S	JU
Riklin	*	C	ZH
Robbiani	*	C	TI
Rossini	+	S	VS
Ruey	o	L	VD
Salvi	+	S	VD
Sandoz Marcel	+	R	VD
Schenk	+	V	BE
Scherer Marcel	+	V	ZG
Scheurer Rémy	+	L	NE
Schibli	+	V	ZH

Schlüer	=	V	ZH
Schmid Odilo	+	C	VS
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwaab	+	S	VD
Seiler Hanspeter	+	V	BE
Siegrist	+	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga	+	S	BE
Speck	*	V	AG
Spielemann	+	-	GE
Spuhler	*	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	*	V	AG
Steinegger	+	R	UR
Steiner	+	R	SO
Strahm	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Suter	*	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Tillmanns	+	S	VD
Trépez	+	R	BE
Tschäppät	*	S	BE
Tschuppert	+	R	LU
Vallender	o	R	AR
Vaudroz Jean-Claude	+	C	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Vermot	*	S	BE
Vollmer	*	S	BE
Waber Christian	*	E	BE
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	o	R	BE
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	=	V	BE
Widmer	+	S	LU
Widrig	+	C	SG
Wiederkehr	*	E	ZH
Wirz-von Planta	+	L	BS
Wittenwiler	+	R	SG
Wyss Ursula	+	S	BE
Zäch	+	C	AG
Zanetti	+	S	SO
Zapfl	*	C	ZH
Zisayadis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

+ ja / oui / si * entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
= nein / non / no hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
o enth. / abst. / ast. # Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto		Fraktion / Groupe / Gruppo									
ja / oui / si		C	G	L	R	S	E	V	-		
ja / oui / si	157	28	10	5	34	43	3	31	3		
nein / non / no	7	0	0	0	0	0	0	7	0		
enth. / abst. / ast.	6	0	0	1	2	1	0	2	0		
entschuldigt / excusé / scusato	30	7	0	0	6	8	2	5	2		

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

Bundesgesetz**über die Anpassung der kantonalen Beiträge
für die innerkantonalen stationären Behandlungen
nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

vom 21. Juni 2002 (Stand am 9. Juli 2002)

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

gestützt auf Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung¹,

nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates vom 13. Februar 2002²

und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 15. März 2002³,

beschliesst:

Art. 1

¹ In Abweichung von Artikel 49 Absätze 1 und 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994⁴ über die Krankenversicherung beteiligen sich die Kantone mit folgenden Beträgen an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern:

- a. ab dem 1. Januar 2002 60 Prozent der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals;
- b. ab dem 1. Januar 2003 80 Prozent der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals;
- c. ab dem 1. Januar 2004 100 Prozent der von den Versicherern für Kantons-einwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals.

² Massgebend für die Höhe der kantonalen Beteiligung ist der Tag des Eintrittes in das Spital.

Art. 2

¹ Die Spitäler stellen den Versicherern die um den Betrag der Kantonsbeteiligung reduzierte Rechnung zu.

² Die Regelung der Abrechnungsmodalitäten zwischen den Spitälern und den Kantonen ist Sache der Kantone.

AS 2002 1643

- ¹ SR 101
- ² BBl 2002 4365
- ³ BBl 2002 ...
- ⁴ SR 832.10

Art. 3

¹ Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

² Es tritt rückwirkend auf den 1. Januar 2002 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2004.

Loi fédérale

sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

du 21 juin 2002 (Etat le 9 juillet 2002)

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu l'art. 117, al. 1, de la Constitution¹,

vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats du 13 février 2002²,

vu l'avis du Conseil fédéral du 15 mars 2002,

arrête:

Art. 1

¹ En dérogation à l'art. 49, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie³, les cantons participent aux coûts des traitements hospitaliers dispensés sur leur territoire, en division semi-privée ou privée des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, à raison de:

- a. à compter du 1^{er} janvier 2002, 60 % des tarifs dus par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné;
- b. à compter du 1^{er} janvier 2003, 80 % des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné;
- c. à compter du 1^{er} janvier 2004, 100 % des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné.

² Le jour de l'entrée à l'hôpital est déterminant pour établir la participation cantonale.

Art. 2

¹ Les hôpitaux remettent la facture aux assureurs après déduction de la participation du canton.

² Les cantons règlent les modalités de décompte entre eux-mêmes et les hôpitaux.

Art. 3

¹ La présente loi est déclarée urgente conformément à l'art. 165, al. 1, de la Constitution. Elle est sujette au référendum en vertu de l'art. 141, al. 1, let. b, de la Constitution.

RO 2002 1643

¹ RS 101

² FF 2002 4062

³ RS 832.10

² Elle entre en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2002 et a effet jusqu'au 31 décembre 2004.

**Legge federale
sull'adeguamento dei contributi cantonali
per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base
alla legge federale sull'assicurazione malattie**

del 21 giugno 2002 (Stato 9 luglio 2002)

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto l'articolo 117 capoverso 1 della Costituzione federale¹;

visto il rapporto del 13 febbraio 2002² della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati;

visto il parere del Consiglio federale del 15 marzo 2002

decreta:

Art. 1

¹ In deroga all'articolo 49 capoversi 1 e 2 della legge federale del 18 marzo 1994³ sull'assicurazione malattie i Cantoni partecipano nella seguente misura alla copertura dei costi delle cure stazionarie prestate sul loro territorio nei reparti semiprivati o privati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico:

- a. a partire dal 1° gennaio 2002, 60 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone;
- b. a partire dal 1° gennaio 2003, 80 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone;
- c. a partire dal 1° gennaio 2004, 100 per cento delle tariffe richieste dal singolo ospedale agli assicuratori per la degenza nel reparto comune di persone residenti nel Cantone.

² Per il calcolo della partecipazione cantonale fa stato il giorno d'entrata in ospedale.

Art. 2

¹ Gli ospedali inoltrano le fatture agli assicuratori dopo aver dedotto la partecipazione cantonale.

² Le modalità del conteggio fra Cantoni e assicuratori sono di competenza cantonale.

RU 2002 1643

¹ RS 101

² FF 2002 3888

³ RS 832.10

Art. 3

¹ La presente legge è dichiarata urgente conformemente all'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale e sottostà al referendum facoltativo in virtù dell'articolo 141 capoverso 1 lettera b della Costituzione federale.

² Essa entra retroattivamente in vigore il 1° gennaio 2002 con effetto sino al 31 dicembre 2004.