

Volksabstimmung vom
24.11.2024

Votation populaire du
24.11.2024

Votazione popolare del
24.11.2024

Verhandlungen

Délibérations

Deliberazioni

09.528
Bundesgesetz über die
Krankenversicherung (KVG):
Einheitliche Finanzierung der
Leistungen

09.528
Loi fédérale sur
l'assurance-maladie (LAMal):
Financement uniforme des
prestations

09.528
Legge federale sull'assicurazione
malattie (LAMal):
Finanziamento unitario delle
prestazioni

Impressum

VH 09.528

Herausgeber

Parlamentsdienste / Parlamentsbibliothek
3003 Bern
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Editeur

Services du Parlement / Bibliothèque du Parlement
3003 Berne
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Editore

Servizi del Parlamento / Biblioteca del Parlamento
3003 Berna
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Inhaltsverzeichnis | Table des matières | Contenuto

- 1 Übersicht aus der Geschäftsdatenbank
Aperçu de la base de données des objets
Panoramica dalla banca dati degli oggetti parlamentari
- 2 Zusammenfassung der Verhandlungen
Résumé des délibérations
Riassunto delle deliberazioni
- 3 Debatten in den Räten
Débats dans les conseils
Dibattiti nelle Camere
- 4 Schlussabstimmungen
Votations finales
Votazioni finali
- 5 Erlasstext(e)
acte(s) législatif(s)
Atto legislativo | Atti legislativi
- 6 Argumente
Die nachfolgenden Argumente wurden von den Parlamentsdiensten zu Dokumentationszwecken zusammengestellt. Die Parlamentsdienste selber haben keinerlei Einfluss auf die Gestaltung und den Inhalt derselben.

Arguments

Les données ci-après ont été rassemblées à des fins documentaires par les Services du Parlement. Ceux-ci n'ont aucune influence sur la forme ou la nature des arguments présentés.

Argomenti

I seguenti argomenti sono stati riuniti dai Servizi del Parlamento a scopo di documentazione. I Servizi del Parlamento medesimi non hanno alcun influsso sulla loro impostazione né sul loro contenuto.



09.528 Parlamentarische Initiative

Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Eingereicht von: Humbel Ruth
Die Mitte-Fraktion. Die Mitte. EVP.
Die Mitte



Einreichungsdatum: 11.12.2009
Eingereicht im: Nationalrat
Stand der Beratung: Erledigt

Eingereichter Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

Begründung

Mit dem Forschungsbericht "Monistische Spitalfinanzierung" wurden 2004 die Grundlagen für die 3. KVG-Revision geschaffen. Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen. Es ist indes unbestritten, dass grundlegende Fehlanreize in unserem System auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches zurückzuführen sind. Dieser Fehlanreiz im KVG muss in einer nächsten KVG-Reform beseitigt werden. Nur so kann auch der stationäre Bereich in Managed Care eingeschlossen werden, was ein wesentlicher Faktor für ein erfolgreiches Managed-Care-System ist. Damit die Kantone den Einfluss und die Kontrolle über die öffentlichen Gelder behalten, kann ein Monismusmodell so ausgestaltet werden, dass die Kantone ihre Mittel gezielt und kontrolliert einsetzen, z. B. für die Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für die Prämienverbilligung sowie für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Risikoausgleich könnte mit Steuermitteln statt mit einer Prämienumverteilung unter den Versicherern finanziert werden. Gestützt auf einen Morbiditätsindikator und qualitätsbasierte Behandlungsprogramme können die Kantone mit den Versicherern bzw. Netzwerken Leistungsverträge abschliessen und Beiträge ausrichten für die integrierte Versorgung chronischkranker, polymorbider Menschen. Die Krankenversicherer ihrerseits wären dann frei in der Prämienfestsetzung.

Kommissionsberichte

[02.11.2017 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates](#)

[25.10.2013 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates](#)

[13.11.2015 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates](#)



Bericht und Entwurf der Kommission

14.08.2019 - Stellungnahme des Bundesrates (BBI 2019 5725)

05.04.2019 - Bericht (BBI 2019 3499)

Ratsunterlagen

Anträge, Fahnen

Chronologie

18.02.2011	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR Folge geben (Erstrat)
15.11.2011	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR Zustimmung
13.12.2013	Nationalrat Fristverlängerung bis zur Wintersession 2015.
18.12.2015	Nationalrat Fristverlängerung bis zur Wintersession 2017.
15.12.2017	Nationalrat Fristverlängerung bis zur Wintersession 2019.

Entwurf 1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)

BBI 2019 3535

26.09.2019	Nationalrat	Beschluss abweichend vom Entwurf
01.12.2022	Ständerat	Abweichung
13.09.2023	Nationalrat	Abweichung
06.12.2023	Ständerat	Abweichung
14.12.2023	Nationalrat	Abweichung
18.12.2023	Ständerat	Zustimmung
22.12.2023	Ständerat	Annahme in der Schlussabstimmung
22.12.2023	Nationalrat	Annahme in der Schlussabstimmung

Stand der Beratungen: Erledigt

Bericht: BBI 2019 3499

Stellungnahme des Bundesrates: BBI 2019 5725

Schlussabstimmungstext: BBI 2024 31

Referendumsfrist: 18.04.2024

Zuständigkeiten

Behandelnde Kommissionen

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR)

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (SGK-SR)

N/A (N/A-D-V)

Zuständige Behörde

Departement des Innern (EDI)



Weitere Informationen

Konnexe Geschäfte

22.3372 Motion

Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG. Kostenneutralität überprüfen

Behandlungskategorie

IIIa/IV

Erstbehandelnder Rat

Nationalrat

Mitunterzeichnende (19)

Borer Roland F., Bortoluzzi Toni, Cassis Ignazio, Egger-Wyss Esther, Favre Charles, Fiala Doris, Gilli Yvonne, Glanzmann-Hunkeler Ida, Gysin Hans Rudolf, Häberli-Koller Brigitte, Kleiner Marianne, Loepfe Arthur, Müller Philipp, Parmelin Guy, Scherer Marcel, Schmid-Federer Barbara, Stahl Jürg, Triponez Pierre, Wehrli Reto

Links

Weiterführende Unterlagen

Amtliches Bulletin | Abstimmungen NR

Weiterführende Links

Fragestellungen zum Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Zukünftige Entwicklung Prämien- und Steuerfinanzierung mit oder ohne Einbezug der Pflegeleistungen - Bericht des BAG vom 15. August 2023 | Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen, Verhältnis von kantonalem Recht und Bundesrecht sowie nach Leistungserbringer differenzierte Vergütung - Bericht des BAG vom 18. April 2023 | Leistungsentwicklung nach Spitaltypen und nach Fachrichtung der Leistungserbringer - Notiz des BAG vom 07.09.2023 | Benötigte Daten zur formalen Prüfung von Rechnungen für stationäre Leistungen durch die Kantone - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Vergütung der Grund- und Notfallversorgung - Bericht des BAG vom 15. August 2023 | Vernehmlassung | Bericht des EDI über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich vom 30. November 2020 | Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 29. Oktober 2021 in Ergänzung zum Bericht | Bericht des BAG vom 5. Januar 2022 (ersetzt Bericht vom 29. Oktober 2021) | Mögliche Vorkehrungen zur Sicherung eines kostenneutralen Übergangs zu einer einheitlichen Finanzierung-Kurzbericht des BAG vom 07.02.2022 | Fragestellungen in Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung unter Einbezug der Pflegeleistungen-Bericht des BAG vom 15.03.2022 | Rechnungsdaten und –Kontrolle bei einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG-Bericht BAG vom 26.10.2022 | Finanzielle Auswirkungen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen sowie einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege mit Übernahme der Kosten des Aufenthalts; zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen - Bericht des BAG vom 19. Juni 2023





09.528 Initiative parlementaire

Financement moniste des prestations de soins

Déposé par: Humbel Ruth
Le Groupe du Centre. Le Centre. PEV.
Le Centre



Date de dépôt: 11.12.2009
Déposé au: Conseil national
Etat des délibérations: Liquidé

Texte déposé

Conformément à l'art. 160, al. 1, de la Constitution et à l'article 107 de la loi sur le Parlement, je dépose l'initiative parlementaire suivante :

Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants :

1. Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie.
2. La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé.
3. Toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie.

Développement

Les bases de la 3e révision de la LAMal ont été créées en 2004 avec le rapport scientifique "Financement hospitalier moniste". Après que le Conseil national a rejeté la 2e révision de la LAMal lors de la session d'hiver 2003, les travaux consacrés à la 3e révision ont été interrompus. Il est néanmoins incontestable que des incitations pernicieuses au coeur de notre système doivent être attribuées au financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. Ce défaut doit être pallié à l'occasion d'une prochaine réforme de la LAMal. Ce n'est qu'à cette condition que les soins hospitaliers pourront eux aussi être intégrés au modèle dit "de soins intégrés" (managed care), un élément clé pour la réussite de ce modèle. Pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste peut être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en oeuvre de manière ciblée et contrôlée, en les affectant par exemple au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, à la réduction des primes de l'assurance-maladie ainsi qu'aux prestations de santé publique et d'intérêt général. La compensation des risques pourrait être financée par des ressources fiscales plutôt que par la répartition des primes entre les assureurs. Sur la base d'un indicateur de morbidité et de programmes de traitement fondés sur la qualité, les cantons pourront passer des contrats de prestations avec les assureurs ou les réseaux de soins et fournir des contributions en faveur du traitement intégré des malades chroniques ou souffrant de pathologies multiples. Pour leur part, les assureurs-maladie seraient alors libres de fixer le montant de leurs primes.

Rapports de commission

02.11.2017 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

25.10.2013 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national



13.11.2015 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

Rapport et projet de la commission

14.08.2019 - Avis du Conseil fédéral (FF 2019 5497)

05.04.2019 - Rapport (FF 2019 3411)

Documents des Conseils

Propositions, dépliants

Chronologie

- 18.02.2011 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN
Donner suite (conseil prioritaire)
- 15.11.2011 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE
Adhésion
- 13.12.2013 Conseil national
Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2015.
- 18.12.2015 Conseil national
Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2017.
- 15.12.2017 Conseil national
Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2019.

Projet 1

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation)

FF 2019 3449

- 26.09.2019 Conseil national Décision modifiant le projet
- 01.12.2022 Conseil des États Divergences
- 13.09.2023 Conseil national Divergences
- 06.12.2023 Conseil des États Divergences
- 14.12.2023 Conseil national Divergences
- 18.12.2023 Conseil des États Adhésion
- 22.12.2023 Conseil des États Adoption (vote final)
- 22.12.2023 Conseil national Adoption (vote final)

Etat des délibérations: Liquidé

Rapport: FF 2019 3411

Avis du Conseil fédéral: FF 2019 5497

Texte soumis au vote final: FF 2024 31

Délai référendaire: 18.04.2024

Compétences

Commissions chargées de l'examen

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)





Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)
N/A (N/A-F-V)

Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires

Objets apparentés

22.3372 Motion Introduction du financement uniforme des prestations au sens de la LAMal.
Vérifier la neutralité des coûts

Catégorie de traitement

IIIa/IV

Conseil prioritaire

Conseil national

Cosignataires (19)

Borer Roland F., Bortoluzzi Toni, Cassis Ignazio, Egger-Wyss Esther, Favre Charles, Fiala Doris, Gilli Yvonne, Glanzmann-Hunkeler Ida, Gysin Hans Rudolf, Häberli-Koller Brigitte, Kleiner Marianne, Loepfe Arthur, Müller Philipp, Parmelin Guy, Scherer Marcel, Schmid-Federer Barbara, Stahl Jürg, Triponez Pierre, Wehrli Reto

Liens

Informations complémentaires

[Bulletin officiel](#) | [Votes CN](#)

Lien vers des informations complémentaires

[Questions relatives à l'intégration des soins dans un financement uniforme - Rapport de l'OFSP du 7 mars 2023](#) | [Conséquences d'un financement uniforme des prestations de l'assurance obligatoire des soins - Rapport de l'OFAS du 7 mars 2023](#) | [Future évolution du financement par les impôts et du financement par les primes avec ou sans intégration des prestations de soins - Rapport de l'OFSP du 15 août 2023](#) | [Intégration flexible dans le temps des prestations de soins, rapport entre le droit cantonal et le droit fédéral ainsi que rémunération différenciée selon le fournisseur de prestations - Rapport de l'OFSP du 18 avril 2023](#) | [Evolution des prestations par type d'hôpital et par formation des fournisseurs de prestation – Note de l'OFSP du 07.09.2023](#) | [Données nécessaires au contrôle formel par les cantons des factures des prestations stationnaires - Rapport de l'OFSP du 7 mars 2023](#) | [Rémunération des soins de base et d'urgence - Rapport de l'OFSP du 15 août 2023](#) | [Consultation](#) | [Rapport du DFI sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires du 30 novembre 2020](#) | [Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 29 octobre 2021 en complément du rapport du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020](#) | [Rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022 \(remplace le rapport du 29 octobre 2021\)](#) | [Mesures possibles pour garantir un passage à un financement uniforme neutre en terme de coûts-Court-rapport de l'OFSP du 07.02.2022](#) | [Questions liées à un financement uniforme avec intégration des prestations de soins-Rapport de l'OFSP du 15.03.2022](#) | [Données des factures et contrôles des factures dans un financement uniforme de toutes les prestations au sens de LAMal-Rapport de l'OFSP du 26.10.2022](#) | [Conséquences financières d'une suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins et d'une prolongation des soins aigus et de transition avec prise en charge des frais de séjour ; intégration flexible dans le temps des prestations de soins - Rapport de l'OFSP du 19 juin 2023](#)





09.528 Iniziativa parlamentare

Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico

Depositato da: Humbel Ruth
Il Gruppo del Centro. Alleanza del Centro. PEV.
Alleanza del Centro



Data del deposito: 11.12.2009
Depositato in: Consiglio nazionale
Stato delle deliberazioni: Liquidato

Testo depositato

Fondandomi sull'articolo 160 capoverso 1 della Costituzione federale e sull'articolo 107 della legge sul Parlamento presento la seguente iniziativa parlamentare:

Mediante una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie andrebbe introdotto un sistema di finanziamento monistico. Affinché i cantoni possano mantenere il controllo sulle risorse pubbliche è necessario un modello in cui siano segnatamente considerati i punti cardine seguenti:

1. I fondi dell'ente pubblico vanno impiegati negli ambiti della formazione e del perfezionamento delle professioni sanitarie, della compensazione dei rischi, della sanità pubblica e delle prestazioni d'interesse pubblico nonché ai fini della riduzione dei premi.
2. La quota a carico dell'ente pubblico per il finanziamento delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base dev'essere garantita e adeguata all'incremento dei costi nel settore della salute.
3. Tutte le prestazioni stazionarie e ambulatoriali secondo la LAMal sono finanziate dagli assicuratori malattie.

Motivazione

Con il rapporto di ricerca "Sistema monistico di finanziamento ospedaliero" sono state create nel 2004 le basi per la 3a revisione LAMal. In seguito al rifiuto della 2a revisione LAMal da parte del Consiglio nazionale durante la sessione invernale 2003 sono stati interrotti i lavori inerenti alla 3a revisione LAMal. Appare frattanto inequivocabile che gli incentivi negativi all'interno del nostro sistema siano riconducibili al finanziamento differenziato dei settori ambulatoriale e stazionario. Questo disincentivo presente nella LAMal andrà eliminato nell'ambito di una prossima riforma della LAMal. Soltanto in tal modo il settore stazionario potrà essere integrato nel "managed care" e contribuirà in modo essenziale al successo di quest'ultimo. Un modello monistico potrà essere realizzato affinché i cantoni possano mantenere un influsso e un controllo sui fondi pubblici. Grazie ad esso i cantoni potranno impiegare le loro risorse in modo mirato e controllato, ad esempio per il perfezionamento nelle professioni sanitarie, per la compensazione dei rischi, per la riduzione dei premi nonché per la sanità pubblica e le prestazioni d'interesse pubblico. La compensazione dei rischi potrebbe essere finanziata mediante le risorse fiscali al posto di una redistribuzione dei premi tra gli assicuratori. In base a un indicatore di morbilità e di programmi di trattamento di qualità è data ai cantoni la possibilità di concludere con gli assicuratori/reti del settore contratti di prestazione e versare contributi per la cura integrata di pazienti affetti da malattie croniche e polimorbidi. Di conseguenza gli assicuratori malattie sarebbero da parte loro liberi nella fissazione dei premi.

Rapporti delle commissioni

02.11.2017 - Commissione della sicurezza sociale e della sanità

13.11.2015 - Commissione della sicurezza sociale e della sanità



25.10.2013 - Commissione della sicurezza sociale e della sanità

Rapporto e progetto della Commissione

14.08.2019 - Parere del Consiglio federale (FF 2019 4765)

05.04.2019 - Rapporto (FF 2019 2879)

Documentazione concernente la camera

Proposte, paragrammi

Cronologia

18.02.2011	Commissione della sicurezza sociale e della sanità Dare seguito (Camera prioritaria)
15.11.2011	Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS Adesione
13.12.2013	Consiglio nazionale Termine prolungato fino alla sessione invernale 2015.
18.12.2015	Consiglio nazionale Termine prolungato fino alla sessione invernale 2017.
15.12.2017	Consiglio nazionale Termine prolungato fino alla sessione invernale 2019.

Disegno 1

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero)

FF 2019 2917

26.09.2019	Consiglio nazionale	Decisione in deroga al disegno (progetto)
01.12.2022	Consiglio degli Stati	Deroga
13.09.2023	Consiglio nazionale	Deroga
06.12.2023	Consiglio degli Stati	Deroga
14.12.2023	Consiglio nazionale	Deroga
18.12.2023	Consiglio degli Stati	Adesione
22.12.2023	Consiglio degli Stati	Adozione nella votazione finale
22.12.2023	Consiglio nazionale	Adozione nella votazione finale

Stato delle deliberazioni: Liquidato

Rapporto: FF 2019 2879

Parere del Consiglio federale: FF 2019 4765

Testo del voto finale: FF 2024 31

Termine di referendum: 18.04.2024





Competenze

Commissioni interessate

Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS-CN)

Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS (CSS-CS)

N/A (N/A-I-V)

Autorità competente

Dipartimento dell'interno (DFI)

Altre informazioni

Oggetti correlati

22.3372 Mozione

Introduzione del finanziamento uniforme delle prestazioni secondo la LAMal.
Verificare la neutralità dei costi

Categoria di deliberazione

IIIa/IV

Camera prioritaria

Consiglio nazionale

Cofirmatari (19)

Borer Roland F., Bortoluzzi Toni, Cassis Ignazio, Egger-Wyss Esther, Favre Charles, Fiala Doris, Gilli Yvonne, Glanzmann-Hunkeler Ida, Gysin Hans Rudolf, Häberli-Koller Brigitte, Kleiner Marianne, Loepfe Arthur, Müller Philipp, Parmelin Guy, Scherer Marcel, Schmid-Federer Barbara, Stahl Jürg, Triponez Pierre, Wehrli Reto

Link

Altri documenti

Bollettino ufficiale | Votazioni CN

Altri link

Fragestellungen zum Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Zukünftige Entwicklung Prämien- und Steuerfinanzierung mit oder ohne Einbezug der Pflegeleistungen - Bericht des BAG vom 15. August 2023 | Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen, Verhältnis von kantonalem Recht und Bundesrecht sowie nach Leistungserbringer differenzierte Vergütung - Bericht des BAG vom 18. April 2023 | Evolution des prestations par type d'hôpital et par formation des fournisseurs de prestation – Note de l'OFSP du 07.09.2023 | Benötigte Daten zur formalen Prüfung von Rechnungen für stationäre Leistungen durch die Kantone - Bericht des BAG vom 7. März 2023 | Vergütung der Grund- und Notfallversorgung - Bericht des BAG vom 15. August 2023 | Consultazione | Rapport du DFI sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires du 30 novembre 2020 | Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 29 octobre 2021 en complément du rap-port du Département fédéral de l'intérieur du 30 novembre 2020 | Rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022 (remplace le rapport du 29 octobre 2021) | Mesures possibles pour garantir un passage à un financement uniforme neutre en terme de coûts-Court-rapport de l'OFSP du 07.02.2022 | Questions liées à un financement uniforme avec intégration des prestations de soins-Rapport de l'OFSP du 15.03.2022 | Données des factures et contrôles des factures dans un financement uniforme de toutes les prestations au sens de LAMal-Rapport de l'OFSP du 26.10.2022 | Finanzielle Auswirkungen einer Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen sowie einer Verlängerung der Akut- und Übergangspflege mit Übernahme der Kosten des Aufenthalts; zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen - Bericht des BAG vom 19. Juni 2023



2 Zusammenfassung der Verhandlungen

09.528 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG): Einheitliche Finanzierung der Leistungen

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates zur parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» ([BBl 2019 3499](#))

Derzeit variiert die Finanzierung der KVG-Leistungen je nach Leistungsart. Ambulante Leistungen werden vollständig über die Krankenversicherer, also über Prämien, finanziert. Stationäre Leistungen (d. h. Leistungen, bei denen mindestens ein Spitalaufenthalt von einer Nacht nötig ist) werden zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherern bezahlt. Die Kostenaufteilung für die Langzeitpflege (stationär und ambulant) wiederum wird von den Kantonen bestimmt, wobei die Versicherer und die Versicherten vom Bundesrat festgelegte Beiträge leisten. Im Dezember 2009 reichte Nationalrätin Ruth Humbel die parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» ein, um Fehlanreize zu bekämpfen, die sich aus der uneinheitlichen Finanzierung der Leistungen ergeben. Der ausgehend von dieser parlamentarischen Initiative ausgearbeitete Entwurf sah ursprünglich vor, nur die Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen zu vereinheitlichen. Auf Wunsch der Kantone verlangte der Ständerat jedoch, dass auch die Langzeitpflege in die Reform eingeschlossen wird. Nach dem Inkrafttreten dieser Revision des KVG würden alle Leistungen zu 26,9 Prozent von den Kantonen und zu 73,1 Prozent von den Versicherern finanziert. Das Parlament nahm den Entwurf am 22. Dezember 2023 an. Da das Referendum, das vom Schweizerischen Verband des Personals öffentlicher Dienste ergriffen wurde, mit 56 960 Unterschriften zustande gekommen ist, werden die Schweizer Bürgerinnen und Bürger am 24. November 2024 über diese Änderung des KVG abstimmen. Der Bundesrat und das Parlament empfehlen die Annahme der Gesetzesänderung.

Ausgangslage

Am 11. Dezember 2009 reichte Nationalrätin Ruth Humbel (CVP, AG) die parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» ein. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) gab der Initiative am 16. Februar 2011 mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) stimmte diesem Beschluss am 14. November 2011 mit 7 zu 1 Stimmen zu.

Durch das Folgegeben erhielt die SGK-N den Auftrag, einen Erlassentwurf auszuarbeiten. Die Kommission beschloss, ihre Subkommission «KVG» mit den Vorbereitungsarbeiten zu betrauen. Die Subkommission entschied, die ersten Ergebnisse der damals laufenden Gespräche zwischen dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» abzuwarten, und war anschliessend zwischen 2012 und 2015 stark mit anderen Vorlagen beschäftigt. Am 25. Oktober 2013 beantragte die SGK-N mit 16 zu 5 Stimmen bei 3 Enthaltungen ein erstes Mal, die Frist für die Ausarbeitung eines Erlassentwurfs um zwei Jahre zu verlängern. Der Nationalrat nahm diesen Antrag am 13. Dezember 2013 ohne Gegenstimme an. Die Subkommission «KVG» nahm ihre Arbeiten am 26. August 2015 wieder auf, bevor sie im November 2015 mit dem Ende der 49. Legislaturperiode aufgelöst wurde.

Am 13. Dezember 2015 beantragte die SGK-N ohne Gegenstimme ein zweites Mal, die Frist für die Ausarbeitung eines Erlassentwurfs um zwei Jahre zu verlängern. Der Nationalrat nahm diesen Antrag am 18. Dezember 2015 ohne Gegenstimme an. Am 23. August 2016 nahm die neue Subkommission «Monismus» der SGK-N ihre Arbeiten auf. Am 2. November 2017 beantragte die SGK-N ohne Gegenstimme ein drittes Mal, die Frist für die Ausarbeitung eines Erlassentwurfs um zwei Jahre zu verlängern. Der Nationalrat nahm diesen Antrag am 15. Dezember 2017 ohne Gegenstimme an.

Nachdem die Subkommission «Monismus» einen Vorentwurf und einen Berichtsentwurf ausgearbeitet hatte, verabschiedete die SGK-N am 19. April 2018 mit 15 zu 7 Stimmen einen Vorentwurf für die Vernehmlassung. Am 24. Januar 2019 nahm die Kommission Kenntnis von den Ergebnissen der Vernehmlassung und beauftragte sie ihre Subkommission mit einer vertieften Analyse.

Am 5. April 2019 befasste sich die SGK-N mit dem Erlassentwurf. In der Gesamtabstimmung nahm sie diesen mit 15 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen an. Der Bundesrat nahm am 14. August 2019 zum Entwurf Stellung. Er befürwortete grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Gleichzeitig forderte er, dass die Anliegen der Kantone bei der Reform noch stärker berücksichtigt werden.

Leistungen, die nach dem KVG vergütet werden, werden unterschiedlich finanziert, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Ambulante Leistungen werden vollständig von den Versicherten, also über Prämien, finanziert. Stationäre Leistungen werden zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherten bezahlt. Diese Regelung kann direkt und indirekt zu Fehlanreizen führen, die dem Ziel einer günstigen und guten Behandlung entgegenstehen. Durch die unterschiedliche Finanzierung haben Versicherte nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre. Umgekehrt haben die Kantone im Hinblick auf die von ihnen zu tragenden Kosten einen Anreiz, die Attraktivität von ambulanten Leistungen zu steigern. Daraus resultieren unnötig hohe Kosten zulasten der Gesamtgesellschaft und allenfalls eine tiefere Behandlungsqualität, die in gewissen Fällen gleichbedeutend ist mit einer geringeren Patientensicherheit.

Mit ihrem Entwurf zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» verfolgte die Kommission drei Ziele. Erstens wollte sie – dort, wo dies medizinisch sinnvoll ist, – eine Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung fördern, da die ambulanten Leistungen meistens günstiger sind. Durch eine einheitliche Finanzierung sollte zudem die koordinierte Versorgung attraktiver gemacht werden, dank der durch rechtzeitige ambulante Behandlungen Spitalaufenthalte vermieden werden können. Zweitens wollte sie die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten stabilisieren. Drittens wollte sie eine sachgerechte Tarifierung fördern. Der Entwurf der SGK-N sah vor, dass die Krankenversicherungen alle ambulanten und stationären Behandlungen erstatten müssen. Der Anteil der Kantone an den Bruttokosten sollte mindestens 22,6 Prozent betragen. Dieser Prozentsatz, der im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015 rund 7,5 Milliarden Franken entsprochen hätte, soll so festgelegt werden, dass die Umstellung auf die EFAS für die Kantone und die Versicherten insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die Kommission beschloss, die Langzeitpflege nicht in ihren Entwurf zur einheitlichen Finanzierung zu integrieren. Mangels verlässlicher Daten sollte die (ambulante und stationäre) Langzeitpflege zunächst weiter gemäss den geltenden Regeln finanziert werden. Die Kommission verabschiedete in diesem Zusammenhang ein Postulat ([19.3002](#)), das den Bundesrat beauftragt, zusammen mit der GDK sowie mit den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherten zu prüfen, ob die Langzeitpflege in die EFAS integriert werden kann. Sobald die notwendigen Informationen vorliegen, soll der Bundesrat dem Parlament eine Gesetzesrevision zum Einbezug der Langzeitpflege in die EFAS vorlegen.

(Quellen: Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates [BBI 2019 3499](#))

Verhandlungen

Parlamentarische Initiative [09.528](#) Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

16.02.2011	SGK-N Folge geben (Erstrat)
14.11.2011	SGK-S Zustimmung
13.12.2013	NR Fristverlängerung bis zur Wintersession 2015
18.12.2015	NR Fristverlängerung bis zur Wintersession 2017
15.12.2017	NR Fristverlängerung bis zur Wintersession 2019

Entwurf 1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich) ([BBI 2019 3535](#))

26.09.2019	NR	Beschluss abweichend vom Entwurf
01.12.2022	SR	Abweichung
13.09.2023	NR	Abweichung
06.12.2023	SR	Abweichung
14.12.2023	NR	Abweichung
18.12.2023	SR	Zustimmung
22.12.2023	SR	Annahme in der Schlussabstimmung
22.12.2023	NR	Annahme in der Schlussabstimmung

Schlussabstimmungstext: [BBI 2024 31](#)

Der **Nationalrat** befasste sich am 26. September 2019 als **Erstrat** mit dieser Änderung des KVG. Den Nichteintretensantrag einer Minderheit der SGK-N lehnte er mit 136 zu 52 Stimmen bei 5 Enthaltungen ab. Die Sprecherin der Minderheit, Barbara Gysi (S, SG), erklärte, dass die Minderheit die EFAS befürwortet, aber der Ansicht ist, dass die geplante Reform die Krankenversicherer und die Vertragsspitäler (die Privatspitäler haben Vereinbarungen mit den Versicherern) zu stark bevorzugt und zwar zulasten der Kantone, die zu reinen Kostenträgern reduziert würden. Die Minderheit bestand aus Mitgliedern der Sozialdemokratischen Fraktion und der Grünen Fraktion sowie einem Fraktionsmitglied der SVP. Im Mittelpunkt der **Detailberatung** stand vor allem der Kantonsbeitrag, d. h. der Kostenanteil der Kantone (die restlichen Kosten gehen zulasten der Versicherer und der Prämienzahlenden). Der Nationalrat lehnte mehrere Minderheitsanträge ab und legte den minimalen Kantonsbeitrag entsprechend dem Antrag der Kommissionsmehrheit und des Bundesrates auf 25,5 Prozent der Nettokosten (nach Abzug der Franchisen und Selbstbehalte der Versicherten) fest (Anteil der Versicherer folglich 74,5 %). Der ursprüngliche Entwurf der SGK-N hatte einen Anteil von 22,6 Prozent an den Bruttokosten (d. h. inklusive Franchisen und Selbstbehalte) vorgesehen. Auch die Übernahme der von Vertragsspitalern erbrachten Leistungen wurde lebhaft diskutiert. Eine Minderheit beantragte, eine Bestimmung zu streichen, welche vorsah, die Rückerstattungsquote der Versicherer (die Kantone beteiligen sich nicht an diesen Kosten) für diese Leistungen von 45 auf 74,5 Prozent anzuheben. Die Vertreterin dieser Minderheit, Barbara Gysi, wies darauf hin, dass ein solcher Beschluss eine Prämienhöhung nach sich ziehen, Privatspitäler gegenüber öffentlichen Spitälern bevorzugen und die Spitalplanung der Kantone gefährden würde. Die Sprecherin der Kommissionsmehrheit, Ruth Humbel, entgegnete, dass es in der Schweiz wenige Vertragsspitäler gibt und diese nicht teurer als öffentliche Spitäler sind. Der Nationalrat folgte dem Antrag der Mehrheit mit 132 zu 56 Stimmen bei 6 Enthaltungen. Die Minderheit bestand aus Mitgliedern der Sozialdemokratischen Fraktion und der Grünen Fraktion sowie drei Fraktionsmitgliedern der SVP. In der **Gesamtabstimmung** nahm der Nationalrat den Erlassentwurf mit 121 zu 54 Stimmen bei 8 Enthaltungen an. Die Mitte-Fraktion, die FDP-Liberale Fraktion, die SVP-Fraktion und die Grünliberale Fraktion stimmten mehrheitlich für die KVG-Revision, die Sozialdemokratische Fraktion und die Grüne Fraktion einstimmig dagegen.

Nach mehreren Sitzungen der SGK-S zur KVG-Revision befasste sich der **Ständerat** als **Zweitrat** am 1. Dezember 2022 erstmals mit dem Entwurf zur Einführung der EFAS. Das **Eintreten** war unbestritten. In der **Detailberatung** schuf der Ständerat mehrere Differenzen zum Nationalrat. Der Ständerat integrierte ohne Gegenstimme die (stationäre und ambulante) Langzeitpflege in den Entwurf und entsprach damit im Gegensatz zur grossen Kammer dem Wunsch der Kantone. Ausserdem erhöhte die kleine Kammer aufgrund der Berücksichtigung der Langzeitpflege den Kantonsbeitrag auf 26,9 Prozent, den der Nationalrat – ohne Langzeitpflege – auf 25,5 Prozent festgelegt hatte. Im Weiteren stärkte der Ständerat ohne Gegenstimme den Zugang der Kantone zu den Daten und Rechnungen im Gesundheitssystem sowie die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten dieses Systems. Schliesslich lehnte der Ständerat ohne Gegenstimme die vom Nationalrat angenommene Erhöhung der Rückerstattungsquote der Versicherer für Leistungen von Vertragsspitalern ab. Der Berichtstatter der Kommission, Erich Ettlín (M-E, OW), hielt fest, dass ein solcher Schritt die Spitalplanung der Kantone gefährden und Kosten von rund 100 bis 150 Millionen Franken jährlich von der Zusatzversicherung in die Grundversicherung transferieren würde, was eine Prämienhöhung nach sich ziehen würde. In der **Gesamtabstimmung** nahm der Ständerat den Entwurf mit 29 zu 6 Stimmen bei 5 Enthaltungen an. Die Gegenstimmen und Enthaltungen kamen hauptsächlich aus der Sozialdemokratischen Fraktion und der Grünen Fraktion.

Am 13. September 2023 begann der **Nationalrat** mit der **Differenzbereinigung**. Die beiden Berichterstatter der Kommission, Lorenz Hess (M-E, BE) und Philippe Nantermod (RL, VS), betonten, dass die SGK-N grundsätzlich gegen die vom Ständerat beschlossene Integration der Langzeitpflege in den Entwurf zur einheitlichen Finanzierung ist. Da die Kantone und der Ständerat ihre Zustimmung zur KVG-Reform aber von dieser Frage abhängig machten, habe die Kommissionsmehrheit beschlossen, dem Einbezug der Langzeitpflege unter gewissen Bedingungen zuzustimmen. Die Minderheit, vertreten durch Thomas Aeschi (V, ZG), sprach sich gegen diesen Schritt aus, da die dadurch entstehenden Kosten in ihren Augen die möglichen Einsparungen des restlichen Entwurfs übersteigen. Der Nationalrat folgte in dieser Frage mit 130 zu 57 Stimmen bei 4 Enthaltungen der Mehrheit seiner Kommission. Die Stimmen für den Minderheitsantrag Aeschi kamen alle aus der SVP-Fraktion. Der Kantonsbeitrag, den der Ständerat auf 26,9 Prozent erhöht hatte, war Gegenstand verschiedener Anträge. Die Mehrheit der SGK-N beantragte, dass die Beteiligung an den Kosten der Personen in Langzeitpflege systematisch von den Kantonen übernommen wird, was eine Erhöhung des Kantonsbeitrags auf 28,6 Prozent bedeuten würde. Die Minderheit Glarner beantragte, dem Ständerat zu folgen, während die Minderheiten Aeschi (24,5 %) und Weichelt (30 %) andere Beitragsquoten forderten. Letztlich setzte sich der Mehrheitsantrag durch. Mit 107 zu 85 Stimmen beschloss der Nationalrat, der Minderheit de Courten folgend, bei den Vertragsspitalern an seiner Differenz zum Ständerat festzuhalten. Gegen diesen Minderheitsantrag stimmten fast ausschliesslich die Sozialdemokratische Fraktion, die Grünliberale Fraktion und die Grüne Fraktion.

Der **Ständerat** begann am 6. Dezember 2023 mit der **Differenzbereinigung**. Der Berichterstatter der Kommission, Erich Ettlín, kritisierte den Beschluss des Nationalrates, bei der Langzeitpflege den Patientenbeitrag abzuschaffen und als Konsequenz den Kantonsbeitrag auf 28,6 Prozent zu erhöhen, da dies für die Kantone eine Mehrbelastung in Höhe von einer halben Milliarde Franken jährlich mit sich bringen und hauptsächlich jenen Personen nützen würde, die keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Der Ständerat hielt in der Folge ohne Gegenstimme an der Beitragsquote von 26,9 Prozent fest. Auch bei der Übernahme der Leistungen von Vertragsspitalern hielt die kleine Kammer an ihrer Position fest und lehnte die Erhöhung der Vergütungsquote ohne Gegenstimme ab.

Am 14. Dezember 2023 befasste sich der **Nationalrat** mit den noch bestehenden **Differenzen** zum Ständerat. Beim Kantonsbeitrag verzichtete der Nationalrat auf seine ursprüngliche Forderung von 28,6 Prozent. Indem er den Minderheitsantrag Weichelt mit 121 zu 73 Stimmen ablehnte, schloss er sich dem Beschluss des Ständerates (26,9 %) an. Die Mitte-Fraktion, die FDP-Liberale Fraktion und die SVP-Fraktion folgten der Kommissionsmehrheit nahezu in ihrer Gesamtheit. Auch bei den Vertragsspitalern schloss sich der Nationalrat dem Ständerat an. Der Minderheitsantrag Sauter, der an dieser Differenz festhalten wollte, wurde nur von Mitgliedern der FDP-Liberalen Fraktion und der SVP-Fraktion unterstützt und dementsprechend mit 101 zu 90 Stimmen abgelehnt.

Der **Ständerat** befasste sich am 18. Dezember 2023 mit der letzten verbleibenden **Differenz** zwischen den beiden Räten und beseitigte diese ohne Gegenstimme.

Die Schlussabstimmungen über die KVG-Revision fanden am 22. Dezember 2023 statt. Der Ständerat nahm den Entwurf mit 42 zu 3 Stimmen an. Die drei Gegenstimmen stammten aus der Sozialdemokratischen Fraktion. Der Nationalrat nahm den Entwurf mit 141 zu 42 Stimmen bei 15 Enthaltungen an. Die FDP-Liberale Fraktion, die Mitte-Fraktion und die Grünliberale Fraktion stimmten, abgesehen von einer Enthaltung eines Mitglieds der FDP-Liberalen Fraktion, geschlossen für die Revision. Bei der Sozialdemokratischen Fraktion (21 zu 15 Stimmen bei 4 Enthaltungen), der SVP-Fraktion (46 zu 20 Stimmen bei 1 Enthaltung) und der Grünen Fraktion (7 zu 7 Stimmen bei 9 Enthaltungen) war das Stimmverhältnis uneinheitlicher.

Am 18. April 2024 ergriff der Schweizerische Verband des Personals öffentlicher Dienste das Referendum gegen die EFAS. Die Bundeskanzlei bestätigte am 29. April 2024, dass die benötigte Zahl von 50 000 Unterschriften mit 56 960 gültigen Unterschriften erreicht wurde. Am 26. Juni 2024 legte der Bundesrat den 24. November 2024 als Datum für die Abstimmung über die KVG-Reform fest.

2 Résumé des délibérations

09.528 Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal): Financement uniforme des prestations

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national concernant l'initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins » ([FF 2019 3411](#))

Actuellement, le financement des prestations au sens de la LAMal varie d'un type à l'autre. Les prestations ambulatoires sont entièrement à charge des assureurs-maladies, au moyen des primes. Les prestations stationnaires (c'est-à-dire nécessitant un séjour d'au moins une nuit à l'hôpital) sont financées à 55 % au moins par les cantons et à 45 % au plus par les assureurs. La répartition des frais des soins de longue durée (les soins en EMS et les soins et l'aide à domicile) est quant à elle fixée par les cantons, à l'exception des contributions versées par les assureurs et les assurés qui sont fixées par le Conseil fédéral. Afin de combattre les mauvais incitatifs d'un financement non uniforme des prestations, l'initiative parlementaire 09.528 « financement moniste des prestations de soins » a été déposée par la Conseillère nationale Ruth Humbel en 2009. Le projet découlant de cette initiative parlementaire n'a initialement prévu d'unifier que le financement des prestations ambulatoires et stationnaires. À la demande des cantons, le Conseil des États a néanmoins tenu à ce que les soins de longue durée soient intégrés à la réforme. Après l'entrée en vigueur de cette révision de la LAMal, l'ensemble des prestations serait désormais financé à 26,9 % par les cantons et à 73,1 % par les assureurs. Le Parlement a adopté ce projet le 22 décembre 2023. Le référendum lancé par le Syndicat des services publics ayant abouti avec 56'960 signatures, le peuple se prononcera sur cette modification de la LAMal le 24 novembre 2024. Le Conseil fédéral et les Chambres fédérales recommandent de l'accepter.

Situation initiale

Le 11 décembre 2009, la Conseillère nationale Ruth Humbel (CEg, AG) a déposé l'initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins ». Le 16 février 2011, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite, par 14 voix contre 10 et 1 abstention, à cette initiative parlementaire. Le 14 novembre 2011, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a adhéré, par 7 voix contre 1, à cette précédente décision.

Une suite ayant été donnée à l'initiative parlementaire, la CSSS-N a été chargée d'élaborer un projet d'acte. La commission a décidé de confier les travaux préparatoires à sa sous-commission « LAMal ». Cette dernière a premièrement décidé d'attendre les premiers résultats des pourparlers alors en cours entre le Département fédéral de l'intérieur et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans le cadre du dialogue « Politique nationale suisse de la santé », puis a été très occupée durant les années 2012 à 2015 par d'autres objets. Le 25 octobre 2013, la CSSS-N a proposé, par 16 voix contre 5 et 3 abstentions, de prolonger une première fois de deux ans le délai qui lui était imparti pour élaborer un projet d'acte. Le 13 décembre 2013, le Conseil national a adopté cette proposition sans opposition. Le 26 août 2015, la sous-commission « LAMal » a repris ses travaux, avant d'être dissoute en novembre 2015 à l'issue de la 49^e législature.

Le 13 décembre 2015, la CSSS-N a, sans opposition, proposé de prolonger une deuxième fois de deux ans le délai qui lui était imparti. Le Conseil national a prolongé le 18 décembre 2015, sans opposition, ce délai. Le 23 août 2016, la nouvelle sous-commission de la CSSS-N « Financement moniste » a entamé ses travaux. Le 2 novembre 2017, la CSSS-N a, sans opposition, proposé de prolonger une troisième fois de deux ans le délai qui lui était imparti, proposition qui a été acceptée le 15 décembre 2017 par le Conseil national, sans opposition.

Après que la sous-commission de la CSSS-N « Financement moniste » ait élaboré un avant-projet et un projet de rapport, la CSSS-N a approuvé le 19 avril 2018, par 15 voix contre 7, l'avant-projet destiné à la consultation. Le 24 janvier 2019, la CSSS-N a pris connaissance des résultats de la consultation et a demandé à sa sous-commission « Financement moniste » d'effectuer une analyse approfondie du dossier.

Le 5 avril 2019, la CSSS-N s'est penchée sur le projet d'acte. Au vote sur l'ensemble, elle l'a approuvé, par 15 voix contre 7 et 2 abstentions. Le 14 août 2019, le Conseil fédéral a pris position sur ce projet. Il a approuvé un financement uniforme sur le principe. Dans le même temps, l'exécutif a exigé que les demandes des cantons soient davantage prises en compte lors de la réforme.

Les prestations prises en charge conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) font l'objet d'un financement différent selon qu'elles sont dispensées en mode ambulatoire ou stationnaire. Les prestations ambulatoires sont entièrement financées par les assureurs, au moyen des primes. Le financement des prestations stationnaires est assuré à 55 % au moins par les cantons et à 45 % au plus par les assureurs. Cette règle peut, directement ou indirectement, créer des incitations négatives qui vont à l'encontre de l'objectif d'un traitement peu coûteux et de qualité. Avec cette différence de financement, les assureurs ne sont incités à encourager le transfert de prestations de stationnaire vers l'ambulatoire que si les prestations ambulatoires sont au moins 55 % meilleur marché que les prestations stationnaires. À l'inverse, les cantons, sous l'angle des coûts qu'ils doivent supporter, ont intérêt à augmenter l'attrait des prestations ambulatoires. Il résulte de cette situation des coûts inutilement élevés à la charge de l'ensemble de la société et, le cas échéant, une moindre qualité médicale, accompagnée dans certains cas par une baisse de la sécurité des patients.

Avec son projet de modification de la LAMal « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation », la commission a visé trois objectifs. Premièrement, elle a voulu encourager le transfert des prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire quand cela se révèle pertinent du point de vue médical, les traitements ambulatoires étant généralement meilleur marché. Une coordination des soins, qui évite une hospitalisation grâce à des traitements ambulatoires effectués suffisamment tôt, devient également plus attrayante avec un système de financement uniforme. Deuxièmement, la commission a désiré stabiliser les parts financées par les primes et celles financées par les impôts pour ce qui est des frais de maladie concernés par l'assurance obligatoire. Troisièmement, la commission a souhaité favoriser une tarification adéquate. Selon le projet élaboré par la CSSS-N, les caisses-maladie devront rembourser tous les traitements ambulatoires et stationnaires. La participation des cantons s'élèvera à 22,6 % au moins des coûts bruts. Ce pourcentage, qui aurait correspondu à une moyenne annuelle de 7,5 milliards de francs pour les années 2012 à 2015, est déterminé de telle sorte que le passage à un financement uniforme demeure dans l'ensemble sans incidence sur le budget des cantons et des assureurs.

La commission a choisi d'exclure de son projet de financement uniforme les soins de longue durée. Faute de données fiables, les soins de longue durée (ambulatoires et stationnaires) continueront, dans un premier temps, à être rémunérés selon les règles actuelles. En même temps, la commission a déposé un postulat ([19.3002](#)), qui charge le Conseil fédéral d'examiner, conjointement avec la CDS et les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, si les soins de long durée pourraient être intégrés au financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires. Une fois que les informations nécessaires seront disponibles, le Conseil fédéral devra soumettre au Parlement un projet de révision de la loi visant à intégrer les soins de longue durée au financement uniforme.

(Sources : rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national [FF 2019 3411](#))

Délibérations

Initiative parlementaire [09.528](#) Financement moniste des prestations de soins

16.02.2011	CSSS-N	Donner suite (conseil prioritaire)
14.11.2011	CSSS-E	Adhésion
13.12.2013	CN	Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2015
18.12.2015	CN	Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2017
15.12.2017	CN	Délai prolongé jusqu'à la session d'hiver 2019

Projet 1

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation) ([FF 2019 3449](#))

26.09.2019	CN	Décision modifiant le projet
01.12.2022	CE	Divergences
13.09.2023	CN	Divergences
06.12.2023	CE	Divergences
14.12.2023	CN	Divergences
18.12.2023	CE	Adhésion
22.12.2023	CE	Adoption (vote final)
22.12.2023	CN	Adoption (vote final)

Texte soumis au vote final: [FF 2024 31](#)

En sa qualité de **conseil prioritaire**, le **Conseil national** a débattu de cette modification de la LAMal le 26 septembre 2019. Suivant la proposition de la majorité de la commission, la Chambre du peuple a refusé, par 136 voix contre 52 et 5 abstentions, une proposition de minorité de non-entrée en matière. Bien qu'elle soit favorable à un financement uniforme des prestations, la porte-parole de la minorité, Barbara Gysi, (S, SG), a estimé que la réforme favoriserait trop les assurances-maladies et les hôpitaux conventionnés (les cliniques privées ayant signé des conventions avec des assureurs) au détriment des cantons qui seraient réduits au rôle d'agents payeurs. À l'exception d'un membre du groupe de l'UDC, la minorité n'a été soutenue que par des membres des groupe socialiste ou des vert-e-s. **Lors de la discussion par article**, les débats ont tourné principalement autour de la contribution cantonale, soit la part des coûts supportés par les cantons (le reste étant à charge des assureurs, respectivement des payeurs de primes). Refusant plusieurs propositions de minorité, le Conseil national a fixé, tel que le proposait la majorité de sa commission et le Conseil fédéral, la contribution cantonale minimale à 25,5 % (la part des assureurs étant donc de 74,5 %) des coûts nets (après déduction des franchises et quotes-parts assumées par les assurés). Le projet initial de la CSSS-N prévoyait un taux de 22,6 % des coûts bruts (englobant donc les franchises et quotes-parts). La question de la prise en charge des prestations fournies par des hôpitaux conventionnés a également particulièrement animé les discussions. Une minorité a ainsi proposé de biffer une disposition augmentant le remboursement par les assureurs (les cantons ne participant pas à ces coûts) de ces institutions de 45 % à 74,5 %. La représentante de cette minorité, Barbara Gysi, a relevé qu'une telle décision conduirait à une hausse des primes, favoriserait des institutions privées au détriment des publics et compromettrait la planification hospitalière des cantons. La porte-parole de la majorité de la commission, Ruth Humbel, a rétorqué que la Suisse comptait peu d'hôpitaux conventionnés et que ceux-ci n'étaient pas plus chers que les publics. Par 132 voix contre 56 et 6 abstentions, le Conseil national s'est prononcé pour la proposition de la majorité. À l'exception de trois membres du groupe de l'UDC, seuls des élus socialistes et des vert-e-s ont voté en faveur de la proposition de la minorité. **Au vote sur l'ensemble**, la Chambre du peuple a adopté, par 121 voix contre 54 et 8 abstentions, le projet d'acte. Les groupes du Centre, libéral-radical, de l'UDC et vert/libéral ont largement soutenu la révision de la LAMal, tandis que les groupes socialistes et des vert-e-s l'ont unanimement rejetée.

Après que la CSSS-E ait consacré plusieurs séances à la révision de la LAMal, le **Conseil des États** s'est penché **en tant que deuxième conseil** le 1^{er} décembre 2022 pour la première fois sur le projet de financement uniforme des prestations. **L'entrée en matière** s'est faite sans opposition. **Lors de la discussion par article**, la Chambre des cantons a divergé à plusieurs reprises de celle du peuple. Répondant à une demande des cantons dont le National n'avait pas voulu, les États ont, sans opposition, intégré les soins de longue durée (soins en EMS et les soins et l'aide à domicile), en plus des prestations ambulatoires et stationnaires, au projet de financement uniforme. Le Conseil des États a également augmenté, en raison de l'intégration des soins de longue durée, la contribution cantonale à 26,9 %, le Conseil national s'étant précédemment accordé sur un taux, sans soins de longue durée, de 25,5 %. Le Conseil des États a également renforcé, sans opposition, l'accès des cantons aux données et factures du système de santé et accru leur capacités de pilotage de ce dernier. Finalement, les États ont, sans opposition, refusé, tel que le National l'avait souhaité, d'augmenter la prise en charge par les assureurs des hôpitaux conventionnés. Le rapporteur de la commission, Erich Ettlin (C, OW), a expliqué qu'une telle décision mettrait en danger la planification hospitalière des cantons et conduirait à transférer 100 à 150 millions de francs par an de l'assurance complémentaire vers l'assurance de base, ce qui

impliquerait une augmentation des primes. **Au vote sur l'ensemble**, le Conseil des États s'est prononcé en faveur du projet par 29 voix contre 6 et 5 abstentions. Les oppositions et abstentions sont principalement venues des rangs des groupes socialiste et des vert-e-s.

Le 13 septembre 2023, le **Conseil national** a entamé la procédure d'**élimination des divergences**. Les deux porte-parole de la commission, Lorenz Hess (M-E, BE) et Philippe Nantermod (R, VS), ont souligné qu'elle était sur le principe opposée à l'intégration des soins de longue durée dans le projet de financement uniforme décidée par la Chambre des cantons. Étant donné que les cantons et le Conseil des États ont conditionné leur soutien à la réforme à cette question, la majorité de la commission a cependant décidé, **sous certaines conditions**, de soutenir cette intégration. S'opposant à cette incorporation, une minorité représentée par Thomas Aeschi (V, ZG) a estimé que les coûts engendrés par cette dernière dépasseraient les éventuelles économies réalisées par le reste du projet. Par 130 contre 57 et 4 abstentions, le National a suivi la majorité de sa commission sur cette question. La minorité Aeschi n'a globalement pu bénéficier que du soutien de membres du groupe de l'UDC. L'importance de la contribution cantonale, que le Conseil des États a augmentée à 26,9 %, a fait l'objet de plusieurs propositions concurrentes. La majorité de la commission a proposé que la participation aux coûts des patients spécifiques aux soins de longue durée soit systématiquement prise en charge par les cantons, ce qui aurait impliqué de fixer le taux de la participation cantonale à 28,6 %. Une minorité Glarner a proposé de se rallier à la version du Conseil des États, tandis que les minorités Aeschi (24,5 %) et Weichelt (30 %) ont préconisé d'autres pourcentages. Au final, la position de la majorité de la commission s'est imposée. Suivant la minorité de Courten, le National a en outre maintenu, par 107 voix contre 85, sa divergence avec les États au sujet des hôpitaux conventionnés. Les membres des groupes socialiste, vert-libéral et des vert-e-s sont quasiment les seuls à s'être opposés à cette dernière minorité.

À son tour, le **Conseil des États** a débuté le 6 décembre 2023 la **procédure d'élimination des divergences**. La décision du National de supprimer la contribution des patients aux soins de longue durée et d'augmenter en conséquence la contribution cantonale à 28,6 % a été critiquée par le rapporteur de la commission Erich Ettlin, car elle aurait impliqué des coûts supplémentaires pour les cantons de près d'un demi-milliard de francs par an et profiterait essentiellement aux personnes ne percevant pas de prestations complémentaires. Les États se sont ainsi, sans opposition, décidés pour un maintien du taux 26,9 %. Quant au financement des hôpitaux conventionnés, la Chambre des cantons a campé sur sa position en refusant, sans opposition, d'augmenter leur remboursement.

Le 14 décembre 2023, le **Conseil national** a examiné à une deuxième reprise les **divergences** l'opposant au Conseil des États. Concernant la contribution cantonale, la Chambre du peuple a renoncé à la maintenir à 28,6 %. En rejetant la minorité Weichelt par 121 voix contre 73, le National s'est rallié au taux de 26,9 % voulu par les États. La majorité de la commission a été suivie quasiment en bloc par les groupes du Centre, libéral-radical et de l'UDC. La Chambre du peuple s'est également alignée sur celle des cantons au sujet des hôpitaux conventionnés. La minorité Sauter, qui souhaitait maintenir cette divergence, n'a été soutenue que par des élus des groupes libéral-radical et de l'UDC et a donc été refusée par 101 voix contre 90.

Pour la seconde fois, le **Conseil des États** s'est penché le 18 décembre 2023 sur la dernière **divergence** entre les conseils et l'a levée sans opposition.

Les votes finaux relatifs à la révision de la LAMal se sont tenus le 22 décembre 2023. Le Conseil des États a approuvé, par 42 voix contre 3, l'objet. Les trois Conseillers aux États s'étant opposés à cette décision sont membres du groupe socialiste. Pour sa part, le Conseil national a adopté, par 141 voix contre 42 et 15 abstentions, le projet d'acte. Les élus des groupes libéral-radical, du Centre et vert-libéral ont voté, à l'abstention près d'un parlementaire libéral-radical, à l'unanimité en faveur de la révision. Les groupes socialistes (21 voix contre 15 et 4 abstentions), de l'Union démocratique du centre (46 voix contre 20 et 1 abstention) et des verts-e-s (7 voix contre 7 et 9 abstentions) étaient plus divisés.

Le 18 avril 2024, le Syndicat des services publics a déposé une demande de référendum à l'encontre du financement uniforme des prestations. La Chancellerie fédérale a attesté le 29 avril 2024 que la précédente demande de référendum a recueilli 56'960 signatures valables sur les 50'000 nécessaires. Le 26 juin 2024, le Conseil fédéral a fixé la date de votation de la révision de la LAMal au 24 novembre 2024.

2 Riassunto delle deliberazioni

09.528 Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal): Finanziamento uniforme delle prestazioni

Iniziativa parlamentare. Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico. Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ([FF 2019 2879](#))

Allo stato attuale, il finanziamento delle prestazioni previste dalla LAMal varia a seconda della prestazione: quelle ambulatoriali sono finanziate interamente dalle casse malati attraverso i premi; quelle stazionarie (ossia erogate durante i ricoveri ospedalieri con pernottamento) sono finanziate per almeno il 55 per cento dai Cantoni e per al massimo il 45 per cento dalle casse malati. La ripartizione dei costi derivanti dalle cure di lunga durata (nelle case di cura o a domicilio) è stabilita dai Cantoni, fatta eccezione per i contributi versati dalle casse malati e dagli assicurati, che sono determinati dal Consiglio federale. Per contrastare i falsi incentivi legati a un finanziamento non unitario delle prestazioni, nel 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel ha presentato l'iniziativa parlamentare 09.528 «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico». Il progetto legislativo nato da questa iniziativa parlamentare prevedeva inizialmente di unificare soltanto il finanziamento delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie. Tuttavia, su richiesta dei Cantoni, il Consiglio degli Stati ha insistito affinché nella riforma fossero incluse anche le cure di lunga durata. Con l'entrata in vigore di questa revisione della LAMal, il 26,9 per cento di tutte le prestazioni sarà finanziato dai Cantoni e il 73,1 per cento dalle casse malati. Il Parlamento ha adottato il progetto il 22 dicembre 2023. Il Sindacato del personale dei servizi pubblici e sociosanitari ha tuttavia indetto un referendum raccogliendo 56 960 firme. Il Popolo sarà chiamato a pronunciarsi sulla revisione della LAMal il 24 novembre 2024. Il Consiglio federale e il Parlamento raccomandano di accettare la revisione.

Situazione iniziale

L'11 dicembre 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel (CEg, AG) ha presentato l'iniziativa parlamentare 09.528 «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico». Il 16 febbraio 2011 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa parlamentare con 14 voti contro 10 e 1 astensione. Il 14 novembre 2011 la Commissione omologa del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha aderito a questa decisione con 7 voti contro 1.

La CSSS-N è pertanto stata incaricata di preparare un progetto di atto legislativo. La Commissione ha affidato i lavori preparatori alla sua sottocommissione «LAMal». Inizialmente, la sottocommissione ha deciso di attendere i risultati dei colloqui allora in corso tra il Dipartimento federale dell'interno e la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) nell'ambito del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità»; successivamente, ovvero tra il 2012 e il 2015, è stata molto assorbita da altri dossier. Pertanto, il 25 ottobre 2013 la CSSS-N ha proposto, con 16 voti contro 5 e 3 astensioni, di prorogare di due anni il termine fissato per la preparazione del progetto. Il 13 dicembre 2013 il Consiglio nazionale ha accolto questa proposta senza opposizione. Il 26 agosto 2015 la sottocommissione «LAMal» ha ripreso i lavori, prima di essere sciolta nel novembre 2015, al termine della 49^a legislatura.

Il 13 dicembre 2015 la CSSS-N ha proposto, senza alcuna opposizione, di prorogare di nuovo di due anni il termine per la preparazione del progetto, proposta che il Consiglio nazionale ha accolto, senza opposizione, il 18 dicembre 2015. Il 23 agosto 2016 la nuova sottocommissione della CSSS-N «Finanziamento monistico» ha avviato i suoi lavori. Il 2 novembre 2017 la CSSS-N ha proposto, senza opposizione, una proroga del termine di altri due anni, proposta che il Consiglio nazionale ha nuovamente accolto senza opposizione il 15 dicembre 2017.

La sottocommissione «Finanziamento monistico» ha quindi elaborato un progetto preliminare e una bozza di rapporto destinati alla procedura di consultazione, che la CSSS-N ha approvato il 19 aprile 2018 con 15 voti contro 7. Il 24 gennaio 2019 la CSSS-N ha preso atto dei risultati della procedura di consultazione e ha chiesto alla sottocommissione di effettuare un'analisi approfondita del dossier.

Il 5 aprile 2019 la CSSS-N ha esaminato il progetto di atto legislativo. Nella votazione sul complesso, la CSSS-N lo ha approvato con 15 voti contro 7 e 2 astensioni. Nel parere del 14 agosto 2019 il Consiglio federale si è detto tendenzialmente favorevole a un finanziamento unitario delle prestazioni, ma ha domandato che le richieste dei Cantoni fossero prese in maggiore considerazione nell'ambito della riforma.

Le prestazioni assicurate secondo la LAMal sono finanziate in modo diverso a seconda che siano erogate in regime ambulatoriale o stazionario: le prestazioni ambulatoriali sono finanziate interamente dalle casse malati attraverso i premi, mentre quelle stazionarie sono coperte per almeno il 55 per cento dai Cantoni e per al massimo il 45 per cento dalle casse malati. Questa differenziazione può, direttamente o indirettamente, creare falsi incentivi che si pongono in contraddizione con l'obiettivo di garantire trattamenti a basso costo e di alta qualità: le casse malati sono infatti incentivate a incoraggiare il ricorso alle prestazioni ambulatoriali invece di quelle stazionarie soltanto se i costi delle prime sono inferiori di almeno il 55 per cento a quelli delle seconde. Dal punto di vista dei costi che sono chiamati a coprire, i Cantoni hanno al contrario tutto l'interesse a spingere verso le prestazioni ambulatoriali. Il risultato di questo stato di cose sono costi inutilmente elevati per la società nel suo complesso e, in alcuni casi, una qualità inferiore delle prestazioni sotto il profilo medico, accompagnata talora da una minore sicurezza per i pazienti.

L'obiettivo perseguito dalla Commissione con il progetto «Finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero» era triplice. Innanzitutto, intendeva incoraggiare il passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali laddove indicato dal punto di vista medico, dato che queste ultime sono generalmente meno costose dei trattamenti in regime di ricovero ospedaliero. A suo parere, un sistema di finanziamento unitario poteva peraltro rendere più interessante anche un coordinamento tra i fornitori di prestazioni, con il risultato di evitare le degenze in ospedale grazie al ricorso a cure ambulatoriali in una fase precoce. Secondariamente, la Commissione voleva stabilizzare le quote – finanziate dai premi e dalle imposte – relative ai costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Infine, la Commissione si proponeva di promuovere una tariffazione adeguata. Il progetto elaborato dalla CSSS-N prevedeva che le casse malati rimborsassero tutte le cure ambulatoriali e ospedaliere e che i Cantoni contribuissero con una quota di almeno il 22,6 per cento dei costi lordi. Questa quota, pari a una media annuale di 7,5 miliardi di franchi per gli anni dal 2012 al 2015, avrebbe consentito di passare a un finanziamento unitario senza che ciò avesse nel complesso ripercussioni sui bilanci dei Cantoni e delle casse malati.

In assenza di dati affidabili al riguardo, la Commissione ha deciso di escludere dal progetto le cure di lunga durata (ambulatoriali e ospedaliere), che avrebbero quindi continuato, almeno in un primo tempo, a essere finanziate secondo le regole vigenti. Nel contempo, ha presentato un postulato ([19.3002](#)) che incaricava il Consiglio federale di esaminare, congiuntamente alla CDS e alle associazioni dei fornitori di prestazioni e delle casse malati, se le cure a lungo termine potessero essere integrate nel finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero. Il Consiglio federale era inoltre incaricato di presentare un progetto di revisione di legge in tal senso una volta ottenute le informazioni necessarie.

(Fonte: rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale [FF 2019 2879](#))

Deliberazioni

Iniziativa parlamentare [09.528](#) «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico»

16.02.2011	CSSS-N	Dare seguito (Camera prioritaria)
14.11.2011	CSSS-S	Adesione
13.12.2013	CN	Termine prorogato fino alla sessione invernale 2015
18.12.2015	CN	Termine prorogato fino alla sessione invernale 2017
15.12.2017	CN	Termine prorogato fino alla sessione invernale 2019

Progetto 1

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento unitario delle prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero) ([FF 2019 3449](#))

26.09.2019	CN	Decisione in deroga al disegno (progetto)
01.12.2022	CS	Deroga
13.09.2023	CN	Deroga
06.12.2023	CS	Deroga
14.12.2023	CN	Deroga
18.12.2023	CS	Adesione
22.12.2023	CS	Adozione nella votazione finale
22.12.2023	CN	Adozione nella votazione finale
Testo del voto finale:		FF 2024 31

Il **Consiglio nazionale** si è occupato di questo oggetto il 26 settembre 2019 in quanto **Camera prioritaria**. In seguito alla proposta della maggioranza commissionale, con 136 voti contro 52 e 5 astensioni la Camera del Popolo ha respinto una proposta di minoranza di non entrare in materia. Pur appoggiando l'idea di un finanziamento unitario delle prestazioni, secondo la relatrice della minoranza Barbara Gysi (S, SG), la riforma avrebbe avvantaggiato troppo le casse malati e gli ospedali convenzionati (cliniche private che hanno firmato accordi con le casse malati), a scapito dei Cantoni, che sarebbero stati ridotti al ruolo di agenti pagatori. Ad eccezione di un membro del Gruppo dell'UDC, la posizione della minoranza è stata appoggiata solo da membri del Gruppo socialista e del Gruppo dei Verdi. **Durante la deliberazione di dettaglio**, i dibattiti si sono incentrati soprattutto sul contributo cantonale, ossia sulla quota dei costi a carico dei Cantoni (essendo il resto coperto dalle casse malati ossia dagli assicurati). Dopo aver rifiutato varie proposte di minoranza, il Consiglio nazionale si è allineato con quanto proposto dalla maggioranza della sua Commissione e dal Consiglio federale, fissando cioè la quota minima versata dai Cantoni al 25,5 per cento (casse malati: 74,5 %) dei costi netti (dedotte cioè le franchigie e le aliquote percentuali pagate dagli assicurati). Il progetto iniziale della CSSS-N prevedeva una quota del 22,6 per cento dei costi lordi (comprese quindi le franchigie e le aliquote percentuali). Anche la questione del finanziamento delle prestazioni fornite dagli ospedali convenzionati ha dato adito ad accese discussioni. Una minoranza ha proposto di stralciare una disposizione secondo cui la quota rimborsata dalle casse malati a queste strutture sarebbe passata dal 45 al 74,5 per cento (dato che i Cantoni non partecipano ai costi). A detta di Barbara Gysi, rappresentante di questa minoranza, una tale decisione si sarebbe infatti tradotta in un aumento dei premi, avrebbe avvantaggiato delle strutture private a scapito di quelle pubbliche e avrebbe compromesso la pianificazione ospedaliera dei Cantoni. La relatrice della maggioranza, Ruth Humbel, ha ribattuto che in Svizzera ci sono solo pochi ospedali convenzionati e che questi non sono più costosi di quelli pubblici. Con 132 voti contro 56 e 6 astensioni, il Consiglio nazionale si è pronunciato a favore della proposta della maggioranza. Fatta eccezione per tre membri del Gruppo dell'UDC, soltanto alcuni deputati socialisti e dei Verdi hanno votato a favore della proposta di minoranza. **Nella votazione sul complesso**, la Camera del Popolo ha adottato il progetto di atto legislativo con 121 voti contro 54 e 8 astensioni. Il Gruppo del Centro, il Gruppo liberale radicale, quello l'UDC e il Gruppo dei Verdi hanno in larga misura appoggiato la revisione della LAMal, mentre i membri del Gruppo socialista e di quello dei Verdi vi si sono opposti all'unanimità.

Dopo che la CSSS-S aveva consacrato varie sedute alla revisione della LAMal, il 1° dicembre 2022 il **Consiglio degli Stati** ha esaminato per la prima volta il progetto di legge in quanto **seconda Camera** decidendo, senza opposizione, di **entrare in materia**. Durante la **deliberazione di dettaglio**, la Camera dei Cantoni si è dissociata su più punti dalla Camera del Popolo. Rispondendo a una richiesta dei Cantoni che era stata respinta dal Consiglio nazionale, gli Stati hanno per esempio incluso, senza opposizione, le cure di lunga durata (nelle case di cura e a domicilio), nel progetto di finanziamento unitario. Di conseguenza, il Consiglio degli Stati ha anche aumentato il contributo cantonale dal 25,5 per cento, fissato dal Consiglio nazionale escludendo le suddette cure, al 26,9 per cento. Il Consiglio degli Stati ha altresì deciso, sempre senza opposizione, di dare ai Cantoni maggiore accesso ai dati e alle fatture del sistema sanitario e di rafforzare la loro influenza sul sistema stesso. Di nuovo senza opposizione, la Camera alta ha respinto la proposta del Consiglio nazionale di incrementare il contributo delle casse malati per la remunerazione dei costi degli ospedali convenzionati. Erich Ettlin (C, OW), relatore della Commissione, ha spiegato che tale decisione avrebbe pregiudicato la pianificazione ospedaliera dei

Cantoni e avrebbe comportato un trasferimento di 100–150 milioni di franchi all'anno dalle casse dell'assicurazione complementare a quelle dell'assicurazione di base, con un conseguente aumento dei premi. Nella **votazione sul complesso**, il Consiglio degli Stati si è pronunciato a favore del progetto con 29 voti contro 6 e 5 astensioni. Ad opporsi e ad astenersi sono stati soprattutto i membri del Gruppo socialista e di quello dei Verdi.

Il 13 settembre 2023 il **Consiglio nazionale** ha avviato la **procedura di appianamento delle divergenze**. I due relatori della Commissione, Lorenz Hess (M-E, BE) e Philippe Nantermod (R, VS), hanno sottolineato che la CSSS-N era in linea di principio contraria all'inclusione delle cure di lunga durata nel progetto di finanziamento unitario decisa dalla Camera dei Cantoni. Tuttavia, considerato che i Cantoni e il Consiglio degli Stati avevano subordinato il loro sostegno alla riforma a tale inclusione, la maggioranza della Commissione ha comunque deciso di sostenerla, ma solo a determinate condizioni. Una minoranza, rappresentata da Thomas Aeschi (V, ZG), si è opposta a questa integrazione, sostenendo che i costi che ne sarebbero derivati sarebbero stati superiori a qualsiasi risparmio potenziale ottenuto grazie al resto del progetto. Con 130 voti contro 57 e 4 astensioni, il Consiglio nazionale ha aderito, su questo punto, alla proposta della maggioranza della sua Commissione. La minoranza Aeschi è stata sostenuta solo dai membri de Gruppo dell'UDC. L'entità del contributo cantonale, che il Consiglio degli Stati aveva aumentato al 26,9 per cento, è stata oggetto di diverse proposte divergenti. La maggioranza commissionale ha proposto che fossero i Cantoni a farsi sistematicamente carico dei costi dei pazienti che beneficiano delle cure di lunga durata e che la quota del contributo cantonale fosse quindi del 28,6 per cento. Una minoranza Glarner ha proposto di allinearsi con la versione del Consiglio degli Stati, mentre le minoranze Aeschi (24,5 %) e Weichelt (30 %) hanno raccomandato altre percentuali. Alla fine, ha prevalso la posizione della maggioranza. Sul tema degli ospedali convenzionati, il Consiglio nazionale si è allineato con la minoranza de Courten e con 107 voti contro 85, ha mantenuto questa divergenza con il Consiglio degli Stati. I membri del Gruppo socialista, di quello dei Verdi e del Gruppo liberale radicale sono stati praticamente gli unici a opporsi a quest'ultima minoranza.

Il **Consiglio degli Stati**, dal canto suo, ha avviato la **procedura di appianamento delle divergenze** il 6 dicembre 2023. Erich Ettl, relatore della Commissione, ha criticato la decisione del Consiglio nazionale di abolire il contributo dei pazienti alle cure di lunga durata e di aumentare di conseguenza il contributo cantonale al 28,6 per cento. A suo parere, così facendo, i costi aggiuntivi per i Cantoni sarebbero stati pari a quasi mezzo miliardo di franchi all'anno e i principali beneficiari sarebbero stati coloro che non percepiscono prestazioni complementari. Il Consiglio degli Stati ha pertanto deciso, senza opposizione, di mantenere invariato il tasso del 26,9 per cento. Per quanto riguarda il finanziamento degli ospedali convenzionati, la Camera dei Cantoni ha ribadito la sua posizione rifiutando, senza opposizione, di aumentare l'importo previsto per i rimborsi.

Il 14 dicembre 2023, il **Consiglio nazionale** ha riesaminato le **divergenze** rispetto alle decisioni del Consiglio degli Stati. Per quanto riguarda il contributo cantonale, la Camera del Popolo ha abbandonato l'idea di aumentarlo al 28,6 per cento. Respingendo la proposta della minoranza Weichelt (121 voti contro 73), ha quindi aderito alla posizione del Consiglio degli Stati optando per il tasso del 26,9 per cento. La maggioranza della Commissione è stata appoggiata quasi all'unanimità dal Gruppo del Centro, dal Gruppo liberale radicale e da quello dell'UDC. La Camera del Popolo ha inoltre aderito alla posizione del Consiglio degli Stati sulla questione degli ospedali convenzionati. La minoranza Sauter, che voleva mantenere questa divergenza, è stata sostenuta solo da alcuni membri del Gruppo liberale radicale e del Gruppo dell'UDC; la sua proposta è pertanto stata respinta con 101 voti contro 90.

Il **Consiglio degli Stati** ha riesaminato l'ultima **divergenza** con il Nazionale il 18 dicembre 2023, e l'ha eliminata senza opposizione.

La votazione finale sulla revisione della LAMaI si è svolta il 22 dicembre 2023. Il Consiglio degli Stati ha adottato il progetto con 42 voti contro 3. I tre consiglieri agli Stati che si sono opposti all'adozione sono membri del Gruppo socialista. Il Consiglio nazionale ha adottato il progetto con 141 voti contro 42 e 15 astensioni. Hanno votato all'unanimità a favore della revisione i membri del Gruppo liberale radicale (fatta eccezione per un membro, che si è astenuto), del Gruppo del Centro e del Gruppo verde liberale. Il Gruppo socialista (21 voti contro 15 e 4 astensioni), quello dell'UDC (46 voti contro 20 e 1 astensione) e il Gruppo dei Verdi (7 voti contro 7 e 9 astensioni) si sono invece mostrati più divisi.

Il 18 aprile 2024 il Sindacato del personale dei servizi pubblici e socio-sanitari ha depositato una domanda di referendum contro il finanziamento unitario delle prestazioni. Il 29 aprile 2024 la Cancelleria federale ha attestato la riuscita del referendum con 56 960 firme valide, ossia più delle 50 000 richieste. Il 26 giugno 2024 il Consiglio federale ha pertanto fissato al 24 novembre 2024 la data per la votazione popolare sulla revisione della LAMaI.



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Frist – Délai

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag der Mehrheit

Die Behandlungsfrist um zwei Jahre verlängern

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Heim, Rossini, Schenker Silvia)

Die Initiative abschreiben

Proposition de la majorité

Prolonger le délai de traitement de deux ans

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Heim, Rossini, Schenker Silvia)

Classer l'initiative

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten.

Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission: Bei der parlamentarischen Initiative "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus" geht es einzig um die Frage einer Fristverlängerung und nicht um eine inhaltliche Diskussion. Die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen schafft falsche Anreize, welche mit einem monistischen Finanzierungssystem, eben der gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, eliminiert werden könnten.

Die Frage des Wechsels zu einer monistischen Finanzierung beschäftigt uns schon lange. Bereits 2004 wurden in einem Expertenbericht unter der Leitung von Professor Robert Leu verschiedene Modelle für eine





monistische Finanzierung im Hinblick auf die dritte KVG-Revision aufgezeigt. Am 24. September 2007 wurde die von der ständerätlichen Kommission eingereichte Motion 06.3009 angenommen, mit welcher der Bundesrat beauftragt wurde, dem Parlament bis Ende 2010 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorzulegen. Anlässlich der Erarbeitung von Managed Care wurde von den Hearingteilnehmern betont, dass eine gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auch mit Blick auf die Förderung der integrierten Versorgung eine zentrale Voraussetzung ist, um falsche Finanzierungsanreize zu beseitigen.

In den OECD-Berichten zum schweizerischen Gesundheitswesen wird die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen als falscher Anreiz kritisiert und ein Wechsel zu einer einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen empfohlen.

Kurz zur Geschichte der Initiative: Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat der Initiative am 16. Februar 2011 mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge gegeben. Die Schwesterkommission des Ständerates stimmte diesem Beschluss am 14. November 2011 mit 7 zu 1 Stimmen zu. Die SGK-NR beauftragte ihre Subkommission KVG mit der Erarbeitung eines Erlassentwurfes. Am 17. Februar 2012 liess sich die Subkommission über die damals laufenden Gespräche zwischen dem EDI und der Gesundheitsdirektorenkonferenz im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" informieren. Sie beschloss, erste Ergebnisse dieser Arbeiten abzuwarten. Das EDI und die GDK wollen in ihre Beurteilung auch die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung, die seit 2012 umgesetzt wird, einbeziehen.

Die Frage einer Umstellung der Finanzierung ist im Dialog "Nationale Gesundheitspolitik" weiterhin pendent. Es macht Sinn, diese Vorarbeiten so weit als möglich zu berücksichtigen. Neben dieser inhaltlichen Koordinationsfrage ist eine Fristverlängerung auch durch eine zeitliche Verzögerung bedingt: Die Subkommission KVG war in den letzten beiden Jahren mit der Erarbeitung von anderen Erlassentwürfen stark ausgelastet.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat am 25. Oktober 2013 über die Frage der Fristverlängerung beraten und beantragt mit 16 zu 5 Stimmen bei 3 Enthaltungen, die Behandlungsfrist der Initiative um zwei Jahre, d. h. bis zur Wintersession 2015, zu verlängern. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: Par voie d'initiative parlementaire, Madame Humbel demande l'introduction d'un système de financement moniste par le biais d'une modification de la LAMal. Elle propose que toutes les

AB 2013 N 2202 / BO 2013 N 2202

prestations hospitalières et ambulatoires inscrites dans la loi précitée soient entièrement financées par les assureurs-maladie.

Afin que les cantons puissent quand même garder le contrôle des moyens publics, Madame Humbel demande d'utiliser les ressources fiscales pour la formation et le perfectionnement du personnel médical, pour la compensation des risques, les prestations de santé publique et d'intérêt général, de même que pour la réduction des primes d'assurance-maladie. Les cantons pourraient passer des contrats de prestations avec les assureurs ou les réseaux de soins pour financer le traitement intégré des maladies chroniques.

Pour leur part, les assureurs-maladie seraient alors libres de fixer le montant de leurs primes.

Il est incontestable que le financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier représente aujourd'hui une incitation pernicieuse. Ce défaut, présent depuis 1996, doit finalement être corrigé. Ce n'est qu'à cette condition que le modèle des soins intégrés – "managed care" – pourra inclure les soins hospitaliers et véritablement se développer.

Le 16 février 2011, votre commission a donné suite à l'initiative parlementaire, par 14 voix contre 10 et 1 abstention. Sa commission soeur du Conseil des Etats s'est ralliée à cette décision le 14 novembre 2011, par 7 voix contre 1. Votre commission a alors chargé sa sous-commission LAMal d'élaborer un projet d'acte. Le 17 février 2012, la sous-commission s'est renseignée sur l'état d'avancement des travaux à ce propos menés par le Département fédéral de l'intérieur et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), dans le cadre du dialogue "Politique nationale suisse de la santé". La sous-commission a décidé d'attendre les premiers résultats de ces travaux pour agir. La question d'un changement de financement est en effet toujours en suspens dans le dialogue "Politique nationale suisse de la santé". Le département et la CDS veulent également prendre en considération, dans leur évaluation, les répercussions du nouveau financement hospitalier en vigueur depuis le 1er janvier 2012. En outre, des études scientifiques doivent être menées pour les années 2012 à 2018, et il est prévu d'établir un bilan intermédiaire à mi-parcours. Réunie le 25 octobre 2013, votre commission vous propose, par 16 voix contre 5 et 3 abstentions, de prolonger de deux ans, soit



jusqu'à la session d'hiver 2015, le délai qui lui est imparti pour traiter l'initiative, afin que sa sous-commission LAMal puisse élaborer un projet d'acte, au cas où les travaux menés dans le cadre de la "Politique nationale suisse de la santé" seraient retardés.

Une minorité de la commission propose de classer l'initiative parlementaire. Elle estime que pour le financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires, seul un moyen de financement dual fixe serait capable d'obtenir la majorité.

Au nom de la commission, je vous invite donc à suivre sa majorité et à prolonger de deux ans ce délai.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Mit den Analysen der Berichterstatlerin und des Berichterstatters bin ich einverstanden. Es ist ein Problem, dass ambulante und stationäre Behandlungen ungleich finanziert sind. Das schafft falsche Anreize. Doch die vorgeschlagene Lösung ist keine Lösung. Die vorgeschlagene Lösung fordert nämlich, dass künftig die Steuergelder, die in diesen Bereich fließen, den privaten Krankenversicherungen überwiesen würden, welche diese dann einsetzen könnten. Es ist politisch undenkbar, dass es jemals ein Ja des Volkes zu einer Lösung geben wird, bei der die Kantone Milliarden an Steuergeldern an private Versicherungen überweisen, damit diese anschliessend das Gesundheitsgeschäft steuern können. Und weil dies undenkbar ist, verlieren wir hier Zeit bei einem Problem, das wir tatsächlich lösen sollten. Aus diesem Grund bin ich dafür, dass wir hier abbrechen und dieses Problem mit anderen Lösungsansätzen zu lösen versuchen.

Gleichzeitig ist mir aber bewusst, dass verschiedene Prozesse laufen. Ich bin deshalb bereit, meinen Minderheitsantrag zurückzuziehen und die Arbeiten weiterführen zu lassen. Aber wir werden uns hier wieder treffen, und wir werden wahrscheinlich einsehen müssen, dass es ein Weg ist, der nicht zum Erfolg führen wird.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Der Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline ist zurückgezogen worden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Frist – Délai

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Präsidentin (Markwalder Christa, Präsidentin): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten. Die Kommission beantragt ohne Gegenstimme, die Behandlungsfrist der Initiative um zwei Jahre bis zur Wintersession 2017 zu verlängern.

Die Behandlungsfrist des Geschäftes wird verlängert

Le délai de traitement de l'objet est prorogé





09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Frist – Délai

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Le président (de Buman Dominique, président): Vous avez reçu un rapport écrit de la commission. Sans opposition, la commission propose de prolonger de deux ans, soit jusqu'à la session d'hiver 2019, le délai qui lui est imparti pour traiter l'initiative.

Die Behandlungsfrist des Geschäftes wird verlängert

Le délai de traitement de l'objet est prorogé



09.528

Parlamentarische Initiative**Humbel Ruth.****Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.****Einführung des Monismus****Initiative parlementaire****Humbel Ruth.****Financement moniste
des prestations de soins***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag der Mehrheit

Eintreten

Antrag der Minderheit

(Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Nichteintreten

Proposition de la majorité

Entrer en matière

Proposition de la minorité

(Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Ne pas entrer en matière

Humbel Ruth (C, AG), pour la commission: La présidente de notre conseil a souligné que nous célébrons aujourd'hui la Journée européenne des langues. Dans notre pays quadrilingue, et dans notre conseil, nous avons tous les jours une journée des langues, parce que notre devise est: "Chacun parle sa langue".

En ce sens, en tant que porte-parole de la commission, je continuerai mon intervention en allemand, parce qu'expliquer le financement uniforme des soins est assez difficile, même dans sa langue maternelle!

Die parlamentarische Initiative 09.528, "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus", wurde im Dezember 2009 eingereicht. 2011 wurde ihr von den SGK beider Räte Folge gegeben. Heute, zehn Jahre nach Einreichung der Initiative, liegt ein Entwurf zur Diskussion vor.





Es ist indes nicht der erste Anlauf für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen, kurz Efas genannt. Bereits 2004 hat der Bundesrat im Rahmen der Arbeiten zur 3. KVG-Revision von einer Expertenkommission unter der Leitung von Professor Robert Leu einen Bericht erstellen lassen, der verschiedene Varianten für eine monistische Finanzierung aufgezeigt hat.

Die Begründung für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich war damals die gleiche wie heute: Es geht um die Eliminierung von Fehlanreizen und um die Stärkung der integrierten Versorgung. Unbestritten ist, dass der grundlegende Fehlanreiz im Gesundheitswesen auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs zurückzuführen ist. Heute werden Leistungen gemäss KVG unterschiedlich vergütet, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Ambulante Leistungen werden vollständig von den Versicherern, also über Prämien finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden zu 55 Prozent von den Kantonen und zu 45 Prozent von den Versicherern bezahlt. Diese Regelung führt zu verschiedenen Fehlanreizen, die dem Ziel einer medizinisch indizierten und kosteneffizienten Behandlung entgegenstehen. Wenn wir diese Fehlanreize beseitigen und Managed Care, d. h. die integrierte Versorgung, wirksam stärken wollen, braucht es eine einheitliche Finanzierung aller erbrachten Leistungen.

Zum Prozess der Erarbeitung dieser Vorlage: Ihre SGK hat eine Subkommission eingesetzt, welche an insgesamt neun Sitzungen eine Vorlage erarbeitet hat. Zuerst wurden Eckwerte definiert und Anhörungen mit der GDK, den Patientenorganisationen, den Leistungserbringern, den Versicherern, den Kantonen sowie den Experten durchgeführt. Auch die Verfassungsmässigkeit eines Systemwechsels zur einheitlichen Finanzierung wurde geprüft. Verschiedene Gutachten bestätigen die Verfassungsmässigkeit, u. a. auch ein Gutachten des Bundesamtes für Justiz. Bei der Definition der Eckwerte wurde die Langzeitpflege wie auch der Zusatzversicherungsbereich explizit ausgeschlossen. Die Integration der Pflege wäre zu komplex: Die Transparenz bezüglich Leistungen und Finanzierungsflüssen fehlt. Wir haben 26 kantonale Systeme mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und unterschiedlichen Restkostenfinanzierungssätzen sowie verschiedenen Einstufungs- und Entschädigungssystemen.

Im Vernehmlassungsverfahren haben sich die Organisationen der Leistungserbringer sowie der Versicherer mehrheitlich für die Vorlage ausgesprochen, die Kantone hingegen dagegen. Die GDK haben wir in der Subkommission zweimal angehört. Als Gegenkonzept zu Efas sieht sie Avor – ambulant vor stationär –, das heisst Listen mit Leistungen, welche in Spitälern nicht mehr stationär, sondern ambulant erbracht werden müssen. Zudem will sie Zero-Night-DRG, also Pauschalen für Tageseingriffe. Beide Massnahmen – Avor und Zero-Night-DRG – sind keine Alternativen zu Efas, sondern sinnvolle Begleitmassnahmen.

Zudem stellte die GDK Forderungen. Die Hauptforderung ist, dass die Kantone eine bessere Steuerungsmöglichkeit im ambulanten Bereich bekommen. Diese Forderung wird mit der Zulassungssteuerung erfüllt. Weiter fordern sie den Einbezug von Alterspflege und Spitex für eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation. Wie bereits ausgeführt, ist es unmöglich, diese Forderung im jetzigen Zeitpunkt zu erfüllen. Es fehlen schlicht die erforderlichen Grundlagen. Die SGK hat diese Forderung im Postulat 19.3002, "Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich", aufgenommen. Das Postulat wurde in der Frühjahrssession vom Nationalrat angenommen. Weiter wollen die Kantone die Möglichkeit zur Kontrolle der korrekten Abrechnung ambulanter Leistungen sowie eine Eliminierung von Fehlanreizen infolge Verknüpfung vertraglicher Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich.

Zum Inhalt der Vorlage: Neu bezahlen die Krankenversicherer alle ambulanten und stationären Leistungen direkt den Leistungserbringern. Auch die Spitäler werden für stationäre Behandlungen ganz von den Krankenversicherern bezahlt. Die Kantone entrichten ihren Beitrag an die gemeinsame Einrichtung gemäss Artikel 18 KVG. Diese überträgt den kantonalen Beitrag den Versicherern, basierend auf den Kosten pro Versicherten, welche die einzelnen Versicherer nach

AB 2019 N 1876 / BO 2019 N 1876

Abzug der Kostenbeteiligung tragen. Die gemeinsame Einrichtung gemäss Artikel 18 KVG führt schon heute den Risikoausgleich und teilt die Risikoausgleichszahlungen unter den Krankenversicherern pro Kanton auf. Analog zur Spitalfinanzierung wird es einen prozentualen Minimalbeitrag geben, den die Kantone bezahlen müssen. Bei der Spitalfinanzierung liegt er aktuell bei 55 Prozent. Umgerechnet auf sämtliche Leistungen würde der Satz aktuell bei 25,5 Prozent liegen. Das ist ein Minimalansatz, welcher von den Kantonen jährlich für das nächste Kalenderjahr festgelegt wird. 25,5 Prozent entsprechen 7,5 Milliarden Franken. Dieser Prozentsatz basiert auf dem Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015. Es handelt sich nicht um den definitiven Prozentsatz. Dieser wird beim Einführungszeitpunkt so festgelegt, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer kostenneutral ausfällt. Die Einführung muss kostenneutral



erfolgen. Es darf keine Kostenverlagerung von Krankenversicherern zu Kantonen oder umgekehrt geben. Den Kantonen wird eine Übergangsfrist von drei Jahren gewährt. Die Spitallisten bleiben unverändert. Vertragsspitäler, das heisst Spitäler, welche auf keiner Spitalliste stehen, erhalten weiterhin keinen Kantonsbeitrag. Statt 45 Prozent aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden die Vertragsspitäler von den Krankenversicherern künftig 75 Prozent erhalten. Die Differenz zu 100 Prozent muss wie bis anhin vom Patienten oder aus einer Zusatzversicherung bezahlt werden.

Ich fasse die Zielsetzungen dieser Gesetzesrevision zusammen:

1. Efas fördert die integrierte Versorgung. Managed-Care-Modelle werden attraktiver, und zwar sowohl für die Ärzte wie auch für die Versicherten. Für die Ärztinnen und Ärzte und das Versorgungsnetz lohnt es sich, die Patienten möglichst ambulant zu behandeln, sie also nicht aus finanziellen Überlegungen in ein Spital einzuweisen, sondern nur dann, wenn es medizinisch indiziert ist. Versicherte, welche integrierte Versorgungsmodelle, also Hausarztmodelle, wählen, profitieren von tieferen Prämien, weil die Kantone auch im ambulanten Bereich mitfinanzieren.

2. Efas bringt eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Anteile in der OKP. Ambulante Eingriffe verursachen weniger Kosten als stationäre Behandlungen. Im heutigen System werden die Prämienzahler durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich übermässig belastet, weil nur der stationäre Bereich von den Kantonen mitfinanziert wird. Eine PWC-Studie sieht ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken durch die Verlagerung der medizinischen Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich.

3. Wichtig wird eine sachgerechte Tarifierung sein. Ambulante und stationäre Leistungen mit dem gleichen Zielbereich müssen gleich finanziert werden. Heute ist das nicht der Fall. Das heutige Tarifierungsmodell beeinflusst, ob jemand ambulant oder stationär behandelt wird. Das sollte aber eine rein medizinische Frage sein. Diese Vorlage ist, wie damals die Verfeinerung des Risikoausgleichs, ein wichtiger Reformschritt, um einen bedeutenden Fehlanreiz im KVG zu korrigieren.

Ich komme zum Schluss und möchte danken: Wir haben für diese Arbeiten in der Kommission grosse Unterstützung vom Kommissionssekretariat wie vom BAG erhalten. Dafür danke ich den Damen und Herren der Verwaltung im Namen der Kommission ganz herzlich.

Ihre SGK ist mit 15 zu 7 Stimmen auf die Vorlage eingetreten und hat den Entwurf in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen.

Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), für die Kommission: Heute ist der vorletzte Tag der Session und der Legislatur, und es ist der Tag der Mehrsprachigkeit. Wir sind eingeladen, eine andere Sprache als die Muttersprache zu benutzen. Natürlich wäre es einfacher, ein Postulat oder eine populistische Volksinitiative auf Deutsch zu verteidigen, als die Vorlage "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus" auf Deutsch zu präsentieren. Es ist für mich schon schwierig, diese Vorlage auf Französisch zu verstehen. In den Berichten gibt es mehr Zahlen als Buchstaben. Also werde ich weder auf Deutsch noch auf Französisch sprechen, sondern in der "Efas-Sprache". Merci de votre compréhension.

Le financement uniforme des soins, ou le monisme – pour rendre la phrase un peu plus compliquée –, est un serpent de mer des réformes du système de santé fédéral. On en parlait déjà avec l'ancien ministre de la santé et avec son prédécesseur. De quoi s'agit-il? Il s'agit du financement du système de santé qui, en Suisse, repose sur une mécanique particulièrement complexe qui allie l'assurance-maladie, via l'assurance obligatoire des soins, l'assurance-maladie, encore, via les assurances complémentaires; les cantons, pour la part hospitalière; les cantons, encore, pour les soins; les cantons, toujours, pour les subventions; un peu de Confédération; un peu de prestations d'intérêt général; beaucoup d'"out of pocket", comme on le dit crûment, à savoir la part qui vient de l'assuré lui-même; d'autres assurances sociales; d'autres assurances privées. Nous parlons ici du financement du domaine hospitalier stationnaire, du domaine hospitalier ambulatoire et du domaine ambulatoire.

D'abord, je crois qu'il faut expliquer les termes, parce que, si on lit le rapport, à aucun moment on n'explique exactement ce qu'est l'ambulatoire et le stationnaire, et pour les citoyens, il n'est pas toujours évident d'opérer la distinction.

Pour faire simple, on entend par "stationnaires" des prestations qui sont fournies durant une période d'au moins 24 heures en hôpital, ou si un lit est occupé durant une nuit. Il y a aussi d'autres cas qui sont classés dans la catégorie des soins stationnaires, notamment lorsque le patient décède. Sinon, on parle de prestations qui sont fournies selon le régime ambulatoire. Cette distinction a différentes implications, dont une très importante en ce qui concerne le financement des soins.

Lorsqu'une prestation relève du domaine de l'ambulatoire, l'entier de son financement est à la charge de



l'assurance-maladie. 1000 francs de prestations en traitement ambulatoire, ce sont 1000 francs payés par l'assurance obligatoire des soins. Lorsque la prestation est fournie selon le régime stationnaire, la répartition des frais est différente: l'assurance obligatoire des soins ne finance que 45 pour cent de la prestation – sur 1000 francs, cela ferait donc 450 francs –, et le canton paie 55 pour cent de la prestation – 550 francs dans l'exemple dont j'ai parlé. Le problème que cela pose, c'est celui des mauvais incitants, comme l'a très justement relevé Madame Humbel.

Aujourd'hui, nous pouvons tous constater, dans nos relations au quotidien avec le système de santé, une tendance globale au transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Les séjours à l'hôpital sont plus courts et des prestations qui auparavant devaient être fournies sur plusieurs jours le sont aujourd'hui en quelques heures. Ainsi, les patients sont invités à rejoindre leur domicile sans passer une nuit à l'hôpital. Cela implique – et c'est une bonne nouvelle – des coûts moindres pour le système de santé, dont aujourd'hui environ 30 milliards de francs sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour des coûts globaux d'environ 80 milliards de francs.

Le problème auquel nous sommes confrontés est le suivant: vu que le financement n'est pas le même selon que la prestation est fournie selon le critère "stationnaire" ou "ambulatoire", lorsqu'on transfère les prestations du stationnaire vers l'ambulatoire, la part à charge de l'assurance obligatoire des soins fait plus que doubler. Et quand bien même nous pourrions avoir une facture qui diminue, la charge pour l'assurance augmente et, finalement, la prime peut augmenter aussi.

Ainsi, nous sommes tentés, pour éviter une augmentation des primes, de ne pas procéder à ce transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, qui est pourtant un transfert vertueux, puisqu'il aboutit à une baisse des coûts de la santé. Lorsqu'on le fait, il se peut qu'il ne se répercute pas complètement sur les primes d'assurance-maladie, ce qui conduit – c'est l'un des facteurs – à la déconnexion entre l'évolution des coûts et l'évolution des primes.

AB 2019 N 1877 / BO 2019 N 1877

La commission vous propose donc un projet pour changer le mode de financement et pour éviter ces faux incitants. En quelques mots, le projet veut mettre fin à la distinction entre le financement de l'ambulatoire et du stationnaire. Avec ce projet, les cantons financeront toutes les prestations, qu'elles soient ambulatoires ou stationnaires; on ne fera plus de distinction, que vous passiez la nuit ou non dans l'établissement de soins, pour savoir s'il y a une participation cantonale.

Par contre, cette répartition devrait permettre une neutralité des coûts, pour évidemment ne pas entraîner un surcoût qui serait extrêmement important pour les cantons. On sait que, dans l'assurance-maladie, quand on parle de 1 pour cent de dépenses, cela représente tout de suite 300 millions de francs environ.

Le projet prévoit donc une réduction de la part cantonale. De 55 pour cent aujourd'hui, uniquement pour le stationnaire, elle passerait à 22,6 pour cent pour le stationnaire et l'ambulatoire. Les assurances-maladie, au lieu de payer 45 pour cent pour le stationnaire et 100 pour cent pour l'ambulatoire, paieraient le 77,4 pour cent du total. Les cantons bénéficieraient pour y parvenir d'un délai de trois ans, pour atteindre la part de 22,6 pour cent au minimum.

Globalement, selon une étude de PWC, ce transfert permettrait de faire une économie de 1 milliard de francs, ce qui n'est pas négligeable. L'autre élément très important, c'est que cette modification irait à l'encontre du monisme. Celui-ci serait une condition-cadre pour pouvoir prendre d'autres mesures nécessaires pour faire évoluer le système de santé, pour que nous puissions pleinement accompagner ce transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, sans avoir d'inquiétudes sur les effets négatifs que cela pourrait avoir sur les primes d'assurance-maladie.

La minorité Gysi souhaite que le conseil n'entre pas en matière. Les arguments qui seront certainement développés tout à l'heure sont les suivants: pour la minorité, le projet ne tient pas suffisamment compte des souhaits des cantons et ne serait de ce fait pas susceptible de rallier une majorité. Par ailleurs, la forme actuelle du projet ne produirait pas non plus suffisamment d'effets pour freiner la croissance des coûts, ni en conséquence celle du montant des primes d'assurance-maladie. En particulier, il ne toucherait pas aux incitations négatives créées par les assurances complémentaires, lesquelles se répercutent sur l'assurance obligatoire des soins. Enfin, il ne tiendrait pas non plus compte du fait que la conception du tarif est plus déterminante pour le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, dont le financement est uniforme.

Votre commission a entendu de nombreux acteurs, en particulier les représentants des cantons, cantons qui sont les premiers concernés par cette évolution. Les cantons ont toujours affirmé qu'ils n'étaient pas opposés au principe du projet. Ils ont toutefois souligné les craintes qu'ils avaient de perdre la maîtrise du système, puisqu'ils multiplient aujourd'hui les casquettes dans le domaine de la santé – ils sont chargés de la planifica-



tion hospitalière, du financement des coûts et du traitement des recours en matière de tarification. Demain, en effet, ils perdraient une partie de leur influence dans le domaine du financement.

La commission a proposé – et nous avons voté en faveur de cette proposition durant cette session – une forme de compensation pour les cantons, en leur transmettant formellement, dans une loi, l'admission des fournisseurs de prestations. Cela a été décidé lors du traitement de l'objet 18.047, que nous avons accepté. Nous avons en outre accepté que les deux objets soient liés. L'un n'entrera pas en vigueur sans l'autre, si nous nous en tenons à la décision que nous avons prise.

Les cantons ont émis récemment une autre demande: celle d'intégrer la question des soins dans le financement uniforme. Les cantons jugent en effet que s'il convient de traiter la question des mauvais incitants entre le stationnaire et l'ambulatoire, nous devrions aussi parler de la question des soins, des EMS et des centres médicosociaux, qui ne figure actuellement pas dans le projet.

Les cantons ont transmis une étude réalisée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé en nous demandant de la prendre en compte. Selon la commission, les cantons ont présenté une demande tardive. Le projet était déjà "ficelé" au moment où nous l'avons traité, et rouvrir le dossier aurait été extrêmement compliqué.

Toutefois, la commission n'est pas opposée à la demande des cantons et estime qu'elle doit être prise en compte. Elle ne peut pas la prendre en compte immédiatement, sinon le risque est grand de reporter encore l'examen d'un projet nécessaire et urgent pour le système de santé, mais elle veut prendre cette demande au sérieux. C'est pour cela que nous avons adopté, ici même, le 14 mars dernier, le postulat 19.3002, "Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires", qui charge le Conseil fédéral d'analyser les conséquences de l'intégration des soins dans le financement uniforme (EFAS). Cette question sera analysée, les conséquences financières de cette question seront analysées, et nous pourrons étudier dans quelle mesure il sera possible d'intégrer aussi vite que possible les soins dans le projet.

Vu ces éléments, la commission est d'avis, par 15 voix contre 7 et 0 abstention, qu'il convient d'entrer en matière sur ce projet nécessaire pour l'évolution de notre système de santé et pour maîtriser à long terme l'évolution des coûts de la santé.

Gysi Barbara (S, SG): Je vous prie de ne pas entrer en matière sur ce projet et je vais vous expliquer pourquoi. Die SP-Fraktion steht im Grundsatz hinter einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Denn das ist eine Massnahme zur Kostendämpfung, die durch die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone auch positive Auswirkungen auf die Entwicklung der Krankenkassenprämien haben und heutige Fehlanreize beseitigen kann.

Die SP-Fraktion sagt aber ganz klar Nein zu dieser Vorlage. Sie sagt Nein zur Art und Weise, wie in diesem Geschäft in erster Linie von Krankenversicherern und ihren beiden Verbänden Curafutura und Santésuisse lobbyiert wurde. Sie sagt Nein dazu, wie in der Subkommission der SGK-NR und in der Gesamtkommission mit den Interessen der Kantone umgegangen wurde und wie die Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet wurde. Sie sagt Nein zur massiven finanziellen Besserstellung von Privatspitälern und Zusatzversicherten zulasten der Grundversicherung.

Le financement moniste des prestations ambulatoires et stationnaires va rendre le pouvoir des caisses-maladie encore plus fort. Tous les éléments de contrôle sont transmis entre les mains des assureurs. Les cantons sont réduits au rôle d'agents payeurs. L'instrument des listes hospitalières cantonales est considérablement affaibli. Les cantons pourront moins bien contrôler l'approvisionnement hospitalier. Le projet d'admission des médecins dans le domaine ambulatoire a été mis en gage pour EFAS et ne réglemente que l'admission des nouveaux cabinets médicaux, et en premier lieu l'autorisation délivrée aux spécialistes. C'est loin d'être suffisant!

Unsere Bundesverfassung sieht vor, dass die Kantone die Steuerung des Gesundheitswesens innehaben und für alle Einwohnerinnen und Einwohner den Zugang zu den Angeboten der Grundversorgung zu gewährleisten haben. Dazu benötigen sie genügend und gute Steuerungsmöglichkeiten. Das wird mit dieser Vorlage mitnichten gewährt. Dieser Systemwechsel ist ein grosser Schritt und beschneidet die Steuerungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der Arbeiten zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative wurde auch der Bundesrat erst in der letzten Etappe der Arbeiten einbezogen – viel zu spät! Im Dossier Gesundheit mit derart vielen Akteurinnen und Akteuren, noch viel mehr Interessengruppen und einem Heer von Lobbyisten ist für die SP klar, dass die Federführung für die einheitliche Finanzierung beim Bundesrat liegen muss, zumal es in der SGK nicht gelungen ist, die Kantone glaubwürdig einzubinden. Lösungen im Gesundheitswesen können nur mit den Kantonen erarbeitet werden und nicht gegen sie.

Für die SP ist darum klar: Zurück zum Start! Mit einem Nichteintreten geben wir den Startschuss zu einer Lösung, die vom Bundesrat gemeinsam mit den Kantonen, den Versicherern und den Leistungserbringern



AB 2019 N 1878 / BO 2019 N 1878

erarbeitet wird. Nur das führt zum Ziel einer ausgewogenen Vorlage. Die aktuelle Efas-Vorlage ist das nicht: Sie ist einseitig zugunsten der Krankenversicherer und deren Interessen ausgefallen.

Ich muss Ihnen sagen: Ich war schockiert, als ich im Frühling 2016 den Subkommissionssitz von meinem Kollegen Jean-François Steiert übernehmen durfte. Ich wähnte mich mehrmals im falschen Film respektive nicht in einer Sitzung der Subkommission, sondern in der Sitzung einer Krankenkasse. Von den elf Subkommissionsmitgliedern hatten zur fraglichen Zeit fünf ein Mandat einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes inne: Ignazio Cassis, der heutige Bundesrat, war Präsident von Curafutura, Heinz Brand Präsident von Santésuisse; weiter waren die Präsidi von H plus und von Interpharma dabei. Die Leitung der Subkommission obliegt Ruth Humbel, die hier Kommissionssprecherin ist, ihres Zeichens unter anderem Verwaltungsrätin der Krankenkasse Concordia. Und vor jeder Subkommissionssitzung – Sie wissen, dass deren Traktandenlisten nicht öffentlich sind – hat uns Curafutura entsprechende Unterlagen und Vorschläge geschickt, die dann ja auch getreu umgesetzt wurden. Ich muss sagen: Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura.

Problematisch ist auch die Tendenz dieser Vorlage, Privatspitäler, die nicht auf einer Spitalliste figurieren, und damit zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zu bevorzugen. Zulasten der Grundversicherung, also aller Prämienzahlenden, sollen Leistungen in den Vertragsspitälern deutlich stärker mitfinanziert werden, nämlich ebenfalls mit 74,5 Prozent. Ich werde dies in der Detailberatung ausführen, weil wir das ebenfalls massiv bekämpfen.

Folgen Sie meiner Minderheit, und treten Sie nicht auf diese Vorlage ein, damit wir in einem nächsten Prozess eine bessere Lösung finden können.

Weibel Thomas (GL, ZH): Aktuell gilt im Gesundheitswesen: Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Kanton mindestens 55 Prozent der Behandlungskosten und die Krankenkasse die verbleibenden maximal 45 Prozent. Erfolgt aber der Eingriff ambulant, so gehen die Kosten vollständig zulasten der Krankenkasse und damit zulasten der Prämienzahlenden.

Diese Aufteilung, diese unterschiedliche Handhabung, führt zu Fehlanreizen: Anstatt eine ambulante Behandlung zu favorisieren, die in der Regel günstiger ist, haben die Krankenkassen einen Anreiz, die Behandlung stationär durchführen zu lassen, damit der Kanton mitbezahlt. Andererseits haben die Kantone mit der Strategie "Ambulant vor stationär" und den entsprechenden Behandlungslisten einseitig die Staatskasse und somit die Steuerzahler entlastet. Unterschiedliche finanzielle Interessen behindern zudem eine sachgerechte Tarifierung. Auch eine über die gesamte Behandlungskette koordinierte, kostendämpfende, da integrierte Versorgung im Gesundheitswesen wird durch die heutige Finanzierung erschwert.

Die SGK legte im Entwurf, der in die Vernehmlassung ging, folgende Eckwerte fest: Der Kanton soll für seine Einwohner künftig einen fixen Anteil übernehmen, unabhängig davon, ob die Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird – das ist eben die einheitliche Finanzierung. An die Kosten, die den Krankenkassen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5 Prozent leisten. Sie haben es von der Kommissionssprecherin gehört: Dieser Prozentsatz entspricht dem Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015 oder rund 7,5 Milliarden Franken. Der Satz muss aber überprüft und konkret festgesetzt werden, bevor das Gesetz in Kraft tritt.

Aufgrund der zahlreichen und divergierenden Rückmeldungen in der Vernehmlassung hat die Kommission den Entwurf in mehreren Punkten angepasst. Efas soll nur zusammen mit der Vorlage über die Zulassung von Leistungserbringern, der Vorlage 18.047, in Kraft treten. So erhalten die Kantone die Möglichkeit, den ambulanten Bereich stärker zu steuern – wie sie es fordern. Der Bundesrat soll den Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung beantragen, sobald ausreichende Grundlagen vorliegen. Auch das ist eine zentrale Forderung der GDK.

Die parlamentarische Initiative Humbel wurde im Jahr 2009 eingereicht. Nach zehn Jahren liegt nun endlich eine Vorlage vor. Wir haben in der Subkommission mit neun Sitzungen extrem viel Zeit mit Anhörungen und Gutachten verbracht. Insbesondere wurde versucht, die Gesundheitsdirektoren ins Boot zu holen. Nach anfänglich absoluter Ablehnung ist das jetzt partiell gelungen. Die Gesundheitsdirektoren unterstützen die Vorlage, haben aber noch Vorbehalte.

Wir Grünliberalen unterstützen, was die Berechnung des Kantonsanteils betrifft, den Ansatz, den Kantonsbeitrag als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen Versicherer aufzuteilen. Dieses Modell vergrössert den Anreiz für die Versicherer, innovativ zu sein und Kosten zu sparen. Bei einer Berechnung aufgrund der effektiven Kosten fehlt dieser Anreiz. Das wird die einzige Minderheit sein, welche wir, die grünliberale Fraktion, in der Beratung unterstützen werden.



Es handelt sich um eine sehr wichtige Vorlage. Deshalb werden wir auf die Vorlage eintreten. Ich verzichte bei der Detailberatung auf Voten zu den technischen Fragestellungen.

Brand Heinz (V, GR): Prima di tutto vorrei fare chiarezza sui miei interessi. Come avete saputo dalla collega che mi ha preceduto sono presidente di Santésuisse, la più grande associazione delle casse malati, il che vuol dire che rappresentiamo la più grande parte degli assicurati.

Parliamo qui di un progetto per il quale il Parlamento lavora già da dieci anni. Questo progetto vuole correggere la situazione odierna, caratterizzata dal fatto che il cantone partecipa ai costi del trattamento stazionario ma non a quello ambulatoriale. Questa situazione è insoddisfacente perché la tendenza dei trattamenti medicinali va sempre di più in direzione del trattamento ambulatoriale, avendo come conseguenza che il cantone partecipa sempre di meno ai trattamenti medicinali ossia ai costi medicinali. Questa tendenza va però a spese degli assicurati.

Mit dieser Vorlage ist die Hoffnung verbunden, dass die Kantone das Wettrüsten im ambulanten Bereich endlich drosseln, weil sie auch mitbezahlen müssen. Denn heute bauen die Kantone insbesondere ihre Spitalambulatorien weit über das faktisch Notwendige hinaus aus. Berappen müssen aber diese faktische Überversorgung alleine die Patientinnen und Patienten, sprich die Versicherten. Wir haben damit den Effekt, dass die Kosten infolge der überflüssigen Spitalbetten und der zu vielen Ärzte einseitig von den Prämienzahlerinnen und -zahlern übernommen werden müssen.

Diese Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wird deshalb von den meisten Akteuren des Gesundheitswesens – ausser gewissen Kantonsvertretern – begrüsst. Auch die SVP-Fraktion steht hinter dieser eher technisch anmutenden Reform, welche aber faktisch – die Vorrednerinnen und Vorredner haben bereits darauf hingewiesen – sehr grosse finanzielle Konsequenzen hat.

Nicht nur technisch, sondern auch politisch relevant sind aber einige Punkte, die wir in der Detailberatung noch diskutieren müssen. Hierzu gehört in erster Linie die Frage, ob sich die Kantone wie heute im stationären Bereich an den Bruttokosten einer Spital- oder Arztbehandlung beteiligen oder eben nur an den Nettokosten. Der Bruttoansatz bedeutet, dass Franchisen grundsätzlich gleichbehandelt werden, dass der Kantonsanteil bei Versicherten mit höherer Franchise nicht kleiner wird. Der Nettoansatz hingegen diskriminiert Patienten mit hohen Franchisen. Beim Nettoansatz wird von der Rechnung zuerst die Kostenbeteiligung des Patienten abgezogen. Erst der verbleibende, kleinere Betrag wird danach unter Kantonen und Krankenversicherern aufgeteilt. Damit ist klar: Je höher die Eigenverantwortung eines Versicherten und damit seine Kostenbeteiligung ist, desto weniger bezahlt der Kanton an dessen Rechnung. Da eine sehr hohe Zahl an Personen mit hoher Franchise ihre maximale Kostenbeteiligung gar nie erreicht, würden diese Personen gar nie einen Kostenbeitrag an ihre Arzt- bzw. Spitalrechnung erhalten. Der Nettoansatz diskriminiert damit alle Personen mit

AB 2019 N 1879 / BO 2019 N 1879

hohen Franchisen. Das ist ungerecht und vor allem punkto Eigenverantwortung höchst kontraproduktiv, de facto ein Eigentor. Die SVP-Fraktion lehnt deshalb diese in der Tat ungerechte Berechnungsart ab; ich werde in der Detailberatung nochmals darauf zu sprechen kommen.

Noch eine Bemerkung zu den Nichteintretensempfehlungen, die Sie vom Städte- und vom Gemeindeverband erhalten haben: Wenn Sie diese Vorlage jetzt tatsächlich ablehnen, nur weil die Verteilung der Pflegekosten nicht in dieser Regelung inkludiert ist, ist das falsch. Andernfalls würde die Vorlage nämlich eindeutig zu schwer und wäre damit von allem Anfang an zum Scheitern verurteilt.

Ich beantrage Ihnen deshalb Eintreten.

Roduit Benjamin (C, VS): (*discurra sursilvan*) La PCD sustegna l'introducziun da la finanziaziun unitara da prestaziuns ambulantas e staziunaras. Cun questa refurma fundamentala dal sistem da sanadad vegnan eliminads impuls sbagliads e vegn sminuì il surprovediment. La PCD pretenda che la finanziaziun unitara da prestaziuns ambulantas e staziunaras vegnia introducida tant pli svelta per che pussaivels respargns da custs da sanadad possian vegnir realisads immediat, per uschia fullar via per in provediment da sanadad efficient. Endlich!

Schliesslich können wir nach dem 10-Jahr-Jubiläum der parlamentarischen Initiative unserer CVP-Fraktionskollegin Ruth Humbel hoffen, dass das wichtigste Projekt zur Reform unseres Gesundheitssystems gelingt. Wie Sie wissen, ist das Efas-Prinzip unumstritten, und die Tarifpartner Bund und Kantone wollen, dass dieses Projekt rasch abgeschlossen wird. Sie kennen auch die Gründe dafür:

1. Die beiden Geldgeber, nämlich die Krankenkassen aufgrund der Prämien und die Kantone aufgrund der Steuern, haben beide ein gemeinsames Interesse an der Sicherstellung der Qualität und Effizienz der Versor-



gung. Für eine einheitliche Finanzierung arbeiten sie vielleicht erstmals zusammen, um sich für eine Lösung einzusetzen, die ein Gesundheitssystem fördert, das für alle bezahlbar bleibt.

2. Le transfert du stationnaire à l'ambulatoire permet, grâce aux progrès de la médecine, de libérer plus rapidement les patients après certaines opérations et par conséquent de réduire les coûts. Il n'y a aucun doute là-dessus. L'économie est estimée à près de 1 milliard de francs par année. Certains cantons comme Bâle-Ville ou Lucerne ont déjà fait de substantielles économies en instaurant une liste comprenant une douzaine de groupes de prestations, pour lesquelles est désormais privilégiée une prise en charge ambulatoire.

3. Efas gibt der integrierten Pflege und damit eben auch den alternativen Versicherungsmodellen einen neuen Impuls. Bereits jetzt werden die Vorteile solcher Modelle, wie z. B. des Modells Hausarzt, in Form von Prämienrabatten an die Versicherungsnehmer weitergegeben. Efas macht diese alternativen Modelle noch attraktiver, Prämienrabatte können also erhöht werden. Einige Studien zeigen, dass dank der integrierten Pflege ein jährliches Einsparpotenzial von fast drei Milliarden Franken resultiert, und Efas wird dazu beitragen.

Aus medizinischer Sicht ist eine Verstärkung der integrierten Pflege wünschenswert. Tatsächlich sind die qualitativen Vorteile beträchtlich, da die Patienten von einer Behandlung profitieren können, die ihren Bedürfnissen besser entspricht, und da die Dauer der Krankenhausaufenthalte verkürzt wird. Diese Betreuung ist in unserer alternden Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl chronisch kranker Menschen am effektivsten.

EFAS, enfin, est plus solidaire et social – c'est un clin d'oeil à la gauche. D'une part, tous bénéficient des contributions cantonales, que le traitement soit prodigué en ambulatoire ou en stationnaire. D'autre part, la participation des cantons et des assurés aux coûts de la santé globaux évoluerait pour toutes les prestations de soins au même rythme, avec des parts respectives d'environ 25 et 75 pour cent. Or, devant autant d'évidences, notre groupe est surpris par les réticences, pour ne pas parler des blocages, de la part de la gauche, tant parlementaire que gouvernementale, puisqu'elle est fortement représentée à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Examinons quelques-unes de ces oppositions.

Il y a tout d'abord la condition visant à intégrer sans délai les soins de longue durée dans le projet de financement uniforme. Personne ne conteste aujourd'hui les liens matériels entre EFAS et l'intégration de ces soins. L'étude menée par Infrac sur mandat de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé démontre à juste titre que cela est réalisable, qu'il y aurait une répartition uniforme et équitable de la charge des coûts entre cantons et assureurs-maladie et que cela permettrait une meilleure transparence des coûts. Certes, mais de nombreuses questions restent en suspens, comme la distinction des prestations de soins par opposition aux prestations d'assistance, la définition uniforme des niveaux de soins dans les domaines ambulatoire et stationnaire, l'harmonisation des règles de rémunération pour les traitements ambulatoires et stationnaires ou encore la création d'un organe national chargé des questions de structure tarifaire dans le financement des soins. Elles figurent d'ailleurs dans le postulat 19.3002 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, soutenu par le Conseil fédéral et adopté par le Conseil national. D'où le souhait de la commission, cette fois sous la forme d'une motion 19.3970, qui sera défendue devant le Parlement lors de la session d'hiver, de charger le Conseil fédéral de soumettre un projet de loi qui prenne en considération tous les aspects de cette intégration des soins de longue durée dans EFAS.

Mais il y a aussi le lien avec la modification de la loi sur l'admission des fournisseurs de prestations, dont nous avons traité les divergences en première semaine de session. Or, il s'agit là aussi de garder à l'esprit qu'il n'y a pas de pilotage sans cofinancement. Par conséquent, seule une entrée en vigueur coordonnée des deux projets pourra démontrer que le "deal" entre les cantons (contribuables) et les assurances-maladies (assurés) sera respecté.

Quant aux autres pierres d'achoppement, comme la contribution des cantons à des coûts bruts ou nets, les compétences de l'institution commune des assureurs et leur contrôle par les cantons, la prise en considération des établissements conventionnés non subventionnés par l'Etat ou encore les délais transitoires, ils seront abordés lors du traitement des propositions de minorité.

Pour le groupe PDC, il est cependant hors de question de s'appuyer sur ces divergences pour retarder, voire étouffer toute réforme.

Il nostro gruppo invita i partner tariffari, la Confederazione e i cantoni, a cogliere senza indugio questa opportunità unica per affrontare finalmente la preoccupazione prioritaria della Svizzera: i costi sanitari. A tal fine, vi proponiamo di accettare l'entrata in materia sull'oggetto in discussione.

Nordmann Roger (S, VD): All'origine di questa discussione c'è un'idea giusta: la scelta fra un trattamento stazionario – se una persona necessita di passare la notte in ospedale – oppure ambulatoriale deve essere fatta sulla base di considerazioni mediche o di efficienza ma non semplicemente in ragione di modalità tariffali



divergenti. Si tratta di omogeneizzare il finanziamento delle prestazioni stazionarie all'ospedale da un lato – che attualmente sono finanziate per il 55 per cento dai cantoni e per il 45 per cento dalle casse malati – e delle cure ambulatoriali nello studio medico all'ospedale dall'altro lato, che attualmente sono finanziate al 100 per cento dalle casse malati.

Régler ce problème selon le principe de la bonne foi aurait consisté à accompagner le changement en prenant des mesures accessoires pour maintenir les coûts à leur niveau actuel. Or, au lieu d'assurer qu'il n'y aura pas une explosion du nombre de prestations inutiles, la commission, infestée par le lobby des assureurs-maladie et des cliniques privées, a fait exactement l'inverse. D'abord le comment, et ensuite le pourquoi.

Premier pas: on instaure un nouveau système en décidant que les cantons participent pour environ un quart à toutes les factures des prestataires de santé, cabinets médicaux et hôpitaux figurant sur la liste LAMal, mais pas des cliniques privées qui sont en dehors de cette liste. C'est l'essence même de la réforme.

AB 2019 N 1880 / BO 2019 N 1880

Le deuxième pas est un corollaire logique du premier: tous les prestataires de soins, y compris les cliniques privées hors liste LAMal, ont le droit de facturer 75 pour cent à l'assurance de base pour les prestations qu'elles fournissent. Ce deuxième point est déjà plus discutable: pourquoi les cliniques non nécessaires pour couvrir les besoins sont-elles traitées si généreusement?

Le troisième pas est une omission: on ne prévoit aucune limitation quantitative à l'offre des cliniques privées hors liste LAMal. Les cliniques peuvent multiplier les lits, l'offre et les actes qu'elles facturent à la LAMal, l'assurance de base ne peut pas refuser de payer.

Quatrième pas: on donne aux seules caisses-maladie le droit du contrôle formel des factures. Le canton est réduit à l'état de payeur servile. Il verse mathématiquement un franc supplémentaire lorsque l'assurance en paie trois, sauf pour les cliniques figurant sur la liste LAMal.

Quelle serait la conséquence pratique? Comme les cliniques privées pourraient facturer 75 pour cent de leurs coûts à l'assurance de base au lieu de 45 pour cent aujourd'hui, leur rentabilité augmenterait drastiquement. Comme ces cliniques ne fournissent pas de prestations d'intérêt général et sélectionnent les patients en évitant les cas difficiles, l'absence de la part de 25 pour cent – soit de la part cantonale qu'elles ne toucheraient pas – ne les pénaliserait guère. Les 75 pour cent leur suffiraient largement pour être rentables, d'autant qu'elles pourraient de surcroît facturer des prestations à l'assurance privée. L'offre se multiplierait et ferait exploser les charges de l'assurance de base. De fait, on supprimerait l'instrument de pilotage cantonal et la liste des hôpitaux pour contrôler l'offre hospitalière, tout simplement parce que, avec cette réforme, le chiffre d'affaires que pourrait facturer une clinique hors liste LAMal augmenterait fortement.

La différence économique entre figurer sur la liste et ne pas y figurer ne pèserait pas plus lourd.

Quel serait l'effet sur les primes d'assurance-maladie? Du point de vue des promoteurs du dispositif, ce serait vraiment le casse du siècle. Les cliniques privées pourraient désormais financer l'essentiel de leurs coûts sur le dos de l'assurance de base sans restriction de volume. Les assureurs-maladie pourraient offrir des polices complémentaires attractives pour les séjours en clinique, sans limite de quantité, parce que l'essentiel des coûts serait pris en charge par l'assurance de base. Les assureurs-maladie s'empareraient peu à peu du pilotage du domaine hospitalier aux dépens de la planification hospitalière cantonale, avant de s'octroyer ultérieurement le droit de sélectionner les médecins. Ce cinquième pas n'est pas dans le projet, il est provisoirement écarté, mais c'est le but ultime des assureurs. Et comme les chiffres d'affaires gonfleraient, il va sans dire que le montant absolu des frais administratifs et des salaires des dirigeants pourrait tranquillement augmenter.

Bien entendu, malgré cette augmentation massive du chiffre d'affaires des cliniques privées, il n'y aurait pas un seul malade qui serait mieux soigné. Mais surtout, qui dit augmentation du chiffre d'affaires dit que quelqu'un l'alimenterait ce chiffre d'affaires, car, dans leur dispositif, les lobbys de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil ont omis de prévoir une imprimerie pour billets de banque. Il faut donc répondre à la question cruciale: qui alimenterait ce chiffre d'affaires supplémentaire? C'est tout simple: le volume payé par les assurés via leurs primes d'assurance-maladie ne cesserait d'augmenter, ce qui pèserait aussi sur les finances cantonales en raison de la nécessité ensuite d'abaisser davantage les primes d'assurance-maladie.

Excusez du peu, mais sous couvert d'optimisation technocratique apparemment de bon sens, on établirait désormais une machine à jeter de l'argent par les fenêtres, et ce serait plutôt un modèle de forte puissance, tout ceci au détriment des assurés, donc, indirectement, des contribuables. En termes médicaux, on pourrait dire que le remède proposé ici est clairement pire que le mal.



Je vous invite à refuser sèchement d'entrer en matière sur ce projet. C'est pire qu'une privatisation, c'est une privatisation des bénéfiques avec une socialisation des coûts.

Wermuth Cédric (S, AG): Il n'y a que quelques semaines que votre Commission des institutions politiques a terminé son débat sur la loi sur la protection des données. Nous venons de terminer notre débat parlementaire hier dans cette salle. Im Rahmen dieser Kommissionsdebatte hat Ihre Kommission ganz am Rande, ganz am Schluss einige Motionen überwiesen, die völlig sachfremd waren. In diesen Motionen ging es darum, die Machtposition der Krankenkassen und der Zusatzversicherungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten, was die Kontrolle über die Daten angeht, auszubauen. Heute wird klar, woher diese Intention kam und in welchem Zusammenhang das geschehen ist. Wir erleben hier einmal mehr, wie in diesem Parlament die Interessen von Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern im letzten Moment von den Lobbyistinnen und Lobbyisten in den Kommissionen übersteuert werden.

Ich adressiere mich vor allem an diejenigen unter Ihnen, die in diesen Tagen in den Kantonen unterwegs sind und überall erklären, was sie in diesen vier Jahren Grossartiges für ihre Gemeinden, Städte und Kantone herausgeholt haben. Gestern haben Gemeinden, Kantone und Städte klargemacht – die Kantone drohen sogar mit dem Kantonsreferendum –, dass das Konzept der Mehrheit in keiner Art und Weise dienlich ist, wenn das Ziel sein soll, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen oder ein Steuerungsinstrument für die öffentliche Hand zu schaffen.

Mit Artikel 49a tun Sie das Gegenteil: Sie schwächen die Steuerungskompetenz der Kantone, beispielsweise bei den Spitallisten. Die Kantone fühlen sich in dieser Vorlage deshalb auch übergangen. Sie werden mit dieser Vorlage zu reinen Zahlvätern und Zahlmüttern degradiert. Sie müssen die Beträge akzeptieren, welche Rechnungen auch immer ihnen vorgelegt werden, ohne dass die öffentliche Hand die Möglichkeit zu einer eigenen Kontrolle hätte. Es ist klar, welche Absicht hinter der Machtverschiebung durch diese Vorlage steht. Am Ende geht es um das, worum es in diesem Saal immer wieder geht: um die systematische Vorbereitung der Vertragsfreiheit, die Sie gerne hätten, die nie und nimmer eine politische Chance hätte, wenn man sie offen und ehrlich kommentieren und einführen und fordern würde.

Die SP-Fraktion bittet Sie aus all diesen Überlegungen, auf dieses Geschäft bereits in diesem Stadium nicht einzutreten. Insbesondere möchten wir uns den Bedenken derjenigen anschliessen, die die Frage stellen, ob die Integration der Pflege zu diesem Zeitpunkt Sinn macht. Wir sind eigentlich absolut dafür. Selbstverständlich: Die Umstellung auf den Monismus macht dann am meisten Sinn, wenn die Pflege mit einbezogen wird. Aber für die SP ist klar, dass es dafür eine Begrenzung der Belastung der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler braucht, dass wir dafür weitere Grundlagen brauchen, die wir heute nicht haben und die das Parlament ironischerweise mit seinem Postulat auch eingefordert hat. Warten wir die Ergebnisse dieser Untersuchungen ab.

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen insbesondere der Ratsrechten und der SVP-Fraktion: Einige von Ihnen haben in den letzten Tagen nicht zu Unrecht eine Debatte über den Lobbyismus in diesem Parlament angerissen. Heute können Sie den Beweis erbringen, dass das mehr war als Wahlkampfpolemik. Wenn Ihnen tatsächlich daran gelegen ist, die Souveränität der Kantone zu schützen, die Interessen der Patientinnen und Patienten über die Interessen der Privatspitäler, der Krankenversicherungen und Zusatzversicherungen zu stellen, dann sind Sie gezwungen, in diesem Stadium der Debatte nicht auf diese Vorlage einzutreten und sie dann zu einem Zeitpunkt zu behandeln, wenn die Voraussetzungen politisch gegeben sind.

Ich bitte Sie, Ihren Ankündigungen Taten folgen zu lassen.

Brand Heinz (V, GR): Herr Kollege Wermuth, Sie haben in Ihren Ausführungen jetzt gesagt, dass die Kantone im Falle einer Annahme zu reinen Zahlvätern würden. Müssten Sie dann nicht konsequenterweise auch die Spitalfinanzierung, die wir heute haben, infrage stellen? Dort beteiligen sich die Kantone ja auch schon, und das funktioniert in der Praxis an sich problemlos.

AB 2019 N 1881 / BO 2019 N 1881

Wermuth Cédric (S, AG): Ich danke Ihnen für die Präzisierungsfrage. Sie erlaubt mir, das staatspolitische Problem dieser Vorlage genauer auszuführen.

Schauen Sie: Gesundheitspolitik ist nach wie vor, das wissen Sie, eine grosse Kompetenz der Kantone und liegt in deren Souveränität. Wenn Sie es so machen, wie es in der Kommission geschehen ist, und Sie die Interessen der Kantone übergehen, dann schaffen Sie es nie und nimmer, ein System aufzubauen, das uns am Schluss mehr Steuerungskompetenz bringt. Das ist der Grund, warum sich die Kantone wehren. Das müssen wir korrigieren!



Wenn Sie eine Lösung finden, mit der die Kantone einverstanden sind, eine Lösung, die die Kantone mittragen, dann ist auch die SP im Prinzip bereit, die Idee der monistischen Finanzierung weiterzuverfolgen. Das macht durchaus Sinn.

Frehner Sebastian (V, BS): Herr Wermuth, Ihre sehr ausführlichen Ausführungen haben zutage gefördert, dass Sie nicht sehr viel Ahnung von Gesundheitspolitik haben. Warum tun Sie uns das an?

Wermuth Cédric (S, AG): Sie spielen wahrscheinlich auf den Umstand an, dass ich mich hier in einer Zeit äussere, die sich Wahlkampf nennt. Ich kandidiere – und ich gebe offen zu, das ist vielleicht meine Interessenbindung – im Kanton Aargau für den Ständerat.

Es mag sein, dass Ihre Konzeption eine andere ist. Meine Konzeption ist, dass es diese Aufgabe mit sich bringt, dass ich mich auch in Politikbereiche einarbeite, die bisher nicht zu meiner Kernkompetenz gehörten, die aber für meinen Kanton wichtig sind. Wenn Sie mir das vorwerfen, dann bekenne ich mich schuldig.

Glarner Andreas (V, AG): Geschätzter Kollege Wermuth, war es nicht eine sozialistische Ministerin, nämlich Bundesrätin Dreifuss, die uns dieses unsägliche KVG beschert hat, unter dem jetzt alle Bürgerinnen und Bürger ächzen, und die damals versprochen hat, es werde billiger?

Wermuth Cédric (S, AG): Geschätzter Kollege Glarner, ich kann Ihnen exakt sagen, wer uns dieses "unsägliche KVG" beschert hat: das Volk.

Sauter Regine (RL, ZH): Mit der Vorlage, die wir hier diskutieren, soll ein Problem angegangen werden, das sich seit Langem stellt, das sich jedoch in letzter Zeit noch akzentuiert hat. Gleichzeitig haben wir effektiv die Möglichkeit, eine wirksame Massnahme gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu treffen.

Sie wissen es, es wurde heute Morgen auch bereits verschiedentlich erwähnt: Die Finanzierung von Leistungen gemäss OKP erfolgt heute unterschiedlich, je nachdem, ob die Leistungen ambulant oder stationär erfolgen. Ambulante Leistungen werden vollständig durch die Krankenversicherung bezahlt, stationäre Leistungen zu 55 Prozent durch die Kantone. Die Kantone haben entsprechend ein grosses Interesse daran, dass Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt werden, und sie haben entsprechend auch Listen von Eingriffen erlassen, die nicht mehr stationär durchgeführt werden dürfen.

Diese Verschiebung ist im Prinzip gesamtwirtschaftlich gesehen sinnvoll und auch wünschbar. Sie wirkt kostendämpfend, da ambulante Eingriffe günstiger sind. So, wie das Finanzierungssystem heute ausgestaltet ist, führt die Verschiebung aber dazu, dass die Kosten im ambulanten Bereich steigen und – weil sie eben nur von den Krankenkassen bezahlt werden – entsprechend auch die Prämien steigen. Entsprechende Statistiken, die Aufschluss über die Kostenentwicklungen in den einzelnen Bereichen geben, belegen dies.

Das heutige Finanzierungssystem – das ist somit offensichtlich – setzt falsche Anreize. Dies soll mit einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, wie sie diese Vorlage anstrebt, verhindert werden. Es soll eben aus der Sicht der Finanzierung keine Rolle spielen, ob eine Leistung ambulant oder stationär erfolgt. Ausschlaggebend dafür sollen fachliche Kriterien sein respektive die Frage nach der geeigneten Behandlung. Letztlich geht es auch um eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung respektive um die Antwort auf die Frage, wo für die Gesellschaft tiefere Kosten entstehen.

Das Ziel, das mit der parlamentarischen Initiative Humbel angestrebt wird, entspricht einer seit Langem erhobenen Forderung der FDP/die Liberalen. Das vorliegende Modell wurde intensiv diskutiert und geht in die richtige Richtung. Unsere Fraktion wird deshalb auf die Vorlage eintreten.

Wir haben kein Verständnis für den Nichteintretensantrag von linker Seite und auch keines, ehrlich gesagt, für das Lamento, das nun in Bezug auf das Lobbying der Versicherungen erhoben wird. Es ist so, es gibt Interessenvertreter in der Kommission. Ich selber zähle mich übrigens nicht dazu, ich habe keinerlei Interessenbindungen in diesem Bereich. Aber tun Sie nicht so, wie wenn das auf linker Seite nicht ebenfalls der Fall wäre! Die Gewerkschaften haben in diesem Bereich offensichtlich weniger Einfluss. In anderen Bereichen, in denen wir legiferieren, sind es die Gewerkschaften, die direkt Einsitz in den Kommissionen haben. In diesen Bereichen wird auch lobbyiert. Diese Scheinheiligkeit stört mich.

Kein Verständnis haben wir auch für die Referendumsdrohungen, die nun von den Kantonen erhoben werden. Es wird an diesem Projekt seit Jahren gearbeitet. Sie ersehen das auch aus der Nummer des Geschäftes. Die Kantone hatten ausführlich Gelegenheit, sich hierzu zu äussern. Sie haben dabei immer zur Bedingung gemacht, dass sie auch im ambulanten Bereich steuern können, wenn sie mitfinanzieren müssen – was so weit nachvollziehbar ist. Dieser Forderung kommt man nun auch nach, und zwar mit der ebenfalls in dieser Session beratenen Vorlage zur Zulassungssteuerung von Leistungserbringern.



Ganz plötzlich wird nun aber von den Kantonen auch die Forderung erhoben, die Langzeitpflege mit in das Projekt einzubeziehen. Das lehnen wir ab. Damit würde man das Fuder definitiv überladen, denn es liegen keinerlei Grundlagen dafür vor. Wir sind aber bereit, darüber in einem nächsten Schritt zu diskutieren. Unsere Kommission hat entsprechend den Bundesrat in einer Motion beauftragt, das Anliegen der Kantone aufzunehmen und den Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung vorzuschlagen, sobald die nötigen Grundlagen erarbeitet sind.

Wir bitten Sie nun in diesem Sinne, den Prozess nicht zu verzögern. Es wurde gesagt, wir sollten auf eine bessere Vorlage warten. Wir haben heute eine Vorlage auf dem Tisch, die gut ist, an der man arbeiten kann. Wir bitten Sie wirklich, nun auf sie einzutreten und ihr auch zuzustimmen.

Noch ein paar Bemerkungen zur Detailberatung, ich werde anschliessend nicht mehr sprechen: Die FDP-Liberale Fraktion wird, mit wenigen Ausnahmen, der Mehrheit Ihrer Kommission folgen. Bei Artikel 16 Absatz 3bis und dann in der Folge bei Artikel 60a, wo es um die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge geht, werden wir die Minderheit Nantermod unterstützen und uns für eine risikobasierte Vergütung aussprechen. In der Frage, ob der Kantonsanteil auf den Netto- oder auf den Bruttokosten zu entrichten ist, ist unsere Fraktion gespalten. Die Mehrheit unserer Fraktion wird bei Artikel 60 Absatz 2bis, Absatz 3 und Absatz 4 sowie bei den Übergangsbestimmungen, Ziffer III Absätze 2 und 3, der Minderheit Nantermod folgen. Bei Ziffer IV, wo es um die Koppelung mit der Zulassungsvorlage geht, unterstützen wir die Minderheit Aeschi Thomas.

Barrile Angelo (S, ZH): Geschätzte Kollegin, Sie haben vorhin angetönt, dass sehr viel lobbyiert wurde, unter anderem auch von linker Seite, von Gewerkschaften. Mir muss es entgangen sein, deshalb die Frage: Können Sie hier bestätigen, dass gegenüber Ihnen als Kommissionsmitglied durch die Vertreter der hauptbetroffenen Gesundheitsberufe, der Angestellten im Gesundheitswesen und vor allem der Patientinnen und Patienten gleich stark lobbyiert wurde wie durch die andere Seite?

Sauter Regine (RL, ZH): Ich habe gesagt, dass die linke Seite – die Gewerkschaften – in anderen Bereichen ihren

AB 2019 N 1882 / BO 2019 N 1882

Tummelplatz hat und dort genauso lobbyiert, wie jetzt in diesem Bereich von den Versicherungen lobbyiert wurde.

Gysi Barbara (S, SG): Frau Kollegin Sauter, Sie sprechen das gewerkschaftliche Engagement an. Als Gewerkschafterin bzw. Präsidentin des Personalverbandes des Bundes bekomme ich 15 000 Franken im Jahr. Es besteht ein Riesenunterschied zu den 140 000 oder 180 000 Franken, die die Krankenkassen zum Teil bezahlen.

Sauter Regine (RL, ZH): Frau Kollegin Gysi, ich sehe hier keinen Unterschied. Ich werde als Mitglied dieses Rates von linker und von rechter Seite mit Informationen bedient. Es liegt an mir, darüber zu entscheiden, was ich daraus mache, ob ich diese Informationen gut oder schlecht finde und ob ich die Haltung der entsprechenden Organisationen teile.

Graf Maya (G, BL): Das Anliegen der heute diskutierten Vorlage ist berechtigt und wichtig. Die Finanzierung von Leistungen, die nach dem KVG vergütet werden, muss, wie es der Titel des Geschäftes sagt, "aus einer Hand" erfolgen. Damit muss und soll die Steuerung der Gesundheitskosten verbessert werden. Heute werden Leistungen, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, unterschiedlich vergütet. Leistungen im ambulanten Bereich werden über die Versicherer, also über Prämien finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherern bezahlt.

Leider ist diese Vorlage aber trotz zehnjähriger Behandlungszeit in der SGK nicht gesund geworden. Sie krankt, weil sie zugunsten der Krankenversicherer ausgefallen ist und nicht zu einer mehrheitsfähigen und ausgewogenen Vorlage wurde, die das Gesundheitssystem als Ganzes berücksichtigt und gemeinsam mit den Kantonen steuert. Sie wurde auch nicht zusammen mit allen Beteiligten und Betroffenen im Gesundheitswesen erarbeitet. Kurz: Die Versorgung über die ganze Behandlungskette hat bei diesem Geschäft versagt.

Das Grundproblem dieser Vorlage ist nämlich, dass der Systemwechsel betreffend die Frage der Aufteilung der Kosten zwischen Kantonen und Versicherern nicht an die Diskussion über die zukünftige Finanzierung der steigenden Gesundheitskosten, insbesondere der Krankenkassenprämien, gekoppelt ist. Es werden hier ja vor allem Kosten verschoben, nämlich zu den Versicherern, ohne dass aber die Fehlanreize behoben werden.



Die Vorlage will die Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs zwar einheitlich regeln und optimieren, klammert dabei aber den Bereich aus, der in Zukunft am meisten wachsen und somit am meisten Kosten, vor allem auf Kantons- und Gemeindeebene, verursachen wird, nämlich die Langzeitpflege.

Die Vorlage ist trotz der langen Beratung also nicht durchdacht, weil es keinen Vorschlag gibt, wie der Prämienanstieg beim Systemwechsel aufgefangen werden könnte, und weil die Steuerung der Gesundheitsversorgung von den Kantonen zu den Krankenversicherern verschoben wurde. In einem so entscheidenden Bereich und bei so hohen Kosten müssen die Kantone das Heft in der Hand behalten, und es darf nicht an die Krankenversicherer abgegeben werden. Die Vorlage ist auch nicht durchdacht, weil die Pflegeleistungen – Spitex und Pflegeheime – nicht inbegriffen sind, obwohl die Kosten in diesem Bereich steigen. Sie ist nicht durchdacht, weil die Anliegen der Kantone nicht berücksichtigt wurden.

Bei der grössten Herausforderung, nämlich bei der Grenze zwischen Akutversorgung und Pflege, würde eine ungenügende Koordination und keine Steuerung aus einer Hand resultieren. Die Koordination des stationären Bereichs, die kantonale und regionale Spitalplanung, würde den Versicherern übertragen und den Kantonen respektive den Spitalregionen weggenommen. Wir Grünen setzen uns für eine Stärkung der integrierten Gesundheitsversorgung ein. Diese könnte mit einer einheitlichen Finanzierung über die ganze Versorgungskette hinweg tatsächlich gefördert werden.

Aus all diesen Gründen wird die grüne Fraktion nicht auf dieses Geschäft eintreten, genauso wie es übrigens auch die GDK, der Schweizerische Gemeindeverband und der Schweizerische Städteverband empfehlen.

Dieses Geschäft ist schon so lange unterwegs. Die Bürgerlichen wollen diesen Systemwechsel jetzt noch vor den Wahlen durchdrücken. Dabei sprechen sie zwar von Prämientlastung, sagen aber nicht, wie sie das überhaupt angehen wollen. Sie wissen aber genau, dass der Ständerat dann mit den Kantonen das zerschlagene Geschirr wieder zusammenflicken muss. Die Kantone haben ja bereits ein Referendum angedroht.

Wir von der grünen Fraktion treten daher nicht auf dieses Geschäft ein und empfehlen bei einem Nichteintreten dem Ständerat dringendst, gemeinsam mit den Kantonen den beabsichtigten Systemwechsel – der begrüssenswert ist – sorgfältig anzugehen, und zwar so, dass er in der gesamten Gesundheitslandschaft mehrheitsfähig wird.

Brélaz Daniel (G, VD): Lors de récents débats sur la loi sur la chasse, nous avons pu voir l'influence que quelques parlementaires, en l'occurrence valaisans, du groupe libéral-radical, du groupe PDC et du groupe UDC, pouvaient avoir pour rendre une loi si inacceptable qu'elle nécessite le lancement d'un référendum. Nous sommes en train d'assister potentiellement à une réplique dans le domaine que nous examinons aujourd'hui. En effet, de récentes études ont démontré que parmi les parlementaires du groupe libéral-radical, du groupe PDC et du groupe UDC, qui reçoivent à peu près 95 pour cent des jetons de présence versés par des conseils d'administration à des parlementaires, un certain nombre gravitent autour du domaine des caisses-maladie, dont les versements représentent l'essentiel des 6,5 millions de francs chiffrés dans cette étude.

Il est évidemment très sympathique pour les élus des groupes de suivre aveuglément les consignes des supposés spécialistes, qui ont parfois aussi d'autres intérêts à défendre. Mais c'est garantir à ce projet le référendum des cantons, qui considèrent qu'il s'agit pour eux d'une affaire de survie et ne veulent pas être de simples agents fiscaux des assureurs-maladie et des cliniques privées, comme l'a expliqué Monsieur Nordmann.

Dans ce contexte, évidemment, les cantons, si c'est une question de survie, se battront jusqu'au bout pour révéler les filières et montrer quels sont les intérêts défendus. Personne ne conteste ici le fait que l'ambulatoire doit prendre une place beaucoup plus grande dans les soins, parce que c'est juste intelligent. Mais il ne suffit pas de dire cela pour pouvoir justifier ensuite un système qui introduit des tas de parasitage dans d'autres domaines.

Il y a des promesses: "Nous tiendrons compte des soins à long terme. Nous avons voté un postulat, par conséquent une étude sera faite. Nous réfléchirons à ces conclusions, mais en attendant, nous voulons foncer." Pour les cantons, qui ne sont pas tombés de la dernière pluie, cela ressemble beaucoup trop au principe "les belles promesses n'engagent que ceux qui les croient". On sait très bien qu'en fonction de la composition du Parlement et du poids des lobbys, tout projet pourra se faire "scier" ensuite. Il est donc indispensable que ces garanties, sur un certain nombre de points, soient déjà dans le projet. C'est pourquoi le groupe des Verts ne peut pas, aujourd'hui, entrer en matière. Bien entendu, si malgré tout vous entrez en matière et si le Conseil des Etats améliore considérablement le projet, nous verrons quelle sera notre attitude en fin de compte et nous tiendrons aussi compte de ce qui se passera du côté des cantons.

Les revendications principales des cantons sont l'intégration de toutes les prestations LAMal, à savoir les soins de longue durée, le fait qu'il n'y ait pas d'incidences financières à ce stade pour eux, avec une neutralité des coûts au moins à court terme – on sait qu'à terme ce sera un milliard de francs de plus d'après l'étude du



bureau Infras –, également un pilotage des soins par les cantons – cela a été admis dans un autre projet de loi, mais qu'on a promis de faire capoter et/ou de geler tant que les assureurs-maladie n'auront pas obtenu gain de cause dans ce projet, ce qui est assez scandaleux, mais c'est ce qu'a voté récemment le Parlement –, et

AB 2019 N 1883 / BO 2019 N 1883

puis également bien sûr la facturation des prestations ambulatoires et une organisation tarifaire nationale. Un nouveau point est apparu encore récemment: il ne faudrait pas que cela provoque l'explosion du nombre de cliniques privées et, simultanément, de tous les coûts que cela engendrerait pour les assurés et pour les contribuables.

Roduit Benjamin (C, VS): Cher collègue Brélaz, merci pour votre compliment, qui démontre que les Valaisans ont une réelle influence dans ce Parlement, et pas seulement en ce qui concerne la loi sur la chasse, mais aussi dans le domaine des assurances, le siège du Groupe Mutuel, notamment – dont je ne fais pas partie –, se trouvant en Valais.

Ma question est la suivante: est-ce que vous êtes conscients, votre groupe et la gauche, que vous repoussez aux calendes grecques l'économie d'un milliard de francs attestée par de nombreuses études?

Brélaz Daniel (G, VD): Nous sommes conscients du fait qu'il y a une économie potentielle d'un milliard de francs dans le domaine des soins ambulatoires. Mais nous sommes également conscients du fait que d'autres éléments contenus dans ce dispositif pourraient faire exploser les coûts de plus d'un milliard de francs. En ce qui concerne la question du temps, si l'on doit au bout du compte faire face à un référendum des cantons, on aura déjà perdu une année supplémentaire. Et tout montre que, comme il s'agit d'un débat existentiel qui sera mené contre les assureurs-maladie, on reviendra ici pour en rediscuter pendant quatre ans. Il serait donc plus intelligent d'agir tout de suite.

La présidente (Carobbio Guscetti Marina, présidente): Le groupe PBD soutient l'entrée en matière.

Berset Alain, consigliere federale: Nel 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel ha depositato un'iniziativa parlamentare che richiede l'introduzione di un finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie.

Nell'aprile di quest'anno la vostra commissione ha proposto di adottare una modifica di legge e ha invitato il Consiglio federale ad esprimersi in merito. Il Consiglio federale ha preso posizione lo scorso 14 agosto. A suo giudizio un finanziamento unitario delle prestazioni può contribuire ad eliminare diversi incentivi indesiderati che possono condurre, nell'attuale sistema sanitario, a costi elevati ingiustificati. Benché critico su importanti aspetti del progetto, il Consiglio federale ne approva l'indirizzo di fondo. Tuttavia, per portare a buon fine una tale riforma, è importante tenere conto delle richieste avanzate dai cantoni. Viste le sue potenzialità, il progetto merita in effetti di essere concepito in modo da poter trovare una maggioranza.

Aus diesem Grund unterstützt der Bundesrat erstens einen Minderheitsantrag. Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung für Spitäler ausserhalb der Spitalplanung sollte auf dem aktuellen Niveau belassen werden. Ein Anstieg des Finanzierungsanteils der Krankenversicherung für Vertragsspitäler würde schon bei der Finanzierungsumstellung zu einem Anstieg der Prämien und in der Folge zu einem Anstieg der Prämienverbilligungen führen. Noch viel wichtiger ist aber, dass ein solcher Anstieg die kantonale Spitalplanung stark schwächen würde – das steht übrigens auch im Bericht der Kommission –, die Spitalplanung ist aber ein sehr wichtiges Instrument zur Kostendämpfung.

Zweitens ist der Bundesrat der Ansicht, dass sich die Kantonsbeiträge auf die Nettoleistungen beziehen sollten, wie das Ihre Kommission vorsieht. Einerseits ist nur diese Lösung verfassungsrechtlich unproblematisch. Die Kantone sollten den Versicherern nicht Mittel für Kosten überweisen müssen, welche eigentlich von den Versicherten getragen werden. Ich spreche hier von der Franchise und der Kostenbeteiligung. Andererseits kann mit einer Bezugnahme auf die Nettoleistungen auch ein Anstieg der administrativen Kosten der Versicherer vermieden werden. Schliesslich handelt es sich auch um eine Position im Sinne der Kantone. Wir müssen bedenken, dass dieses Projekt nur mit der Unterstützung der Kantone möglich sein wird.

Drittens sind Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone notwendig, das wissen wir alle. Der Bundesrat unterstützt es deshalb, dass die einheitliche Finanzierung nur in Kraft treten kann, wenn die Vorlage zur Zulassungssteuerung in Kraft getreten ist. Die Unterstützung der Zulassungssteuerung ist – das wissen wir schon seit Langem – auch für den Erfolg einer einheitlichen Finanzierung zentral. Ohne diese Unterstützung ist es schwer vorstellbar, wie schliesslich eine Mehrheit gefunden werden kann.



Allerdings weist der Bundesrat eine umgekehrte Verknüpfung zurück, welche das Inkrafttreten der Zulassungssteuerung von einer einheitlichen Finanzierung abhängig macht. Die Zulassungssteuerung sollte heute nicht durch die Arbeiten zur einheitlichen Finanzierung verzögert werden.

Autras dumondas dals chantuns: Tar las autras dumondas dals chantuns sa tracti en emprima lingua:

– Da l'installaziun d'ina organisaziun tariffara naziunala tripartita.

– Da la pussaivladad per ils chantuns da pudair controllar l'examinaziun dals quints tras ils assicuraders en il sector ambulante e d'exequir sez questa examinaziun en il sector staziunar.

– Da termins transitorics commensurads.

Er en vista a las ulteriuras discussiuns en las chombras è il Cussegl federal da l'avis che questas dumondas duajan vegnir examinadas cun quità, per ch'il project possia chattar ina maioritad.

Et, pour terminer, la question de l'intégration des soins est probablement, du point de vue des cantons, l'élément le plus important. Une telle intégration peut être soutenue sur le principe, parce qu'elle permettra également de réduire des incitations inopportunes de continuer à renforcer les soins coordonnés. Cela étant, cette intégration doit se faire dans une phase ultérieure, une fois que les bases nécessaires auront été établies. A ce titre, d'ailleurs, vous avez déjà adopté un postulat que le Conseil fédéral avait proposé d'accepter, et nous travaillons actuellement à la préparation des bases pour l'intégration des soins. Votre commission vous propose également d'adopter une motion qui charge le Conseil fédéral d'élaborer un projet de loi qui prévoit l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme.

Donc, pour résumer, sur le principe, le Conseil fédéral est favorable à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, et c'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral propose d'entrer en matière sur le projet. Cela dit, il reste beaucoup de travail, et nous sommes bien loin d'un projet qui permette d'avoir une majorité stable et qui puisse véritablement nous montrer la voie à suivre durant la décennie 2020, pour aboutir à un financement uniforme des soins.

Vous le savez, étant donné que le projet a été élaboré sur la base d'une initiative parlementaire, le Conseil fédéral n'a pu prendre position que depuis un mois sur un projet qui est en gestation depuis déjà une dizaine d'années. Nous avons pris la discussion en cours de route et, en proposant d'entrer en matière sur le projet, montrons notre volonté d'avancer, tout en disant qu'il reste encore un très long chemin à parcourir. Nous serons avec vous pour le faire, et nous pensons qu'il faut évidemment prendre encore davantage en compte les demandes des cantons. Dans ce sens, le débat qui aura lieu entre les conseils, si vous entrez en matière sur le projet, sera très important.

Aeschi Thomas (V, ZG): Monsieur le conseiller fédéral, je vous remercie pour vos explications. Habe ich Sie richtig verstanden: Sie unterstützen meine Minderheit auf der letzten Seite der Fahne, wo eben genau diese Verknüpfung mit der Zulassung von Leistungserbringern gestrichen werden soll? Bis jetzt wird das nur von der FDP-Liberalen Fraktion und der SVP-Fraktion unterstützt. Habe ich richtig verstanden, dass der Bundesrat den Antrag unterstützt, Ziffer IV Absatz 2 zu streichen?

AB 2019 N 1884 / BO 2019 N 1884

Berset Alain, conseiller fédéral: Non, Monsieur Aeschi, je crois que vous m'avez mal compris. Le Conseil fédéral soutient l'idée qu'il ne peut pas y avoir de financement uniforme du domaine hospitalier et ambulatoire qui entre en vigueur sans que le projet relatif à la gestion des admissions de fournisseurs de prestations, la Zulassungssteuerung, soit déjà entré en vigueur, mais pas le contraire. Parce que le contraire conduirait à empêcher simplement l'entrée en vigueur du projet relatif à la gestion des admissions – qui est presque prêt. Ce dossier représente une triste histoire de notre politique de la santé. Puisque vous me posez la question, je vous rappelle brièvement cette triste histoire. Nous avons mis en place la gestion des admissions en 2003 pour éviter une explosion des coûts. Le Parlement et le Conseil fédéral l'ont suspendue en 2012 au moment de l'introduction du nouveau financement hospitalier. Cela a effectivement conduit à une explosion des coûts et il a fallu remettre en place une solution provisoire. Puis le Parlement a rejeté une solution durable en 2015. Il est donc plus que temps, mais vraiment plus que temps, qu'une solution puisse entrer en vigueur, comme le souhaite le Conseil fédéral, comme le souhaitent aussi les cantons. Cela rétablirait aussi la confiance pour les prochaines étapes du dossier EFAS.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Merci, tout d'abord, à la majorité des groupes de suivre la majorité de la commission en acceptant d'entrer en matière sur le projet. J'aborde quelques points soulevés dans le débat.

Tout d'abord, j'aimerais corriger ma première intervention. J'ai commis une petite erreur. Il s'agissait, pour la



part cantonale, du chiffre de 25,5 pour cent au minimum et non de 22,6 pour cent, comme je l'ai dit. Vous avez toutes et tous relevé mon erreur, et cela pourrait être corrigé au Bulletin officiel.

S'agissant maintenant des deux points soulevés par celles et ceux qui refusent d'entrer en matière, l'article 49a concerne la possibilité pour les assurances de conclure, avec des cliniques privées, des conventions. Cette possibilité existe déjà aujourd'hui; elle est déjà appliquée. Ce que la commission veut faire, c'est simplement de maintenir la situation en vigueur. Alors, nous pourrions débattre à l'article 49a s'il convient de maintenir la part actuelle de 45 pour cent pour l'ensemble des prestations, mais il faut être conscient que, lorsque les cliniques offrent des prestations ambulatoires, c'est 100 pour cent qui est payé. Cela explique aussi le fait qu'on adapte les parts pour le stationnaire et pour l'ambulatoire des cliniques pour atteindre la même part que les hôpitaux publics. Ou, si l'on veut, comme la majorité de la commission le propose, on modifie la part financée pour les cliniques privées aussi.

Quoi qu'il en soit, cette question n'est pas centrale dans l'objet que nous traitons aujourd'hui; nous débattons, depuis des mois et des années, du financement uniforme des soins. Cette question est une question accessoire de mise en oeuvre; une proposition de minorité a d'ailleurs été déposée sur ce point.

Refuser d'entrer en matière, du point de vue de la commission, semble à tout le moins disproportionné vu l'ampleur de l'enjeu.

Pour répondre à la position du groupe des Verts selon laquelle les cantons ne deviendraient plus que des agents payeurs, j'aimerais rappeler que les cantons planifient le domaine hospitalier, qu'ils sont pour la plupart propriétaires des hôpitaux, qu'ils sont l'autorité de décision tarifaire, qu'ils financent les hôpitaux et que, maintenant, ils seraient aussi l'autorité de planification de l'ambulatoire. Le seul grand changement qui interviendrait, c'est que les cantons financeraient une part différente, mais que le montant serait le même en fin de compte, et que le contrôle des factures serait assuré par les assureurs-maladie, dont c'est quand même – excusez-moi, Mesdames et Messieurs du groupe des Verts – le rôle.

Pour ces raisons, il nous semble qu'on ne peut pas en même temps dire qu'il est impératif d'accepter ce changement dans le financement de l'ambulatoire et du stationnaire, en constatant qu'il y a là un problème systémique, et refuser sa mise en oeuvre, qui posera de toute manière des questions de détail auxquelles nous devons répondre.

Pour ces raisons, je vous remercie, au nom de la commission, d'entrer en matière.

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich habe drei Bemerkungen zu den Ausführungen der bisherigen Sprecher.

Zum Ersten: Die Vertreterin der Minderheit hat kritisiert, dass der Bundesrat zu spät einbezogen worden sei. Dazu ist festzuhalten: Es ist der Weg von parlamentarischen Initiativen, dass eine Vorlage erarbeitet wird und der Bundesrat erst nach dem Vernehmlassungsverfahren Stellung nimmt.

Ich habe schon beim Eintreten darauf hingewiesen, dass das Thema nicht neu ist. Wir haben einen Bericht zur monistischen Finanzierung aus dem Jahr 2004, der vom Bundesrat angeordnet worden ist. Der Ständerat hat im Zusammenhang mit der Einführung der Spitalfinanzierung 2006 mit einer Motion verlangt, dass bis Ende 2008 eine Vorlage zur einheitlichen Finanzierung auszuarbeiten ist. Der Nationalrat hat die Frist damals bis 2010 verlängert. Der Bundesrat hat dazu Ausführungen gemacht und festgehalten, dass eine einheitliche Finanzierung längerfristig anzustreben ist. Der Bundesrat hat sich also sehr wohl mit der Materie befasst.

Zum Zweiten: Es wird einmal mehr der Einfluss der Krankenversicherer moniert. Es ist nicht verboten, fachliche Inputs zu geben, von welcher Seite auch immer sie kommen. Wichtig ist, dass diese Informationen allen Kommissionsmitgliedern jederzeit zugänglich waren. Es ist dann eher bemühend, wenn kritisiert wird, dass alle diese Informationen bekommen haben. Ich möchte aber klar festhalten: Die Führung dieser Vorlage lag immer bei der Kommission, zusammen mit dem BAG. Das BAG hat uns fachlich unterstützt. Es ist aber üblich, dass Lobbyisten ihr Fachwissen einbringen. Ich verweise nur auf die Umsetzung des Gegenvorschlages zur Pflege-Initiative: Da erhielten wir seitens der Pflege auch verschiedene Inputs zum indirekten Gegenvorschlag. Es ist also nicht verboten, Fachwissen in die Kommissionsarbeit einzubringen.

Zu Artikel 49a werde ich in der Detailberatung sprechen. Da wird aber doch ein Nebenschauplatz zum Casus Belli hochstilisiert, weil man Efas einfach nicht will.

Aber nun zum Dritten – und das ist das Wichtige –, zu den Kompetenzen der Kantone: Heute machen die Kantone die Spitalplanung und zahlen direkt 55 Prozent an die Spitalkosten. Im ambulanten Bereich haben sie gar keinen Einfluss. Efas ist auch im Zusammenhang mit der Zulassungssteuerung und der neu zu bildenden Tariforganisation Tarmed oder Tardoc zu sehen. Künftig planen die Kantone im stationären und im ambulanten Bereich.

Ich fasse zusammen, welche neuen Instrumente die Kantone bekommen: Sie erhalten die Planung im ambu-



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Herbstsession 2019 • Fünfzehnte Sitzung • 26.09.19 • 08h00 • 09.528
Conseil national • Session d'automne 2019 • Quinzième séance • 26.09.19 • 08h00 • 09.528



lanten und im stationären Bereich, sie bekommen einen Einsitz in der neuen Organisation für die Tarifstruktur Tarmed oder Tardoc – das ist im ersten Massnahmenpaket des Bundesrates vorgesehen –, und sie genehmigen nach wie vor alle Tarife bzw. erlassen sie, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen. Mit dieser Vorlage wird die hoheitliche Funktion – die Steuerungsmöglichkeit – der Kantone also gestärkt und nicht geschwächt. Die Krankenversicherer haben ihre Aufgabe nach dem KVG wahrzunehmen. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen und den Fehlanreiz der unterschiedlichen Finanzierung zu eliminieren.

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

AB 2019 N 1885 / BO 2019 N 1885





09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Fortsetzung – Suite

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

La présidente (Carobbio Guscetti Marina, présidente): Nous votons sur la proposition de non-entrée en matière de la minorité Gysi.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19564)

Für Eintreten ... 136 Stimmen

Dagegen ... 52 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des pre-

**stations avec hospitalisation)***Detailberatung – Discussion par article***Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung***Antrag der Kommission: BBI***Titre et préambule, ch. I introduction***Proposition de la commission: FF**Angenommen – Adopté***Art. 16 Abs. 3bis***Antrag der Kommission: BBI***Art. 16 al. 3bis***Proposition de la commission: FF*

La présidente (Carobbio Guscelli Marina, présidente): La proposition de la minorité Nantermod est présentée par Madame Sauter.

AB 2019 N 1886 / BO 2019 N 1886

Sauter Regine (RL, ZH): On discute ici de la contribution cantonale. Le modèle basé sur les risques, soit le modèle forfaitaire, a l'avantage de tenir uniquement compte de la compensation des risques et de ne pas prendre en considération les coûts variables administratifs ou générés par des inefficacités internes. La contribution cantonale serait répartie de manière proportionnelle au coût moyen de chaque groupe de risques, si on suit notre minorité. Chaque assureur recevrait donc des montants similaires pour chacun de ces groupes.

Ce modèle forfaitaire basé sur les risques inciterait par conséquent les assureurs à accroître leur efficacité en termes de coûts, ce qui se répercuterait positivement sur le montant des primes. Il apporterait une valeur ajoutée par rapport au modèle de compensation des coûts défendu par la majorité de la commission, qui équivaldrait à la situation que connaît actuellement le domaine stationnaire. La contribution des cantons se basant sur les coûts finaux, les assureurs ont peu d'incitation à minimiser les coûts globaux.

Par conséquent, je vous invite à suivre la minorité Nantermod, que je défends ici. (*Applaudissements partiels*)

Brand Heinz (V, GR): Bei Artikel 16 geht es letztlich um die Frage, ob die künftigen Beiträge der Kantone kostenbasiert oder pauschaliert bzw. risikobasiert eingespeist werden sollen. Die SVP-Fraktion unterstützt grossmehrheitlich die Variante der kostenbasierten Einspeisung. Das bedeutet eigentlich nichts anderes als die Einführung der bisherigen Einspeisungsregelung des stationären Bereichs auch im ambulanten Bereich. Kostenbasierte Einspeisung heisst auch: Die Einspeisung des Beitrages erfolgt aufgrund der tatsächlichen Rechnungen, also nicht aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen, sondern aufgrund der faktischen Rechnungen, die seitens der Leistungserbringer ausgestellt werden.

Den Minderheitsantrag mit der pauschalierten bzw. risikobasierten Einspeisung der Kantongelder lehnt die SVP-Fraktion aus folgenden Gründen ab: Es geht hier bei dieser Einspeisung um Beiträge der Kantone, letztlich um kantonale Steuergelder, welche für die konkrete Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern, der Versicherten in einem Kanton, aufgewendet werden. Es muss sich deshalb um effektive Rechnungen handeln, nicht um fiktive Rechnungen aufgrund mathematischer Berechnungen. Es geht weiter auch darum, das erprobte und grundsätzlich bewährte System der neuen Spitalfinanzierung auf den ambulanten Bereich zu übertragen. Hier bezahlen die Kantone, wie ich bereits gesagt habe, ihre Beiträge an die konkreten Rechnungen der Bürgerinnen und Bürger und nicht an irgendwelche Risiken – man könnte auch sagen: nicht an irgendwelche Phantome. Es geht damit faktisch, und damit komme ich zum Schluss, um die Kostenwahrheit bezüglich der eingesetzten Steuergelder eines Kantons. Pauschalbeträge oder irgendwelche fiktive Beträge sind nach Auffassung der Mehrheit der SVP-Fraktion der falsche Ansatz.

Die SVP-Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb mehrheitlich, der Kommissionsmehrheit zu folgen, die sich für die kostenbasierte Variante entschieden hat.



Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche für die SP-Fraktion, und ich nutze die Gelegenheit, gleich zu mehreren Minderheiten zu sprechen, und zwar zu der eben aufgerufenen Minderheit Nantermod bei Artikel 16 Absatz 3bis, auch betreffend Artikel 60a; weiter zur Minderheit Nantermod bei Artikel 60 Absätze 2bis, 3 und 4; zu den Übergangsbestimmungen und dann auch noch zur Minderheit Aeschi Thomas bei Artikel 18 Absatz 2sexies. Die SP-Fraktion unterstützt bei all diesen Bestimmungen die Kommissionsmehrheit. Es geht um drei Themenbereiche: Kostenteiler, Erhebung des Kantonsbeitrags, Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die einzelnen Versicherungen und Auszahlungsmodus.

Die Kommissionsmehrheit will, dass die Kantone die anfallenden Kosten nach dem Nettoprinzip an die Versicherer vergüten – das heisst: nach den effektiv anfallenden Kosten –, und zudem soll die Verteilung kosten- und nicht risikobasiert geschehen. Die Kantone sollen ihren Anteil an die gemeinsame Einrichtung entrichten, diese soll ihrerseits die Kostenaufteilung gemäss gesetzlichen Vorgaben vornehmen und dann den entsprechenden Betrag an die Versicherer überweisen.

Mit den Anträgen der Kommissionsmehrheit werden wir einen Kostenteiler haben, der wie folgt aussieht, die Kommissionssprecher haben es schon erwähnt: Die Kantone tragen 25,5 Prozent der Kosten der ambulanten und der stationären Leistungen, die Versicherer bzw. die Prämienzahlerinnen und -zahler 74,5 Prozent. Der Kostenteiler beruht ja auf der Forderung der Kantone, dass der Systemwechsel kostenneutral zu erfolgen habe. Die Kostenneutralität soll so über alle Kantone gewährleistet sein. In einzelnen Kantonen kann das aber zu Verschiebungen führen. Die Kostenneutralität ist für die Prämienzahlenden nicht einfach so gegeben, vor allem wenn dann allenfalls auch die Pflege noch einbezogen wird, und vor allem eben auch, weil mehr an Privatspitäler und Zusatzversicherte fließen wird.

Die Minderheit Nantermod zu Artikel 16 Absatz 3bis und Artikel 60a fordert, dass die Kantone den Versicherern die entstandenen Kosten nach dem Bruttoprinzip vergüten, also unter Berücksichtigung der Franchisen, die von den Versicherten getragen werden müssen und die für die Versicherer somit gar nicht anfallen. Das ist rechtlich problematisch, wie uns auch in der Kommission klar ausgeführt wurde. In der Tendenz würde es wohl hohe Franchisen etwas begünstigen respektive sie auch forcieren. Aus diesen Gründen haben wir uns entschieden, dem Nettoprinzip zu folgen, wie dies übrigens auch schon heute bei den stationären Aufenthalten angewendet wird.

Die Minderheit Nantermod zu Artikel 60 Absätze 2bis, 3 und 4 und den Übergangsbestimmungen verlangen, dass die Kosten risikobasiert auf die Versicherer aufgeteilt werden. Dies würde den Anreiz der Versicherer erhöhen, wirtschaftlicher zu agieren, wird ins Feld geführt. Die SP-Fraktion unterstützt die Kommissionsmehrheit, die eine kostenbasierte Aufteilung verlangt. Die SP erachtet die Gefahr zusätzlicher Risikoselektion als nicht unwesentlich, da in der Vergangenheit der Risikoausgleich nicht einfach gut funktioniert hat; es wurde eine Risikoselektion gemacht. Wir befürchten, dass die risikobasierte Aufteilung eben wieder eine zusätzliche Risikoselektion anheizen würde. Auch wenn der Risikoausgleich unter den Versicherern angepasst und verfeinert wurde, erachten wir die Aufteilung nach den effektiv angefallenen Kosten als klarer und auch als solidarischer. Dann noch zur Minderheit Aeschi Thomas zu Artikel 18 Absatz 2sexies: Diese lehnen wir ebenfalls ab. Unseres Erachtens verkompliziert es die Abläufe eher, wenn Bund und Kantone ihre Anteile an unterschiedliche Träger entrichten. Es gibt aber anscheinend Versicherer, die die gemeinsame Einrichtung auslassen wollen. Wir erachten das als nicht zielführend.

Wie erwähnt, bittet Sie die SP-Fraktion, bei diesen Artikeln der Kommissionsmehrheit zu folgen, was übrigens auch der Bundesrat empfiehlt.

Roduit Benjamin (C, VS): Les deux organismes de financement, à savoir les assureurs-maladie – par les primes – et les cantons – par les impôts –, ont un intérêt commun à garantir la qualité et l'efficacité des soins. Le projet sur lequel nous venons d'entrer en matière permet pour la première fois à ces deux partenaires de défendre ensemble une solution favorisant le système de santé.

Il y a de très nombreuses pierres d'achoppement, mais, je l'ai dit il y a quelques instants, il est hors de question pour le groupe PDC de s'appuyer sur ces divergences pour retarder, voire étouffer toute la réforme. Il s'agit de raisonner en termes de santé publique et non de jeux de pouvoir, qu'ils soient partisans, à la veille des élections, ou fédéralistes, de la part des cantons, dont je rappelle que certains sont propriétaires des infrastructures qu'ils ont eux-mêmes planifiées et que, en même temps, ils les subventionnent, tout en validant leurs tarifs.

C'est pour cette raison que le groupe PDC soutiendra toutes les propositions de la majorité, à l'exception de la proposition de la minorité Nantermod, qui concerne l'article 16 alinéa 3bis et l'article 18, sur le financement de l'institution



AB 2019 N 1887 / BO 2019 N 1887

commune des assureurs. Pourquoi? Dans le cadre de cet article très technique, on veut inciter les assureurs à faire des économies et, donc, à réduire les primes. Pour cela, il faut simplifier le système de calcul des redevances de risque et des contributions de compensation de la compensation des risques – non, je ne me suis pas trompé, c'est bien de la compensation de la compensation des risques qu'il s'agit, ce qui montre la complexité de cet article. Or, selon nous, le calcul de la participation des cantons doit être basé sur les coûts effectifs et non sur le risque attendu. Quant au risque de voir des assureurs indemnisés à double en raison d'un effectif comprenant des assurés générant des coûts élevés, il reste absolument marginal. La meilleure incitation serait donc un financement des assureurs basé sur un coût moyen par assuré.

Dans ce sens, le groupe PDC vous invite à soutenir la minorité Nantermod.

Berset Alain, Bundesrat: Die Kantone sollen sich mit rund 25 Prozent an den Kosten beteiligen, die in der OKP entstanden sind. Dies ist in der Vorlage so weit unbestritten. Nun geht es darum, wie diese Mittel auf die einzelnen Versicherer verteilt werden sollen.

Die Mehrheit Ihrer Kommission sieht vor, dass die Mittel des Kantons proportional zu den Kosten, die bei den einzelnen Versicherern entstanden sind, verteilt werden. Eine Minderheit möchte, dass die Kantonsbeiträge in gleicher Höhe, aber proportional zum Risiko auf die einzelnen Versicherer verteilt werden. Bei der Verteilung auf die einzelnen Versicherer würde es also nicht um die entstandenen Kosten gehen, sondern um die vom Risikoausgleich erwarteten Kosten. Der Minderheitsantrag möchte die Anreize der Versicherer, auf eine effiziente Versorgung hinzuwirken, maximieren. Ich muss Ihnen sagen: Dies mag auf den ersten Blick sinnvoll sein, hat aber gravierende Nachteile, weil es nämlich in eine starke Abhängigkeit vom Risikoausgleich führt. Über den Risikoausgleich würde neu ein viel grösseres Volumen umverteilt. Der Risikoausgleich kann aber die medizinische Lage einer versicherten Person nur annäherungsweise vorhersagen. Alles andere wäre viel zu aufwendig. Der Anreiz zur Risikoselektion würde mit dem Minderheitsantrag gegenüber heute also potenziell verstärkt.

Für uns bietet hingegen die Variante der Mehrheit ein gutes Gleichgewicht von Effizianzanreizen und Verminderung von Risikoselektion. Drei Viertel der Kosten laufen über den Risikoausgleich, ein Viertel läuft über eine Kostenerstattung. Der Bundesrat unterstützt deshalb die Mehrheit Ihrer Kommission.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La proposition de la minorité dont je suis l'auteur, présentée par Madame Sauter, a pour but que les contributions cantonales parviennent aux assureurs sous la forme de montants forfaitaires par assuré, ce qui, combiné avec la compensation des risques, conduirait à une répartition entre les assureurs conforme aux risques. L'objectif de cette proposition est d'encourager le "case management" et de pousser les assureurs-maladie qui y parviendraient à réaliser des économies. Cela permettrait aussi d'introduire plus facilement un financement brut contre un financement net – on en débattrait plus tard.

La majorité de la commission rejette cette proposition. Elle estime qu'il s'agit d'une part d'une double compensation des risques, puisqu'il existe déjà une compensation des risques dans le système d'assurance-maladie. Par ailleurs, elle considère qu'elle est inutile et complexifie encore le système que nous devons mettre en oeuvre pour parvenir au financement uniforme des soins. Enfin, cette nouvelle forme de paiement introduirait un renforcement de la sélection des risques, ou, en tout cas, pourrait en introduire un, alors qu'une nouvelle sélection des risques n'est pas souhaitable dans le système de santé actuel.

La commission, par 12 voix contre 9 et aucune abstention, a rejeté la proposition défendue par la minorité Nantermod et vous invite à en faire de même.

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Bei Artikel 16 Absatz 3bis und Artikel 60a geht es um die Frage, ob die Kantonsbeiträge risiko- oder kostenbasiert eingespeist werden sollen. Bei der risikobasierten Einspeisung beteiligt sich der Kanton mit dem jeweiligen Prozentsatz an den effektiv entstandenen Kosten. Massgebend ist also die tatsächliche Abrechnung. Bei der kostenbasierten Verteilung erhält jeder Versicherer einen Pauschalbetrag, der proportional zum Risiko seiner Versicherten steht, also zu den Kosten, die gemäss den Regeln des Risikoausgleichs zu erwarten sind.

Es geht bei dieser Frage um die Abwägung, ob die tatsächlichen Kosten zurückzuerstatten sind oder – das möchte die Minderheit – ob für die Krankenversicherer ein zusätzlicher Anreiz geschaffen werden soll, wirtschaftlich zu handeln, gut zu kontrollieren und nur kosteneffiziente Leistungen zu finanzieren. Die Kantone ihrerseits – darauf möchte ich hinweisen – sind etwas geteilt, aber die GDK steht hinter der Kommissionsmehrheit, also hinter einer kostenbasierten Einspeisung.



Die Kommission hat ihren Entscheid mit 12 zu 9 Stimmen gefällt. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): Il voto vale anche per l'articolo 60a.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19565)

Für den Antrag der Mehrheit ... 111 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 78 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 18

Antrag der Kommission: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 2sexies

Sie teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60a auf die Versicherer auf.

Abs. 2octies, 5

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

Abs. 2sexies

Sie teilt den Bundesbeitrag nach Artikel 60a auf die Versicherer auf.

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Abs. 2octies

Sie übernimmt von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben, namentlich die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Artikel 60 Absatz 5 übermitteln.

Art. 18

Proposition de la commission: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 2sexies

Elle répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale entre les assureurs conformément à l'article 60a.

Al. 2octies, 5

Adhérer au projet CSSS-CN

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

Al. 2sexies

Elle répartit la contribution fédérale entre les assureurs conformément à l'article 60a.

AB 2019 N 1888 / BO 2019 N 1888

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Al. 2octies

Elle assume, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons, notamment le contrôle des données que les assureurs transmettent aux cantons conformément à l'article 60 alinéa 5.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): La proposta della minoranza Carobbio Guscetti sarà presentata dalla signora Heim.





Aeschi Thomas (V, ZG): Sie sehen: Meine Minderheit auf Seite 4 der Fahne ist eigentlich mit Artikel 60 Absatz 5 auf Seite 15 der Fahne verknüpft. Dort steht der wesentliche Text. Die Frage hier bei diesem Artikel ist: Wer genau soll am Schluss das Geld erhalten und entsprechend auch Anreize setzen können?

Unsere Minderheit, bestehend u. a. aus den Herren Brand, Clottu und de Courten, möchte, dass eben die Kantone das Geld in der Hand halten. Wir möchten den Föderalismus hochhalten, sodass in erster Linie die Kantone eingreifen und sagen können, wie die Spitäler sich zu verhalten haben, und dass nicht alles Geld zuerst an die gemeinsame Einrichtung geht und von dort neu verteilt wird, sondern ein Teil des Geldes direkt über die Kantone verteilt werden kann.

Hier liegt der Unterschied zwischen den beiden Anträgen: Die Mehrheit möchte das Geld zuerst an die gemeinsame Einrichtung überweisen und von dort nach einem Schlüssel an alle Kantone verteilen, während unsere Minderheit beantragt, dass ein Teil des Geldes zuerst direkt an die Kantone geht und diese es dann weitergeben können – das wäre also eine Stärkung des Föderalismus.

Ich bitte Sie, hier unsere Minderheit zu unterstützen.

Heim Bea (S, SO): Le financement uniforme des services ambulatoires et hospitaliers est en principe une innovation. Elle est importante, parce qu'elle élimine les fausses incitations en matière de soins, mais malheureusement pas toutes, car ce projet en crée de nouvelles.

Toutefois, comme cela a été souligné lors du débat d'entrée en matière, cette innovation est également extrêmement unilatérale et ne répond pas aux exigences fondamentales des acteurs importants, en particulier pas à celles des cantons.

Après que notre conseil a décidé d'entrer en matière, nous voulons au moins obtenir quelques améliorations. Le Conseil des Etats aura alors la tâche d'apporter les corrections nécessaires au projet.

Die Einführung der einheitlichen Finanzierung gelingt nur mit den Kantonen und nicht gegen die Kantone. Sie wissen, es wurde mehrfach betont: Diese Vorlage stösst auf entschiedene Kritik vonseiten der Kantone, auch was die Kontrollmöglichkeit bezüglich des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags betrifft.

Die Kontrollmöglichkeit für die Kantone stärken und das auch im Gesetz festhalten, das will die Minderheit Carobbio Guscetti, die ich hier vertreten darf. Denn die Kantone sollen mit dieser Vorlage gegen 10 Milliarden Franken finanzieren. Darum ist es richtig, wenn die Kantone auch Transparenz einfordern. Es ist ganz klar ihre Pflicht, die Kontrolle über den Einsatz der kantonalen Steuermittel zu garantieren. Sie stehen in der Verantwortung gegenüber ihrer Bevölkerung. Sie müssen garantieren können, dass ihre Steuermittel richtig und wirtschaftlich eingesetzt werden. Sie müssen sicher sein und nachweisen können, dass die Leistungen im ambulanten wie im stationären Bereich korrekt abgerechnet und zugeteilt werden – korrekt nach Wohnsitz, Zuständigkeit, Spitalplanung. Darum verlangen die Kantone ihren Einbezug in die Datenkontrolle. Und sie verlangen dies zu Recht, denn ein blindes Vertrauen in die Rechnungskontrolle der Versicherer – diese mögen es gut machen, manchmal aber auch weniger gut, wie Sie alle wissen – würde von den Bürgerinnen und Bürgern als Steuerzahlende nicht akzeptiert und spätestens dann, wenn Probleme auftauchen, auf heftigste Kritik stossen. Es kann nicht angehen, dass nur die Versicherer die Hoheit über die Kostenkontrolle übernehmen und schlussendlich haben.

Darum verlangt die Minderheit Carobbio Guscetti, dass die gemeinsame Einrichtung die Daten, die die Versicherer den Kantonen übermitteln, kontrolliert. Es geht um die Berechnung der Kantonsbeiträge. Das ist ein zentraler, ein heikler Bereich, umso mehr, als sich die Kosten, die auf die Kantone zukommen werden, nicht im Voraus auf Franken und Rappen genau berechnen lassen. Darum braucht es umso mehr eine Datenkontrolle durch die gemeinsame Einrichtung.

Ich bitte Sie um Zustimmung zum Minderheitsantrag Carobbio Guscetti bei Artikel 18 Absatz 2octies. Mit unserer Zustimmung dazu nehmen wir das Anliegen der Kantone ernst, und wir verbessern die Chancen, dass die Vereinheitlichung der Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs schlussendlich Akzeptanz finden kann.

Auch im Namen der SP-Fraktion teile ich Ihnen mit: Diese Minderheit ist uns sehr wichtig. Wir betonen noch einmal, dass der Einbezug der Kantone in die Datenkontrolle ein wichtiger Schritt ist: ein wichtiger Schritt im Sinne der Respektierung der demokratisch verankerten Aufgabe der Kantone, für eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und für eine effiziente Verwendung der Mittel zu sorgen.

Ich danke Ihnen, wenn Sie dem Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti zustimmen.

Roduit Benjamin (C, VS): A l'article 18 alinéa 2sexies et à l'article 60 alinéa 5, nous nous opposerons à la proposition de la minorité Aeschi Thomas. Nous estimons qu'il est cohérent de confier à l'institution commune des assureurs-maladie la tâche de verser aux assureurs les contributions cantonales et fédérales. Elle le fait



déjà aujourd'hui, notamment avec la compensation des risques. Elle sera plus apte par la suite à effectuer cette tâche de répartition, épargnant ainsi aux cantons de lourdes démarches administratives, notamment lorsque les contributions aux soins de longue durée seront intégrées au projet; parce qu'elles le seront.

S'agissant de la proposition de la minorité de notre chère présidente, Madame Carobbio Guscetti, à l'alinéa 2octies, qui veut confier aux cantons le contrôle des données qui leur sont transmises par les assureurs, nous estimons que cette tâche peut très bien, de manière efficace, efficiente et impartiale, être assumée par l'institution commune des assureurs-maladie, et non de manière particulière, selon les intérêts particuliers de chaque assureur.

Evitons les doublons administratifs et n'attisons pas la méfiance entre des partenaires qui sont condamnés à s'entendre, pour le plus grand bien des assurés-contribuables que nous sommes tous.

Brand Heinz (V, GR): Bei der in Artikel 18 Absatz 2sexies zur Diskussion stehenden Frage handelt es sich eher um eine technische Frage, welche die Bevölkerung, die Versicherten als solche, wenig betrifft. Die SVP-Fraktion ist der Meinung, dass die Kantone und die Versicherer die Zahlungen und das Controlling direkt so miteinander abwickeln sollen, wie es ihnen jeweils aus betriebswirtschaftlichen, prozeduralen Gründen als am zweckmässigsten und am besten erscheint. Das ist ja auch bei der Spitalfinanzierung nicht anders, wo sich die Kantone an den Bruttoleistungen beteiligen. Die Abwicklung über die gemeinsame Einrichtung würde wohl höhere zusätzliche Administrationskosten verursachen, denen keine sachliche Notwendigkeit gegenübersteht. Wenn man schon immer die Bürokratie bekämpfen will bzw. diesbezügliche Intentionen deklariert, so hat man hier einmal die Gelegenheit zum Tatbeweis.

Die SVP-Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb, der schlanken Variante und damit der Minderheit Aeschi Thomas zu folgen.

Noch eine Bemerkung zu Artikel 18 Absatz 2octies und zur Minderheit Carobbio Guscetti: Auch dies ist wieder eine technische Frage. Weil es die gemeinsame Einrichtung bei Efas nicht braucht, können ihr auch nicht neue Aufgaben zugewiesen werden, wie dies die Minderheit Carobbio Guscetti vorschlägt. Wenn diese Einrichtung bei Efas dennoch eine Funktion bekäme, dann könnte sie sicherlich nicht die Übermittlung der Daten der Krankenversicherer an die Kantone

AB 2019 N 1889 / BO 2019 N 1889

kontrollieren. Gemäss Artikel 60 Absatz 5 dieses Gesetzes gilt: "Die Versicherer übermitteln dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind." Bei offenen Fragen ist es doch klar, dass sich der Bund und die Kantone mit den betreffenden Versicherern in Verbindung setzen sollten. Auch hier braucht es die gemeinsame Einrichtung nach Auffassung der SVP-Fraktion deshalb nicht; dies schon gar nicht zur Rechnungskontrolle, welche die Krankenversicherer in ihrem ureigenen Interesse machen, um selbst konkurrenzfähig zu bleiben, weil sie damit die Leistungskosten möglichst tief und damit letztendlich eben auch die Prämien tiefer halten können. Kein Versicherer hat ein Interesse daran, Leistungen zu entschädigen und abzugelten, die nicht tatsächlich auch geschuldet sind.

Weiter ist die gemeinsame Einrichtung per Gesetz eine gemeinsame Einrichtung der Versicherer und nicht eine Einrichtung der Kantone. Sie mit weiteren Aufgaben für die Kantone und damit mit potenziellen Interessenkonflikten zu belasten ist daher falsch.

Die SVP-Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb, der Mehrheit zu folgen und den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti abzulehnen.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): Il gruppo dei Verdi si oppone alla proposta della minoranza Aeschi Thomas e sostiene la proposta della minoranza Carobbio Guscetti. Il consigliere federale Berset rinuncia a prendere la parola. Il Consiglio federale sostiene le nuove proposte della maggioranza.

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Gemäss Artikel 60 Absatz 5 übermitteln die Versicherer dem Kanton bzw. dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Bundesbeitrages nötig sind. Der Bundesbeitrag geht an EU-/Efta-Bürger, welche nach unserem KVG versichert sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung, und der Bund regelt die Einzelheiten dazu. Die Kommissionsmehrheit hat das Konzept unterstützt, dass sowohl der Beitrag des Kantons für seine Versicherten wie der Beitrag des Bundes für die Krankenversicherten aus dem EU-/Efta-Raum über die gemeinsame Einrichtung an die Krankenversicherer gehen.

Die Minderheit Aeschi Thomas will, dass der Kanton mit jedem Versicherer einzeln abrechnet. Die Kommissionsmehrheit hingegen will keine doppelte Kontrolle der Rechnungen und weniger Bürokratie. Bezüglich der Bürokratie gibt es offenbar eine unterschiedliche Beurteilung der Situation: Für die Kommissionsmehrheit ist



es ein wesentlicher Bürokratieausbau, wenn jeder Versicherer mit jedem Kanton abrechnen muss, statt dass die Abrechnung über die gemeinsame Einrichtung abgewickelt wird.

Ich möchte den Unterschied zum heutigen System noch einmal hervorheben. Heute haben wir ein dual-fixes System im stationären Spitalbereich. Da stellen die Spitäler direkt dem Krankenversicherer und direkt dem Kanton Rechnung. Neu wechseln wir aber zu einem monistischen System, in dem die Krankenversicherer sämtliche Leistungen bezahlen und den Kantonsanteil vom Kanton zurückerhalten.

Die Kommission hat mit 14 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung entschieden. Ich bitte Sie, bei diesen Bestimmungen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Bei Artikel 18 Absatz 2octies geht es um die Frage, ob die gemeinsame Einrichtung von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen kann oder übernehmen muss, wie es die Kommissionsminderheit will. Die Minderheit möchte damit erreichen, dass die gemeinsame Einrichtung auch Rechnungskontrollen und die Kontrolle der Daten übernehmen muss. Die Kommissionsmehrheit ist hingegen der Ansicht, dass eine Rechnungskontrolle die Kernaufgabe der Krankenversicherer ist und nicht an die gemeinsame Einrichtung delegiert werden soll.

Noch eine Bemerkung zu Frau Heim: Sie hat davon gesprochen, dass die Kantone ja gegen 10 Milliarden Franken ins System einspeisen werden. Ich möchte daran erinnern, dass die Durchschnittswerte 2012 bis 2014 bei 7,5 Milliarden Franken lagen. Man kann grosszügig sein mit den Milliarden, aber es sind nicht 10 Milliarden Franken. Der Betrag dürfte zwischen 7,5 und 8 Milliarden Franken liegen. Das ist viel Geld, das dann über die gemeinsame Einrichtung von den Kantonen an die Krankenversicherer gehen wird.

Bei dieser Bestimmung hat die Kommission mit 15 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung entschieden. Ich bitte Sie auch hier, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Selon le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui, la contribution des cantons et de la Confédération, selon l'article 60 alinéa 4 LAMal, sera versée par le canal de l'institution commune. Cette institution est chargée de multiples tâches selon la LAMal, par exemple la prise en charge des assurés insolubles et la compensation des risques. Elle s'occupera désormais de calculer et de refacturer les prestations payées par les assureurs aux cantons, selon la nouvelle clé de répartition.

A l'article 18 alinéa 2sexies, la minorité Aeschi Thomas veut que seule la Confédération passe par cette institution commune, laissant les cantons verser leur contribution directement aux assurances. Les assurances pourraient demander la contribution cantonale directement auprès des cantons en se fondant sur les coûts pour lesquels ils ont reçu une facture et ne seraient donc pas liés par l'institution commune. Ce serait une idée permettant un contrôle plus direct et, paraît-il, moins bureaucratique.

La majorité de la commission ne partage pas ce point de vue. Un paiement direct compliquerait le travail des cantons, des assurances et, évidemment, la surveillance exercée par l'Office fédéral de la santé publique. Il ne permettrait pas de garantir facilement la comptabilité de l'ensemble du système. L'efficacité du système s'en trouverait d'ailleurs amoindrie. Si chaque canton devait développer des relations avec chaque assureur, et contrôler chaque relation, cela représenterait environ 1800 relations à développer entre assureurs et cantons uniquement pour payer une part qui est fixée par la loi.

Pour cette raison, par 14 voix contre 7 et 1 abstention, la commission vous invite à rejeter la proposition défendue par la minorité Aeschi Thomas.

A l'article 18 alinéa 2octies, la minorité Carobbio Guscetti souhaite ouvrir la possibilité de confier à cette même institution commune d'autres tâches que celle confiées par les cantons, en prévoyant expressément le rôle de contrôler les données des personnes concernées, notamment les factures.

La majorité de la commission estime que le contrôle des factures n'incombe pas expressément aux cantons. Le contrôle des factures relève d'une compétence expresse des assureurs, dont d'ailleurs c'est un des rôles principaux dans le système de santé. S'ils ne fournissent pas de prestations à proprement parler en tant qu'assureurs, ils ont au moins le rôle de s'assurer que les factures qu'ils paient correspondent à la réalité des prestations qui ont été fournies et que ces prestations soient conformes à la loi et à toutes les ordonnances qui en découlent.

Pour cette raison, la majorité de la commission estime que la formulation issue du projet de la commission est suffisamment générale pour qu'elle s'applique aux besoins relatifs aux tâches qui doivent être confiées aux cantons et à l'institution commune. Par conséquent, elle n'a pas besoin d'être modifiée.

La commission vous prie, par 15 voix contre 7 et 1 abstention, de rejeter la proposition défendue par la minorité Carobbio Guscetti.



Abs. 2sexies – Al. 2sexies

La presidente (Carobbio Guscelli Marina, presidente): Il voto vale anche per l'articolo 60 capoverso 5.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19566)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 128 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 64 Stimmen

(1 Enthaltung)

AB 2019 N 1890 / BO 2019 N 1890

Abs. 2octies – Al. 2octies

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19567)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 139 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 54 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 25a Abs. 2; 41 Abs. 1bis, 1ter, 2bis-2quater, 3, 3bis, 4; 42 Abs. 2, 3

Antrag der Kommission: BBI

Art. 25a al. 2; 41 al. 1bis, 1ter, 2bis-2quater, 3, 3bis, 4; 42 al. 2, 3

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Neuer Antrag der Minderheit I

(Gysi, Barrile, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Abs. 2

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Art. 49a

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Adhérer au projet CSSS-CN

Nouvelle proposition de la minorité I

(Gysi, Barrile, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)

Al. 2

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Gysi Barbara (S, SG): Mit meiner Minderheit bei Artikel 49a Absatz 2 fordere ich, wie übrigens auch der Bundesrat, dass bei der Vergütung an die Vertragsspitäler bei der heutigen Regelung mit maximal 45 Prozent



geblieben wird. Die Kommissionssprecherin hat das eingangs etwas despektierlich als Nebenschauplatz bezeichnet. Das ist es mitnichten, es geht hier doch um grosse Summen! Leider konnte vieles davon nicht in Zahlen ausgedrückt werden, weil dafür schlicht und einfach die Basis fehlte. Aber es ist dennoch wichtig.

Schon die heutige Regelung entzieht der OKP Gelder, die zu den Privatspitälern, die nicht Listenspitäler sind, wandern – zu Privatspitälern, die sich eben die Rosinen im Gesundheitswesen herauspicken. Denn Vertragsspitäler sind Privatspitäler, die sich nicht verpflichten wollen, sich in irgendeiner Form an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag zu beteiligen. Meist werben sie besonders lukrative Fälle ab, also Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten, und werden dafür erst noch aus der Grundversicherung abgegolten. Schon die maximal 45-prozentige Vergütung, die heute vereinbart werden kann, geht uns grundsätzlich zu weit. Sie lässt uns alle über die Kopfprämien lukrative Privatspitäler mitfinanzieren, deren Gewinne zudem oft von ausländischen Investoren "abgezügelt" werden.

Diese Subventionierung aus der Grundversicherung soll nun also noch ausgebaut werden. Dies führt dazu, dass die Prämien für die Zusatzversicherten sinken werden – wie viel, kann nur gemutmasst werden, denn Zahlen dazu wurden uns keine geliefert, obwohl wir sie verlangt haben. Die Subkommission verweigerte uns diesen Auftrag, sie war nicht bereit, das erheben zu lassen. Zahlen wurden nicht zuletzt deshalb nicht geliefert, weil auch das BAG sich ausserstande erklärte, sie zu errechnen, da ihm schlicht die Daten fehlten. So viel zur Transparenz und zur Datenlage.

Das BAG kann die Auswirkungen dieser Efas-Vorlage also nicht vollumfänglich abschätzen. Kostenneutralität, wie sie bei dieser Vorlage immer wieder gefordert wird, wird es also höchstens für die Kantone geben, nicht aber für die Prämienzahlenden. Diese werden mit der Besserstellung der Privatspitäler zusätzlich belastet. Wenn dann auch noch die Langzeitpflege integriert würde, dann gäbe es noch weitere Verschiebungen zulasten der Prämienzahlenden.

Ich komme zurück zu den Vertragsspitälern. Die Änderung in Artikel 49a führt zudem zu zwei massiven Fehlansätzen, die zu Mengenausweitungen und zusätzlichen Kosten führen werden. Wenn die Privatspitäler, welche eben Vertragsspitäler sind, höhere Vergütungen erhalten, werden sie mehr unnötige Eingriffe vornehmen. Schon heute ist es so, dass an Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten deutlich mehr Eingriffe vorgenommen werden, weil dort eben Zusatzhonorare zu holen sind. Beispiele gefällig? Patientinnen und Patienten, die halbprivat oder privat versichert sind, werden in der Schweiz 2,2-mal häufiger am Knie operiert als Patienten mit einer Grundversicherung. An der Wirbelsäule nehmen die Ärzte bei den Zusatzversicherten 1,5-mal mehr operative Eingriffe vor, und Hüftgelenke werden bei ihnen 1,3-mal häufiger ersetzt als bei Grundversicherten. Das sind Zahlen, die eine Auswertung der Spitalstatistik durch das BAG ergibt. Ich glaube nicht, dass Zusatzversicherte grundsätzlich schlechtere Knie, schwächere Wirbelsäulen oder problematischere Hüften haben. Jährlich wird die Grundversicherung somit bereits heute mit Zahlungen in der Höhe von rund 400 Millionen Franken an die Zusatzversicherten unnötig belastet.

Zudem gibt es Anreize, zusätzlich Privatspitäler zu betreiben. Überall dort, wo man über die Schliessung von öffentlichen Spitälern spricht, stehen bereits mehrere Betreiber von Privatspitälern zur Stelle und wollen sie übernehmen. Kosten sind dann auch noch keine gespart.

Die massiv höhere Vergütung an die Behandlungen in den Vertragsspitälern führt auch dazu, dass die Spitalplanung der Kantone unterlaufen und ausgehöhlt wird. Mit dem Anstieg der Vergütung aus der OKP auf 74,5 Prozent der Kosten verlieren die Privatspitäler, welche heute noch auf Spitallisten figurieren, den Anreiz, die Vorgaben der Kantone zu erfüllen, die für die Aufnahme auf eine Liste nötig sind. Sie würden sich dann aus der Verantwortung verabschieden.

Das ist eine problematische und kostspielige Entwicklung. Es ist also absolut unverständlich, dass die Kommissionmehrheit zu keinem Zeitpunkt bereit war, diese Argumente zu hören. Dazu passt auch, wie knapp das Ganze im Kommissionsbericht abgehandelt wurde. Man will einfach die Privatspitäler, die Vertragsspitäler sind, noch besser stellen und Partikularinteressen der Krankenversicherer und der Privatspitäler durchboxen – koste es, was es wolle. Die Prämienzahlenden wird es einiges kosten.

Darum bitte ich Sie: Non esagerate! Sostenete la proposta della mia minoranza ed il Consiglio federale.

Badran Jacqueline (S, ZH): Geschätzte Kollegin Gysi, habe ich Sie richtig verstanden: Dies bedeutet in der Kurzversion, wir werden künftig, wenn dies durchkommt, mit den Prämien Privatspitäler und die Gewinne der Eigentümer dieser Privatspitäler, die oft im Ausland sind, subventionieren, und wir werden erst noch die Kantone mit ihrem Steuerungsinstrument, den Spitallisten, entmachten. Ist das richtig?

Gysi Barbara (S, SG): Sie haben das richtig zusammengefasst, Kollegin Badran. Es führt dazu, dass wir Vertragsspitäler, Privatspitäler, subventionieren, deren Gewinne dann meistens ins Ausland "abgezügelt" werden.



Die Privatspitäler beteiligen sich nicht am allgemeinen Grundauftrag. Sie betreuen vor allem das sogenannte interessante Patientinnen- und Patientengut, d. h. Gutsituierte, Leute, die aus guten finanziellen Verhältnissen kommen. Und sie können zu jeder Zeit selber auswählen, wen sie behandeln. Die komplexen Fälle

AB 2019 N 1891 / BO 2019 N 1891

werden sie nicht behandeln; diese überlassen sie lieber den öffentlichen Spitälern.

Feri Yvonne (S, AG): Die Vorlage sieht in Artikel 49a vor, dass der Finanzierungsanteil der OKP auch für Vertragsspitäler von 45 auf 74,5 Prozent erhöht wird. Diese Erhöhung folgt dem allgemeinen Anstieg der Beteiligung der OKP an spitalstationären Leistungen. Sie birgt aber das Potenzial, die Bedeutung der kantonalen Spitalplanung zu relativieren, und könnte damit die Bemühungen um eine Dämpfung des Kostenanstiegs in der OKP sogar gefährden.

Die Minderheit I (Gysi) möchte mit ihrem Antrag zu diesem Artikel den Finanzierungsanteil der OKP für Vertragsspitäler auf dem heutigen Niveau von maximal 45 Prozent belassen. Wenn der Finanzierungsanteil der OKP sich gegenüber der heutigen Situation stark erhöht, wird es für die Spitäler weniger bedeutend, sich für die kantonale Spitalliste zu qualifizieren. Der Bundesrat beantragt ebenfalls, beim geltenden Recht zu bleiben. Die kantonale Spitalplanung hat dafür zu sorgen, dass nicht mehr und nicht weniger als das versorgungsrelevante Angebot gewährleistet wird, welches über die OKP abgerechnet werden kann. Mit diesem Instrument können unter anderem die unerwünschte Mengenausweitung und die angebotsinduzierte Nachfrage begrenzt werden.

Wir alle wollen bekanntlich keine höheren Kosten forcieren. Heute können Sie aufzeigen, ob das nur Floskeln sind oder ob Sie auch danach handeln. Eine grosse Gefahr besteht darin, dass es falsche Anreize gibt, wenn die Vertragsspitäler – also die Privatspitäler –, die nicht auf einer Spitalliste stehen, höhere Beiträge aus der OKP erhalten und finanziell deutlich besser fahren als heute, wenn 75 Prozent der Kosten einer Behandlung übernommen werden. Privatspitäler, die auf einer Spitalliste sind, haben so klar weniger Anreiz, überhaupt die Anforderungen der Kantone zu erfüllen, die es für die Aufnahme auf die Spitalliste braucht. So wird die ganze Planung ausgehöhlt, und es werden Überkapazitäten geschaffen.

Von einer einheitlichen Finanzierung sollte keine Gefahr für eine Prämiensteigerung im Übergang und eine im Anschluss daran verstärkte Kostenzunahme in der OKP ausgehen. Von steigenden Prämien sind zudem nicht nur die Versicherten betroffen, sondern über die bei einer Prämiensteigerung allenfalls erforderliche Aufstockung bei der Prämienverbilligung auch der Bund und die Kantone. Sie wissen, dass das ein Referendum auslösen kann, denn auch diese Finanzierungsträger haben ein legitimes Interesse daran, den über Prämien finanzierten Kostenanteil mitsteuern zu können.

Die kantonale Spitalplanung und die Option von Vertragsspitälern stehen heute in einem fragilen Gleichgewicht, das nicht verändert werden sollte. Eine übermässige Finanzierung der Privatspitäler aus der Grundversicherung ist unsozial und abzulehnen. Wir wollen Zusatzversicherte nicht noch finanziell entlasten, was mit dieser Vorlage jedoch der Fall wäre. Der vorliegende Antrag der Minderheit sieht vor, Absatz 2 anzupassen und damit beim heutigen Prozentsatz der Vergütung zu bleiben, das heisst, dass nicht mehr als 45 Prozent der Kosten über die OKP vergütet werden dürfen.

Wenn Sie der Mehrheit folgen, bedeutet dies, dass noch mehr Geld aus der Grundversicherung an zusatzversicherte Patientinnen und Patienten respektive deren Behandlung in Vertragsspitälern abfließt. Das war nicht das Ziel von Efas, und es würde ein völlig falscher Anreiz gesetzt.

Vi prego dunque di sostenere la minoranza Gysi e il Consiglio federale.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): Il gruppo dell'UDC sostiene la nuova proposta della maggioranza.

Berset Alain, conseiller fédéral: Il ne faut pas se voiler la face: vous êtes confrontés à l'un des éléments qui pourrait être fatal à toute la réforme – il faut être très clair à ce sujet –, et ce pour une raison très simple: aujourd'hui, il existe une différence entre le financement des hôpitaux figurant sur les listes cantonales, qui sont financés globalement à 100 pour cent, à 45 pour cent par les primes et 55 pour cent par les cantons. Ils seraient financés à l'avenir toujours à 100 pour cent, mais ce serait à 75 pour cent par les primes et à 25 pour cent par la part cantonale. Pour eux, rien ne changerait. Par contre, en ce qui concerne les hôpitaux conventionnés, ils sont financés aujourd'hui à 45 pour cent par les primes, et comme ils ne sont pas sur les listes cantonales, ils n'ont pas accès à la part cantonale de 55 pour cent. Pour ces hôpitaux conventionnés, le financement passerait de 45 à 75 pour cent.

Ce serait une très forte augmentation, pas très loin d'un doublement, et il tombe sous le sens que, si on ne



change rien au financement des hôpitaux figurant sur les listes cantonales et qu'on procède quasiment à un doublement de la possibilité de financement pour les hôpitaux conventionnés, cela changerait la relation entre les uns et les autres et viderait les listes cantonales de planification de leur sens et de leur intérêt. Ce serait une abolition, ou presque, de la possibilité pour les cantons d'établir une planification dans le domaine hospitalier. Ce serait une abolition, ou presque, de la possibilité pour les cantons de lutter contre l'évolution des coûts sur leur propre territoire, et ce au moment où nous devons annoncer les primes et au moment où les coûts recommencent à augmenter pour l'année prochaine. C'est un élément qu'il ne faut pas perdre de vue.

C'est donc un élément qui devrait vous inciter fortement à suivre la minorité de la commission, qui suit aussi l'avis du Conseil fédéral, autrement dit à conserver cette différence telle qu'elle existe aujourd'hui entre 45 pour cent et 100 pour cent. Si on ne change rien, sauf la répartition interne des coûts au financement des hôpitaux figurant sur les listes cantonales, on ne voit pas pour quelle raison il faudrait à ce point augmenter la possibilité de financement pour les hôpitaux conventionnés.

Je crois que ce qu'a dit quelqu'un tout à l'heure en affirmant que ce n'était pas ce qui était recherché avec le financement uniforme des prestations (EFAS) n'est pas faux; c'est en effet un des éléments problématiques. Malgré ces dix ans de travaux en commission, le Conseil fédéral, ce dernier mois, a tout fait pour véritablement essayer de remettre votre commission sur une voie qui ouvre des perspectives à ce projet et lui laisse des chances. Avec cette proposition, ce n'est pas le cas.

Je vous invite vivement à soutenir la proposition de la minorité I (Gysi).

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Kommissionmehrheit, ja die gesamte Kommission ist mit Frau Gysi einig, dass unnötige Operationen nicht vorkommen sollen, dass wir die nicht wollen. Doch das hat nichts, aber auch gar nichts mit dieser Vorlage zu tun.

In der Schweiz gibt es etwa 280 öffentliche und private Spitäler auf Spitallisten. Die meisten Privatkliniken stehen auf den Spitallisten und werden gleich behandelt wie kantonseigene, öffentliche Spitäler. Privatkliniken sind nicht per se teurer als öffentliche Spitäler, sie haben keine höheren Tarife zulasten der OKP. Diese Daten sind einsehbar, sie sind öffentlich.

In drei Kantonen – in den Kantonen Zürich, Genf und Waadt – gibt es insgesamt etwa zehn Vertragsspitäler, welche nicht auf der Spitalliste stehen und als sogenannte Vertragsspitäler von den Krankenversicherern aus der OKP 45 Prozent der stationären Kosten zurückerstattet bekommen, wobei diese 45 Prozent frankenmässig dem Betrag des vergleichbaren Listenspitals entsprechen. Die Kantone bezahlen also nichts an Vertragsspitäler. Die Vertragsspitäler erbringen auch ambulante Leistungen, und diese Leistungen werden heute zu 100 Prozent von den Krankenversicherern zurückerstattet. Auch künftig, mit Efas, bezahlen die Kantone nichts an Vertragsspitäler. Wenn die Krankenversicherer mit Efas künftig 75 Prozent der Kosten übernehmen würden, wäre das gegenüber heute eine kleine Besserstellung im stationären Bereich. Es gibt aber auch eine Schlechterstellung, weil sich Absatz 2 auf sämtliche Leistungen bezieht. Das heisst also, auch ambulante Leistungen würden künftig zu 75 Prozent und nicht mehr wie heute zu 100 Prozent zurückerstattet.

Ich habe ausgeführt, dass das Volumen sehr klein und praktisch vernachlässigbar ist. Es geht um etwa zehn

AB 2019 N 1892 / BO 2019 N 1892

Vertragsspitäler in drei Kantonen bei insgesamt etwa 280 Spitälern. Die Erhöhung im stationären Bereich auf 75 Prozent wird durch die Reduktion von 100 auf 75 Prozent im ambulanten Bereich kompensiert. Der Effekt von Efas ist also der, dass der höhere Beitrag an stationäre Leistungen der Vertragsspitäler durch tiefere Beiträge im ambulanten Bereich bei Weitem ausgeglichen wird. Die Kantone bzw. die Krankenversicherer werden also nicht mehr bezahlen müssen. Efas hat insgesamt einen prämiendämpfenden Effekt, fördert die integrierte Versorgung und stellt ambulante und stationäre Behandlungen gleich. Mit der Stärkung der integrierten Versorgung hat Efas einen grossen qualitativen Effekt.

Graf Maya (G, BL): Geschätzte Kollegin Humbel, Sie betonen ja, dass es nur zehn Vertragsspitäler sind, dass es überhaupt nicht um eine grosse Menge geht. Warum steht dann im Bericht – und Sie sind ja bei der Mehrheit, die diesen Bericht auch mit ihren Argumenten gefüllt hat -: "Damit sinkt die Relevanz der kantonalen Spitalplanung gegenüber heute in einem gewissen Ausmass, weil Spitäler ausserhalb von Spitallisten neu für Zusatzversicherte oder Selbstzahler nicht mehr im selben Ausmass teurer sind wie unter der bisherigen Regelung." Das zeigt doch klar, dass es eine Verschiebung von guten Risiken zu den Privatspitälern gibt; schlechte Risiken bleiben an öffentlichen Spitälern hängen.

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Geschätzte Kollegin, ich erinnere mich an die Diskussion zur Spitalfinanzierung: Da hatten wir die gleiche Diskussion und den gleichen Graben, weil die Linke Vertragsspitäler



nicht wollte. Sie wollten nur Listenspitäler, aber keine Vertragsspitäler. Sie wollten also nicht, dass 45 Prozent der stationären Kosten, wie es heute ist, den Vertragsspitälern aus der OKP zurückerstattet werden. Vielmehr wollten Sie ein rein staatlich gesteuertes Spitalwesen. Die Mehrheit in beiden Räten hat damals entschieden, im kleinen Rahmen auch noch ein privates Gesundheitswesen zuzulassen, die Kantone aber finanziell zu verschonen.

Aus der OKP sollte bei Vertragsspitälern der gleiche Beitrag bezahlt werden wie bei Listenspitälern, weil privat-versicherte Personen auch obligatorisch versichert sind. Da wir nun entschieden haben, den Versichereranteil neu von 45 Prozent auf 75 Prozent zu erhöhen, ist es einfach die logische Konsequenz, dass es für alle Spitäler gilt. Wenn man bei Vertragsspitälern 45 Prozent weiterführen würde, wäre das relativ willkürlich.

Was Sie übersehen, ist, dass heute Vertragsspitäler auch ambulante Leistungen erbringen. Und im ambulanten Bereich bezahlen die Krankenversicherer heute auch bei diesen Kliniken 100 Prozent. Künftig werden auch die ambulanten Leistungen einen Kantonsanteil erhalten. Der Kantonsanteil fliesst den Vertragsspitälern aber nicht zu. Gerade durch die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich gibt es ein Wachstum im ambulanten Bereich. Die Kantone bezahlen 25 Prozent der Leistungen nur dann, wenn es sich um ein Spital auf der Spitalliste handelt. Bei Vertragsspitälern müssen diese 25 Prozent also durch eine Zusatzversicherung abgegolten werden.

Badran Jacqueline (S, ZH): Geschätzte Kollegin Humbel, Sie bagatellisieren die Tatsache, dass wir künftig die Gewinne von Privatspitälern mit Prämien subventionieren – wir alle hier müssen das bezahlen. Sie bagatellisieren es, (*Interruzione della presidente: La domanda, signora Badran!*) indem Sie sagen, es seien ja nur zehn Spitäler. Glauben Sie, dass das in fünf Jahren auch noch so ist? Da haben wir doch eine Dynamik mit einer Mengenausweitung, die massiv prämiertreibend ist, und das machen ausgerechnet Sie, die Sie ja eigentlich für tiefere Prämien einstehen sollten.

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Ihre Frage ist, ob ich daran glaube, dass das auch in zehn Jahren noch so ist. Darauf kann ich nur antworten: Ja, ich bin überzeugt, dass es in zehn Jahren auch noch so ist, denn es ist kein Markt, Spitäler neu zu gründen. Sie sind ja nicht im rechtsfreien Raum; sämtliche Spitäler, ob sie auf einer Spitalliste oder auf keiner Spitalliste stehen, müssen den gesundheitspolizeilichen Anforderungen der Kantone entsprechen. Das KVG gilt dann für die Vertragsspitäler. Wir haben eine genügende Anzahl von Spitälern auf den kantonalen Spitallisten, wir haben sogar zu viele. Ich habe gesagt, wir haben etwa 280 Spitäler auf kantonalen Spitallisten, und es wird eine Reduktion der Anzahl Spitäler geben. Das Potenzial ist in der Schweiz zu klein. Ich wiederhole noch einmal, dass der Prozentsatz für die Kostenaufteilung zwischen Versicherern und Kantonen künftig sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungen gilt.

Gysi Barbara (S, SG): Geschätzte Kollegin Humbel, ich möchte etwas aufnehmen, was Sie gesagt haben. Sie haben einen Zusammenhang mit den unnötigen Behandlungen, die in Vertragsspitälern an zusatzversicherten Personen vorgenommen werden können, in Abrede gestellt. Sie haben gesagt, es gäbe keinen Zusammenhang mit diesem Artikel. Können Sie mir in dem Fall bestätigen, dass in Vertragsspitälern keine unnötigen Behandlungen gemacht werden?

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Frau Gysi, es ist ein grundsätzliches Problem, dass Zusatzversicherung eher unnötigen Eingriffen unterliegen. Wir haben diese Zahlen an den Hearings auch von Herrn Heini-ger, dem Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, präsentiert bekommen, der diese Situation aufgezeigt hat. Er hatte als Basis seiner Daten Listenspitäler, und zwar öffentliche und private Listenspitäler. Die Frage nach unnötigen Eingriffen ist also nicht eine Frage der Privatkliniken, sondern ist an den Versicherungsstatus der Person geknüpft. Es bringt sowohl öffentlichen wie privaten Kliniken mehr Geld, wenn mehr Patienten privat behandelt werden. Gerade da gilt es anzusetzen, damit die Indikation für die Form der Behandlung entscheidend ist. Da ist die Indikationsqualität gefragt; es geht nicht um die Vertragsspitäler.

Barrile Angelo (S, ZH): Geschätzte Kollegin, da wird etwas ein bisschen durcheinandergebracht. Sie sagen, die Linke sei gegen die privaten Spitäler. Wir sprechen aber über die Vertragsspitäler, über Spitäler, die z. B. zu teuer sind und im Kanton Zürich nicht auf die Spitalliste kommen. Verstehe ich Sie richtig, dass Sie im Namen der Kommission dafür argumentieren, dass diese Spitäler, die zu teuer sind und unnötige medizinische Behandlungen machen, genauso wie die anderen entschädigt werden?

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Ich spreche hier als Berichterstatterin der Kommission, und die will den jetzigen Zustand mit Listenspitälern und Vertragsspitälern weiterführen. Heute bezahlen die Krankenversicherer bei Vertragsspitälern 45 Prozent an die stationären Kosten. Der Anteil wird von 45 Prozent auf



75 Prozent angehoben, und dann ist es eigentlich die logische Folge – das war die Meinung der Kommissionmehrheit –, dass diese 75 Prozent künftig auch den Vertragsspitalern zugutekommen. Es geht nicht um eine Förderung der Vertragsspitaler. Und ich wiederhole noch einmal, dass wir künftig alle Leistungen gleich finanzieren. Während die Versicherer ambulante Leistungen in Vertragsspitalern heute voll, zu 100 Prozent, aus der Grundversicherung bezahlen, werden es künftig nur noch 75 Prozent sein.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: L'article 49a alinéa 2 est devenu manifestement la pierre d'achoppement majeure du projet, alors qu'il s'agissait, dans nos débats, d'une question annexe. De quoi s'agit-il? Il s'agit de l'application de la nouvelle règle de financement aux hôpitaux conventionnés. A cet article, on ne parle pas des hôpitaux privés. Ceux-ci relèvent déjà, pour une grande partie d'entre eux, de la planification hospitalière cantonale. On ne joue pas la carte du secteur privé contre celle du secteur public, mais il s'agit ici des hôpitaux conventionnés et des hôpitaux planifiés.

En effet, il y a en Suisse une dizaine d'hôpitaux qui sont conventionnés et qui bénéficient, selon l'alinéa 4 de la loi en vigueur, du droit de conclure des conventions avec les assurances-maladie pour pouvoir être subventionnés s'ils veulent

AB 2019 N 1893 / BO 2019 N 1893

être remboursés par l'assurance obligatoire des soins. Les assureurs – assureur par assureur – peuvent conclure avec une clinique le droit de rembourser certaines prestations dans des hôpitaux particuliers.

J'ai l'impression que l'on découvre aujourd'hui cette disposition et le fait qu'il est possible que des cliniques qui ne sont pas comprises dans la planification cantonale puissent bénéficier de telles prestations. Or, aujourd'hui déjà, ces cliniques reçoivent de l'argent de l'assurance obligatoire des soins. Qu'est-ce qu'elles reçoivent comme argent? Elles reçoivent, comme l'a très justement dit Monsieur Nordmann, une part de 45 pour cent pour les prestations stationnaires, mais elles reçoivent 100 pour cent pour les prestations ambulatoires. Lorsqu'un patient va dans une clinique privée pour bénéficier d'une prestation ambulatoire – et les prestations ambulatoires sont de plus en plus nombreuses –, l'assurance obligatoire des soins paie 100 pour cent de la facture aujourd'hui déjà, quand bien même la clinique n'est pas sur les listes de planification hospitalière.

La question qui se pose aujourd'hui à notre commission et à notre conseil, c'est celle de savoir si nous voudrions appliquer la même règle de financement aux hôpitaux conventionnés qu'aux hôpitaux qui relèvent de la planification cantonale, pour supprimer les mauvais incitants, et la commission a répondu oui.

Il ne s'agirait pas, contrairement à ce qui a été dit, de passer de 45 à 75,5 pour cent, mais de 45 pour cent dans certains cas, et de 100 pour cent dans d'autres, à 75,5 pour cent dans tous les cas. C'est la grande différence par rapport à ce qui a été dit. Selon la logique de cet article, ce serait comme s'il n'y avait que des prestations stationnaires.

Alors, on peut imaginer un autre mécanisme, un mécanisme particulier pour les hôpitaux conventionnés, avec d'autres pourcentages. On peut aussi imaginer de renoncer à l'idée que les hôpitaux conventionnés puissent bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Ce débat a déjà eu lieu lors du traitement du financement du domaine hospitalier, et ce débat s'est clos notamment par l'introduction de cet alinéa 4. Mais ce n'est pas le débat du jour.

C'est pour cette raison que la commission vous invite à suivre sa majorité et à appliquer pour le domaine conventionné les mêmes règles que pour le domaine planifié.

Nordmann Roger (S, VD): Monsieur Nantermod, pouvez-vous confirmer qu'il serait tout à fait possible d'introduire le financement uniforme 75 pour cent/25 pour cent, qui serait valable pour les prestations ambulatoires des cliniques qui ne figurent pas dans la planification hospitalière cantonale, sans forcément appliquer ce régime pour leurs prestations hospitalières stationnaires, et pour celles-ci rester à 45 pour cent financés par l'assurance de base? Ainsi, on aurait la correction de l'incitation à faire trop d'interventions d'un jour dans les cliniques privées, sans pour autant avoir l'augmentation des charges qu'amène le passage de 45 à 75 pour cent à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Vous avez raison Monsieur Nordmann, on peut le faire, on peut tout faire! Mais ce que vous proposez ici, et qui mériterait selon moi d'être analysé, ne correspond pas à la proposition de la minorité. La proposition de la minorité a pour but de fixer à 45 pour cent la part prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de toutes les prestations hospitalières, qu'elles soient ambulatoires ou stationnaires, alors qu'aujourd'hui certaines prestations sont remboursées à 100 pour cent par l'assurance obligatoire des soins. Cette question pourrait être traitée par le Conseil des Etats.



Gysi Barbara (S, SG): Cher collègue, ich habe noch eine Frage: Wie viele Vertragsspitäler gibt es heute in der Schweiz? Die Kommissionssprecherin, Kollegin Ruth Humbel, hat gesagt, es gebe zehn Vertragsspitäler. Curafutura, einer der grossen Branchenverbände, sagt, es seien zwanzig. Wie viele sind es?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je ne peux pas vous répondre avec certitude. Le chiffre que j'ai entendu, c'est celui de douze hôpitaux conventionnés. Madame Humbel parle de dix hôpitaux; on est un peu dans la même fourchette. A noter que l'on parle de 280 hôpitaux planifiés en Suisse, donc on est dans un ordre de grandeur qui, somme toute, est assez raisonnable.

J'aimerais ajouter encore, comme je n'avais pas le chiffre sous les yeux tout à l'heure, que c'est par 17 voix contre 7 et aucune abstention que la commission a rejeté la proposition défendue par la minorité.

Graf Maya (G, BL): Geschätzter Kollege, Sie haben in Ihren Ausführungen gesagt, das sei ja eine ganz kleine Diskussion gewesen. Sind Sie sich bewusst, dass die "kleine" Diskussion so klein war, weil wir überhaupt keine Informationen über die finanziellen Auswirkungen bekommen haben, auch nicht darüber, was es für die Steuerung der Kantone in Bezug auf die künftige Spitalplanung bedeutet, wenn Listenspitäler aussteigen und dann zu Vertragsspitalern werden, weil es eben attraktiver wird? Wir haben keine Unterlagen!

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je vous réponds très volontiers, parce que nous ne parlons pas ici, dans le projet EFAS, du fait de savoir si nous voulons accepter les hôpitaux conventionnés ou non dans le financement de l'assurance obligatoire des soins; c'est déjà dans la loi. La loi précise aujourd'hui déjà que les hôpitaux conventionnés, s'ils respectent certaines règles, peuvent bénéficier d'un remboursement à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ce dont on parle ici, c'est de savoir comment procéder quand les soins relèvent de l'ambulatoire et comment procéder quand ils relèvent du stationnaire. Cette question est la même pour les hôpitaux conventionnés et pour les hôpitaux compris dans la planification hospitalière cantonale. En fin de compte, on essaie de déplacer la discussion sur un autre plan pour mener un débat qui a déjà eu lieu, qu'on peut de nouveau tenir, mais qui n'est pas celui du financement uniforme.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): Il gruppo dei Verdi sostiene la nuova proposta della minoranza I (Gysi).

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19568)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 132 Stimmen

Für den neuen Antrag der Minderheit I ... 56 Stimmen

(6 Enthaltungen)

Art. 51 Abs. 1; Gliederungstitel vor Art. 60

Antrag der Kommission: BBI

Art. 51 al. 1; titre précédant l'art. 60

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 60

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 2, 5

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Abs. 2bis, 3, 4

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Neuer Antrag der Minderheit

(Nantermod, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Moret, Pezzatti)

Abs. 2bis

Streichen



Abs. 3, 4

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

AB 2019 N 1894 / BO 2019 N 1894

Neuer Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

Abs. 5

... nötig sind. Der Kanton entrichtet dem Versicherer seinen Beitrag. Der Bund entrichtet seinen Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 60

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1, 2, 5

Adhérer au projet CSSS-CN

Al. 2bis, 3, 4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Nouvelle proposition de la minorité

(Nantermod, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Moret, Pezzatti)

Al. 2bis

Biffer

Al. 3, 4

Adhérer au projet CSSS-CN

Nouvelle proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

Al. 5

... et de la contribution fédérale. Le canton verse sa contribution à l'assureur. La Confédération verse la sienne à l'institution commune (art. 18). Le Conseil fédéral règle les modalités.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): La nuova proposta della minoranza Nantermod è presentata dal signor Brand.

Brand Heinz (V, GR): Ich übernehme die Begründung der Minderheit Nantermod, spreche aber gleichzeitig auch für die SVP-Fraktion zu dieser Thematik.

Wir empfehlen Ihnen eindringlich, dem Minderheitsantrag und damit dem zur Diskussion stehenden Bruttoansatz zuzustimmen. Es ist keine technische, sondern eine hochpolitische Frage, welche hier zur Diskussion steht und welche die ganze Bevölkerung auch ganz direkt betrifft. Zugunsten der Bevölkerung unterstützt deshalb die SVP-Fraktion die Minderheit Nantermod.

Es geht darum, an die Erfahrungen der bewährten Spitalfinanzierung anzuknüpfen. Es geht auch darum, dass alle Personen, unabhängig von ihrer Franchise, gleichbehandelt werden, was den Beitrag ihres Kantons an die Gesundheitskosten betrifft. Das ist nur beim Bruttoansatz der Fall, beim Nettoansatz hingegen trifft das nicht zu. Beim Nettoansatz ziehen Versicherte mit hohen Franchisen systematisch und in zweifacher Hinsicht den Kürzeren: Erstens bezahlen die Kantone nichts, solange die Franchise und die 10 Prozent Selbstbehalt noch nicht aufgebraucht sind; zweitens müssen die Versicherer für höhere Franchisen künftig tiefere Rabatte geben, da die Kantone von der hohen Kostenbeteiligung der Versicherten profitieren. Da im ambulanten Bereich die Rechnungen ja meist tiefer sind als die hohen Franchisen, würden die Versicherten, die mehr Verantwortung übernehmen und schon jetzt einen hohen positiven Beitrag an die Krankenversicherung leisten, meistens leer ausgehen.

Wenn künftig noch mehr Personen die hohe Franchise wählen – was von der Politik her ja gewünscht ist und was wir auch fördern wollen –, zahlen die Kantone tendenziell immer weniger an die Kosten der Krankenversicherung. Genau das wollten wir aber mit einer neuen, fairen Finanzierung korrigieren! Der Nettoansatz leistet





gerade einer neuen ungleichen Finanzierung Vorschub. Alle paar Jahre müsste der gesetzlich festgelegte Kostenteiler zwischen den Kantonen und den Versicherern angepasst werden. Das ist beim stabilen Bruttoansatz nicht nötig.

In ihrer Wirkung wäre die Nettovariante ein klassisches Eigentor, weil sie alle Versicherten mit hohen Franchisen diskriminiert. Dagegen wehrt sich die Minderheit und eben auch die SVP-Fraktion.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, den Bruttoansatz weiterzuverfolgen und bei Artikel 60 Absatz 2bis die Minderheit Nantermod zu unterstützen.

Roduit Benjamin (C, VS): Tout à l'heure, nous avons soutenu la majorité à l'article 49a et vu avec satisfaction que cet article, dans une vision peut-être un peu libérale, permettait de rétablir une certaine justice vis-à-vis des établissements privés. Mais au sujet de la fameuse question de savoir si le canton doit contribuer aux coûts bruts ou nets, faisant l'objet de l'article 60 alinéa 2bis, notre position est bien moins libérale. Elle s'oppose à celle de la minorité Nantermod.

Nous ne pensons pas que les cantons profiteront du système de calcul englobant les franchises. En effet, nous avons déjà une pratique semblable pour le financement des hôpitaux, puisque les établissements et les assureurs transmettent séparément leurs factures aux cantons. De plus, le taux de participation des cantons de 25,5 pour cent pour l'ensemble des prestations de soins a été établi en fonction du critère de neutralité des charges, donc y compris en fonction des 4 milliards de francs qui représentent la participation aux coûts à la charge des assurés. Y renoncer reviendrait à créer un déséquilibre.

De plus, si des assurés qui en ont les moyens choisissent une franchise très élevée, c'est qu'ils prennent leurs responsabilités, ce que souhaitent d'ailleurs les tenants du libéralisme, pour que ce risque ne soit pas assumé par l'Etat. Si l'on veut freiner les coûts globaux de la santé, on doit raisonner de manière collective, et non en termes de profit strictement personnel.

Enfin, si on prend le cas d'un assuré dont la franchise serait de 500 francs et qui "consommerait" pour 400 francs de frais médicaux durant l'année, est-ce normal que la différence soit comptabilisée alors qu'elle ne correspond pas à des frais effectifs? A qui devrait-elle être versée? A l'assureur, pour une prestation qu'il n'a pas payée? A l'assuré, pour une franchise qu'il n'a pas encore utilisée? Vous voyez la difficulté.

C'est pour cette raison que le groupe PDC soutiendra la proposition de la majorité.

Berset Alain, Bundesrat: Der Anteil für den Kantonsbeitrag kann entweder als Prozentsatz der Nettoleistungen, das heisst ohne Kostenbeteiligung, oder als Prozentsatz der Bruttoleistungen, das heisst inklusive Kostenbeteiligung, definiert werden. Beide Lösungen sind gegenüber der aktuellen Situation kostenneutral, haben aber unterschiedliche Wirkungen.

Die Mehrheit Ihrer Kommission und auch der Bundesrat bevorzugen die Nettoleistungen, weil diese Lösung administrativ einfacher und verfassungsrechtlich unproblematisch ist.

Ein Minderheitsantrag sieht jedoch die Variante mit den Bruttoleistungen vor. Diese Variante wird dazu führen, dass die Kantone den Versicherern auch Mittel für Kosten überweisen müssen, welche eigentlich von den Versicherten getragen werden; ich spreche hier von der Franchise und der Kostenbeteiligung. Betragen die Bruttoleistungen zum Beispiel 200 Franken, muss der Kanton dem Versicherer etwa 50 Franken bezahlen, obwohl die ganzen 200 Franken von der versicherten Person bezahlt werden und dem Versicherer gar keine Kosten entstanden sind. Das ist unserer Meinung nach verfassungsrechtlich problematisch.

Die Variante mit den Bruttoleistungen würde auch dazu führen, dass tendenziell sämtliche Rechnungen, also auch Bagatellrechnungen, an die Versicherer eingesendet werden, weil nur so der Kantonsbeitrag geltend gemacht werden kann. Die administrativen Kosten der Versicherer würden in der Folge steigen, weil sie viel mehr Rechnungen verarbeiten müssten als heute.

Zusammengefasst: Wir glauben fest, dass der Mehrheitsantrag der richtige Weg ist. Ich ersuche Sie, diesen auch zu unterstützen.

AB 2019 N 1895 / BO 2019 N 1895

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Bei Artikel 60 Absatz 2bis geht es um das Netto- oder das Bruttoprinzip für den Kantonsbeitrag. Was heisst das? Es geht um die Anrechnung der Kostenbeteiligung. Das Nettoprinzip bedeutet, dass zuerst immer die Kostenbeteiligung, also die Franchise, angerechnet wird: Der Kanton bezahlt seinen Anteil an die Krankenversicherer nach Abzug dieser Kostenbeteiligung der Versicherten. Beim Bruttoprinzip bezahlt der Kanton seinen Anteil immer, selbst dann, wenn die versicherte Person mit der Franchise alles selber bezahlen muss.



Herr Bundesrat Berset hat das Beispiel erwähnt: Wenn Sie 300 Franken Franchise pro Jahr und eine Arztrechnung von 200 Franken haben, dann bezahlen Sie diese selber. Das Bruttoprinzip würde bedeuten, dass der Kanton dann 50 Franken bezahlen muss. Es widerspricht dem heutigen Prinzip, dass die Kostenbeteiligung zuerst zum Tragen kommt. Mit Efas machen wir einen grundsätzlichen Wechsel hin zu einem monistischen System, bei dem die Krankenversicherer alle ambulanten und stationären Leistungen bezahlen und vom jeweiligen Wohnsitzkanton der Versicherten 25,5 Prozent der Kosten zurückerstattet erhalten.

Die SGK hat sich auch mit der juristischen Beurteilung dieser Frage auseinandergesetzt und eine Beurteilung des Bundesamtes für Justiz eingeholt. Gemäss Bundesamt für Justiz kann der Bund die Kantone dazu zwingen, einen Teil der OKP-Kosten zu übernehmen. Beim Bruttoprinzip gemäss Minderheitsantrag würde der Bund aber die Kantone zwingen, auch Teile von Kosten zu übernehmen, die gar nicht Kosten der OKP sind, weil sie von den Versicherten selber bezahlt werden. Aus diesem Grund ist das Bundesamt für Justiz zum Schluss gekommen, dass das Bruttoprinzip verfassungsrechtlich bedenklich wäre.

Das Nettoprinzip hingegen, die Version der Kommissionsmehrheit, ist auch administrativ einfacher in der Abwicklung. Beim Bruttoprinzip gemäss Minderheit müssen die Versicherer dafür besorgt sein, dass sie alle Rechnungen erhalten, auch den Teil, den die versicherte Person selber bezahlt. Im System des Tiers payant geht das. Im System des Tiers garant ist es schwierig, weil die Versicherten die Rechnungen meistens nicht einschicken, gerade wenn sie hohe Wahlfranchisen haben. Wenn die Kantone ihre Beiträge künftig ungeachtet der Franchisen und Kostenbeteiligung ausrichten müssen, dann heisst dies nichts anderes, als dass die Eigenverantwortung, welche ja mit höheren Wahlfranchisen übernommen wird, an die Kantone delegiert wird. Das ist natürlich eine politische Frage, wie das vom Minderheitssprecher ausgeführt worden ist. Wir propagieren ja immer, dass Eigenverantwortung übernimmt, wer höhere Franchisen wählt, und diese Verantwortung kann nicht durch den Kanton rückversichert werden.

Die Kommission hat sich mit 13 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung für das Nettoprinzip entschieden. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Brand Heinz (V, GR): Frau Kollegin Humbel, ist es verfassungsrechtlich nicht auch bedenklich, wenn die Kantone bei denjenigen Versicherten, die mehr Eigenverantwortung übernehmen, tiefe Kostenanteile tragen und damit geringere Beiträge leisten als bei denjenigen, die auf der Minimalfranchise sind?

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Nein, das finde ich verfassungsrechtlich gar nicht problematisch. Ich übernehme mit einer hohen Wahlfranchise Eigenverantwortung. Heute ist es so, dass vor allem jüngere Personen und Personen, die nur ambulante Leistungen beziehen müssen, Wahlfranchisen haben. Sie bezahlen heute mit der hohen Wahlfranchise ihre Leistungen in der Regel selber. Neu wäre es dann so: Wenn ich eine Wahlfranchise habe und nur ambulante Leistungen beziehen muss, müsste der Kanton neu bezahlen, auch wenn die Krankenversicherung nichts bezahlt. Das wäre nicht einmal nur bei hohen Wahlfranchisen so. Ich nehme das Beispiel mit der Grundfranchise von 300 Franken: Wenn ich eine Arztrechnung von 200 Franken habe, bezahle ich sie selber. Nach Ihrem Prinzip, nach dem Bruttoprinzip, müsste der Kanton in diesem Fall 50 Franken bezahlen. Ich denke, auch aus verfassungsrechtlichen Überlegungen, dass es problematisch ist, wenn der Kanton etwas bezahlen muss, obwohl die Versicherung nichts bezahlt.

Die Franchisen sind im KVG geregelt. Ich habe eine Grundfranchise, kann aber mit einer höheren Wahlfranchise Eigenverantwortung übernehmen. Ich wiederhole: Diese Eigenverantwortung kann nicht an den Kanton delegiert und kann nicht durch den Kanton rückversichert werden. Das würde durch das Bruttoprinzip gemacht.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La question du choix entre participation aux coûts bruts et participation aux coûts nets a fait l'objet de longs et fastidieux débats au sein de notre commission. Cela semble être une question assez technique, et il est vrai que cette question est technique. Mais en quelques mots, pour la résumer, la question que l'on doit se poser est celle de savoir à quel moment on calculerait la participation cantonale: la calculerait-on avant que l'assuré ait payé sa franchise – et sa quote-part, éventuellement – ou après que l'assuré aura payé sa quote-part et sa franchise? Cela signifie que la question qui se pose est celle de savoir si pour une prestation de 1000 francs, avec une franchise de 300 francs, le canton devrait verser les 22 pour cent sur les 700 francs résiduels ou s'il devrait les payer sur le montant total de 1000 francs. C'est peu ou prou la question, et cela change quelque peu la situation par rapport aux assurés, selon qu'ils ont une franchise basse ou élevée.

La solution de la participation aux coûts bruts, c'est celle où le canton paierait d'emblée, avant d'avoir retranché la franchise. Donc il paierait sur la base de l'intégralité de la somme, ce qui signifie que la franchise profiterait uniquement à l'assureur, si l'on veut; la franchise irait uniquement dans le compte de l'assurance, qui sert ensuite à calculer la prime. Cette solution, c'est celle de la minorité, mais elle a été rejetée par la majorité de



la commission.

La minorité défend cette solution pour les raisons suivantes. Elle permet le maintien du système actuel, que l'on connaît, dans le financement des prestations stationnaires et ambulatoires, c'est-à-dire que les cantons ne profitent pas de la participation aux coûts de l'assuré. Il n'y a donc pas de transfert des franchises des assurés vers les caisses cantonales. Et, donc, le canton paie la même chose, quel que soit l'assuré, quelle que soit la franchise qu'a choisie l'assuré.

A l'inverse, le système de la participation aux coûts nets, qui est celui retenu par la majorité de la commission, serait plus facile à mettre en place. En effet, pour les petites prestations notamment, il serait très compliqué de mettre en oeuvre un système qui repose sur la participation aux coûts bruts, dès lors que des petites prestations seraient déjà payées par l'assuré à une assurance qui devrait ensuite refacturer aux cantons, qui se retrouveraient à payer à double ce que l'assuré aurait déjà payé avec sa franchise. Par ailleurs, l'avantage du système de la participation aux coûts nets, selon l'Office fédéral de la justice, c'est qu'il est conforme à la Constitution, alors que celui de la participation aux coûts bruts serait, pour de longs motifs juridiques que je n'exposerai pas ici, peu conforme à la Constitution.

Pour ces raisons, par 15 voix contre 8 et 1 abstention, la commission a choisi la formule de la participation aux coûts nets.

Abs. 2bis, 3, 4 – Al. 2bis, 3, 4

La présidente (Carobbio Guscelli Marina, présidente): All'articolo 60 capoversi 2bis, 3 e 4 la maggioranza ha ripreso la proposta del Consiglio federale. Al capoverso 2bis il Consiglio federale ha fatto una proposta eventuale in caso la proposta della minoranza Nantermod fosse accettata. Per questa ragione controporrò prima la proposta della minoranza Nantermod alla proposta eventuale del Consiglio federale e poi il risultato alla proposta della maggioranza. Il primo voto vale anche per l'articolo 64 capoverso 2bis. Il secondo voto vale anche per la cifra III capoversi 2 e 3.

AB 2019 N 1896 / BO 2019 N 1896

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19569)

Für den Eventualantrag des Bundesrates ... 148 Stimmen

Für den neuen Antrag der Minderheit ... 33 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19570)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 141 Stimmen

Für den Eventualantrag des Bundesrates ... 46 Stimmen

(0 Enthaltungen)

La présidente (Carobbio Guscelli Marina, présidente): Il capoverso 4 sottostà alla regola del freno alle spese.

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/19571)

Für Annahme der Ausgabe ... 189 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(0 Enthaltungen)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Abs. 5 – Al. 5

La présidente (Carobbio Guscelli Marina, présidente): Abbiamo votato sulla nuova proposta della minoranza



Aeschi Thomas all'articolo 18 capoverso 2sexies.

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit
Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité*

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 60a

*Antrag der Kommission: BBI
Proposition de la commission: FF*

La presidente (Carobbio Guscelli Marina, presidente): Abbiamo votato sulla proposta della minoranza Nantermod all'articolo 16 capoverso 3bis.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 64 Abs. 2bis

Antrag des Bundesrates: BBI

Art. 64 al. 2bis

Proposition du Conseil fédéral: FF

La presidente (Carobbio Guscelli Marina, presidente): La proposta eventuale del Consiglio federale è stata respinta all'articolo 60 capoverso 2bis.

Art. 79a

*Antrag der Kommission: BBI
Proposition de la commission: FF*

Angenommen – Adopté

Ziff. II

*Antrag der Kommission: BBI
Antrag des Bundesrates: BBI*

*Neuer Antrag der Kommission
Zustimmung zum Antrag des Bundesrates*

Ch. II

*Proposition de la commission: FF
Proposition du Conseil fédéral: FF*

*Nouvelle proposition de la commission
Adhérer à la proposition du Conseil fédéral*

*Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission
Adopté selon la nouvelle proposition de la commission*

Ziff. III

*Antrag der Kommission: BBI
Antrag des Bundesrates: BBI*



Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Neuer Antrag der Minderheit

(Nantermod, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Moret, Pezzatti)

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Ch. III

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer au projet CSSS-CN

Al. 2, 3

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Nouvelle proposition de la minorité

(Nantermod, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Moret, Pezzatti)

Al. 2, 3

Adhérer au projet CSSS-CN

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): Abbiamo votato sulla nuova proposta delle minoranza Nantermod all'articolo 60 capoversi 2bis, 3 e 4.

Angenommen gemäss neuem Antrag der Mehrheit

Adopté selon la nouvelle proposition de la majorité

Ziff. IV

Antrag der Kommission: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Neuer Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Herzog, Hess Erich, Moret, Pezzatti, Stahl)

Abs. 2

Streichen

Ch. IV

Proposition de la commission: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Adhérer au projet CSSS-CN

Nouvelle proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Herzog, Hess Erich, Moret, Pezzatti, Stahl)

Al. 2

Biffer

Aeschi Thomas (V, ZG): Sie sehen, dass die Mehrheit Ihnen hier unter Ziffer IV beantragt, Folgendes ins Gesetz aufzunehmen: "Dieses Gesetz tritt nur zusammen mit der Änderung vom ... des Bundesgesetzes vom 18.



März 1994 über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) in Kraft." Eigentlich ist diese Regelung obsolet, denn es geht ja um die Regelung, welche in der Änderung

AB 2019 N 1897 / BO 2019 N 1897

des KVG zur Zulassung von Leistungserbringern steht, nämlich dass jene Änderung nur dann in Kraft treten kann, wenn das Gesetz, welches wir heute beraten, in Kraft tritt.

Hier in diesem Geschäft ist meines Erachtens diese Regelung also obsolet, aber beim anderen Geschäft, zu welchem die Schlussabstimmung voraussichtlich im Dezember, in der Wintersession, stattfinden wird, dort ist sie wichtig und zwingend. Weil wir hier in der Minderheit sind, werde ich diesen Antrag jetzt zurückziehen, aber staatspolitisch sind diese Verknüpfungen grundsätzlich falsch.

Ich ziehe meine Minderheit zurück.

La presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): La proposta della minoranza Aeschi Thomas è stata ritirata. I relatori rinunciano a prendere la parola.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; 09.528/19573)
Für Annahme des Entwurfes ... 121 Stimmen
Dagegen ... 54 Stimmen
(8 Enthaltungen)*



09.528

Parlamentarische Initiative**Humbel Ruth.****Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.****Einführung des Monismus****Initiative parlementaire****Humbel Ruth.****Financement moniste
des prestations de soins***Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir haben jetzt den ganzen Morgen Zeit für ein Geschäft, das nicht leicht zu erklären ist. Es war auch nicht leicht, es vorzubereiten. In der Anhörung an der Sitzung vom 14. April 2021, noch bevor wir bei diesem Geschäft gute Resultate hatten, sagte Regierungsrat Mauro Poggia, es handle sich um eine "machine à Tinguely, dont le résultat final reste inconnu". Es ist wirklich eine Tinguely-Maschine. Ich versuche aber, sie so auseinanderzunehmen, dass nur noch eine Rohrleitung bleibt und das Resultat offensichtlich ist.

Ich erkläre das System, wie es heute ist. Im geltenden System wird zwischen stationären und ambulanten Leistungen unterschieden. Die stationären Leistungen werden zu 55 Prozent von den Kantonen und zu 45 Prozent von den Versicherern finanziert, also zu 55 Prozent von den Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern und zu 45 Prozent von den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern. Die ambulanten Leistungen hingegen werden voll von den Versicherern und damit über die Prämien finanziert. Das ist die Ausgangslage. Dadurch spielt es für die Prämienhöhe und die Kosten eine Rolle, ob stationär oder ambulant behandelt wird. Da die ambulanten Leistungen kostengünstiger sind, haben die Kantone bereits durch Listen und mit dem Grundsatz "ambulant vor stationär" versucht, die Kosten zu senken, aber auch, Kosten von ihrem eigenen Anteil zum Anteil der Prämienzahler zu verschieben.

Nationalrätin Ruth Humbel hat deshalb im Jahr 2009 die parlamentarische Initiative 09.528 eingereicht, die eine einheitliche – sie nannte es "monistische" – Finanzierung der Leistungen verlangt. Die Kantone sollen sich weiterhin an den Kosten beteiligen, im gleichen Ausmass, aber an sämtlichen Kosten aus ambulanten und stationären Behandlungen. Sie sollen den Versicherungen dafür ihren Anteil überweisen. Die Versicherungen sollen dann die Gesamtkosten übernehmen, einschliesslich der stationären Kosten, welche sie zu 100 Prozent übernehmen sollen. Das ist die Idee der parlamentarischen Initiative.





Die SGK des Nationalrates gab der Initiative am 16. Februar 2011 mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Ihre Kommission stimmte diesem Beschluss am 14. November 2011 mit 7 zu 1 Stimmen zu. Vermutlich sind nicht mehr viele im Rat dabei, die dort mitgestimmt haben. Die SGK des Nationalrates beauftragte ihre Subkommission KVG mit der Erarbeitung eines Erlassentwurfes. Nach der Auflösung der ersten Subkommission wegen des Ablaufs der Legislaturperiode nahm eine neue Subkommission am 23. August 2016 die Arbeit auf und erarbeitete einen Entwurf, den die SGK-N am 19. April 2018 mit 15 zu 7 Stimmen annahm und zu dem danach eine Vernehmlassung durchgeführt wurde. Am 5. April 2019 beriet die SGK-N den Erlassentwurf sowie den erläuternden Bericht und nahm die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen an. In dieser Vorlage nicht enthalten war – das ist wichtig – die Pflege, obwohl die Kantone dies immer ausdrücklich verlangt hatten.

Der Bundesrat nahm am 14. August 2019 Stellung zum Entwurf der SGK-N. Ich zitiere auch aus dieser bundesrätlichen Stellungnahme, weil sie die Ausgangslage bis dahin gut zusammenfasst. Der Bundesrat erwähnt dort, dass die heutige Regelung mit unterschiedlicher Finanzierung der ambulanten und der stationären Leistungen zu verschiedenen Fehlentwicklungen führe. Er anerkennt also, dass hier Handlungsbedarf besteht. Versicherer hätten nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung bezüglich Gesamtkosten mindestens 55 Prozent günstiger sei als die stationäre – das hat eine gewisse Logik. Die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung führe tendenziell zu einer Mehrbelastung der Prämienzahlerinnen und -zahler. Versicherer und Kantone hätten einen Anreiz, die Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern so zu führen, dass Leistungen von den Leistungserbringern in die von Versicherern beziehungsweise Kantonen bevorzugten Leistungsbereiche verschoben würden. Mit der heutigen Finanzierung werde das Potenzial der koordinierten Versorgung nur zum Teil realisiert. Es sprächen somit einige wichtige Punkte für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Der Bundesrat bemängelt auch den Bericht der SGK-N. Er vermöge nicht für alle offenen Fragen eine zielführende

AB 2022 S 1115 / BO 2022 E 1115

Lösung aufzuzeigen. Insbesondere seien die Interessen der Kantone bei der Erarbeitung der Vorlage zu wenig berücksichtigt worden. Auch dort wird der Ausschluss der Pflege kritisiert. Im Bericht der SGK-N werde unzureichend auf wichtige Themenfelder und mögliche Wechselwirkungen der Vorlage, insbesondere auf die Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone und die Wechselwirkungen mit dem Zusatzversicherungsbereich, eingegangen. Diesbezüglich seien im Hinblick auf die weitere parlamentarische Beratung und die Mehrheitsfähigkeit der Vorlage Verbesserungen anzustreben.

Mit der Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung – das sagt der Bundesrat – würden Zusatzversicherungen gegenüber dem heutigen Zustand entlastet und somit attraktiver. Es entstehe ein genereller Anreiz, gewisse Eingriffe bevorzugt stationär durchzuführen. Aber immerhin hält der Bundesrat fest, dass er das Anliegen versteht und er der Ansicht ist, dass ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zu einer weiteren Reduktion von Fehlanreizen an den Schnittstellen zwischen Bereichen mit unterschiedlicher Finanzierung beitragen kann. Voraussetzung für den Einbezug der Pflege – das hat schon der Bundesrat gesagt – ist die volle Transparenz; ich komme noch darauf zu sprechen. Der Bundesrat spricht sich auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf einzelne Versicherer aus, basierend auf den Kosten pro versicherte Person.

Das war die Ausgangslage, als Ihre Kommission startete: Die Pflege war nicht enthalten, es lag ein Bericht der SGK-N vor, den auch der Bundesrat kritisierte, weil er nicht weit genug gehe, und wir hatten das Gefühl, dass die Anliegen der Kantone nicht wirklich berücksichtigt wurden.

Ihre Kommission hat die Vorlage an zwölf Sitzungen beraten – an zwölf Sitzungen über zweieinhalb Jahre. Wir haben zuerst, am 16. Januar 2020, breite Anhörungen gemacht und dann am 14. April 2021 noch einmal, weil wir ja die Vorlage stark verändert hatten. Beim Start hatten wir das Gefühl, wir sollten bei der Vorlage noch wesentliche Arbeiten leisten, und haben dann, als wir die Vorlage aufgearbeitet hatten, das Resultat auch wieder den betreffenden Kreisen gezeigt.

In der ersten Anhörung war die GDK anwesend. Sie hat den Entwurf natürlich abgelehnt, weil die Pflege nicht drin war. Die Vertreter der GDK haben auch gesagt, sie möchten die Rechnungen prüfen, alle Rechnungen; wenn sie neu ambulante Leistungen finanzieren müssen, wollen sie auch diese Rechnungen sehen, und sie wollen auch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirksamkeit prüfen.

Wir hatten Curafutura und Santésuisse da, die Kantone, Städte und Gemeinden; auch dort ging es um den Einbezug der Pflege, den Datenzugang, das Nettoprinzip. Die Versicherungsverbände, diese habe ich erwähnt,



und die Patientenorganisationen hatten dann wieder einen anderen Approach. Die Patientenorganisationen und die Verbände wollen bei der Pflege Kostentransparenz, bevor man sie einbezieht, und sie wollen sicherstellen, dass Prämien auch gesenkt werden, wenn die Steuerzahler mehr belastet werden – das ist die Logik. Die Leistungserbringer verlangten, dass man einen klaren Termin im Gesetz hat und das dann nicht irgendwann macht.

Die Basis für die Kommissionsarbeit war schlussendlich ein sehr guter Bericht der Verwaltung. Eigentlich hat dieser Bericht des BAG vom 30. November 2020 Botschaftsqualität. Er ist auch öffentlich; Sie können ihn einsehen – Sie sowieso. Ich glaube, wir können uns dann im weiteren Verlauf der Beratung auf diesen Bericht stützen, der viele Themen aufgenommen hat. Er hat die Grundlagen und die mögliche Gestaltung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas) gut dargelegt.

Die Grundlagen für Efas sind: Es muss über das Gesamte Kostenneutralität bestehen. Im Zeitpunkt der Einführung muss also über das Gesamte Kostenneutralität herrschen, aber das heisst nicht, dass es innerhalb der einzelnen Kantone keine Verschiebungen geben kann. Wir haben festgestellt, dass einzelne Kantone je nachdem mehr Steuerzahler entlasten oder mehr Prämienzahler entlasten. Es gibt aber keine Verschiebung zwischen den Kantonen.

Das Sparpotenzial der Vorlage ist schwer abzuschätzen, aber wir gehen davon aus, dass es ein Sparpotenzial gibt, wenn man die integrierte Versorgung mit Efas dann einmal besser fördern kann.

Was sind die Varianten? Man hat uns im Bericht die Varianten aufgezeigt: Soll man Efas machen oder nicht, oder soll man Efas mit Pflege machen? Für die Prämienzahlenden ist die Einführung von Efas ohne Pflege am günstigsten und der Status quo am teuersten. Für die Kantone ist der Status quo am günstigsten und Efas ohne Pflege am teuersten. Sie sehen also, der Weg zur Lösung liegt irgendwo in der Mitte.

In den Kantonen kann es Verschiebungen geben, das habe ich gesagt, vor allem zwischen Steuerzahlern und Prämienzahlern. Wo der Beitrag der Kantone an die Kosten heute hoch ist, müssten eigentlich die Steuerzahler profitieren, weil es eine Verschiebung zu den Prämienzahlern gibt und die Prämienzahler eine Erhöhung erhalten. Wo dagegen der Beitrag der Kantone an die Kosten heute eher tief ist, werden umgekehrt die Steuerzahler mehr belastet, und eigentlich müssten dann die Prämienzahler entlastet werden. Das sind die Grundlagen.

Wir sind am 11. Februar 2020 mit 12 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung auf den Entwurf eingetreten. Am Schluss, ich nehme es vorweg, haben wir dem Entwurf in der Gesamtabstimmung mit 7 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung zugestimmt. Wir haben zwei Lesungen durchgeführt, die erste nach Themen, die zweite nach den einzelnen Artikeln, nach der Fahne.

Fast am Schluss unserer Beratung haben wir noch einmal zwei Player eingeladen. Es ging vor allem um die Datentransparenz: Wie viele Daten sollen die Kantone erhalten, wie viele Daten soll man liefern? Wir haben die Kantone und die Versicherer eingeladen. Dort gingen die Meinungen natürlich auseinander. Man muss einfach sehen: Heute haben die Kantone, weil sie die stationäre Behandlung finanzieren, alle Rechnungen der stationären Behandlungen; das sind 1,3 Millionen Rechnungen pro Jahr. In Zukunft, wenn die ambulanten Behandlungen dazukämen, würde es pro Jahr 130 Millionen Rechnungen mehr geben. Die Versicherer haben gesagt, das sei zu viel, vor allem wollten sie nicht, dass da noch eine Prüfung vorgenommen werde, weil das den Prozess verlangsamt; wir kommen ja noch dazu. Die Kantone sagen, wenn sie schon zahlen müssten, dann wollten sie auch die Kontrolle durchführen. Man hat dann mit diesen beiden Playern noch einen runden Tisch gemacht, moderiert durch das BAG. Das BAG ist von diesem runden Tisch zurückgekommen und hat einen Vorschlag für den Datenaustausch gemacht, den wir, die Mehrheit, übernommen haben.

In der zweiten Lesung haben wir Abstimmungen nur noch vorgenommen, wenn es nötig war und verlangt wurde. Ansonsten galt das Resultat der ersten Lesung. Wenn ich in der Fahne auf Einzelthemen aufmerksam mache, dann kann das auf die erste Lesung zurückgehen.

In der ersten Lesung sind wir, wie gesagt, thematisch vorgegangen. Wir hatten das Thema 1, den Einbezug der Pflege. Wir hatten das Thema 2, die Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettokosten oder an den Bruttokosten. Thema 3 war die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die einzelnen Versicherer. Thema 4 war der Umgang mit Vertragsspitälern, Thema 5 die Beteiligung der Kantone an der Gestaltung der Vergütung, also die Tariforganisation und der Einbezug der Kantone. Thema 6 waren die Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone, Thema 7 der technische Ablauf des Finanzierungsmodells, die Rolle der gemeinsamen Einrichtung. Thema 8 waren die Wohnsitz- und Rechnungskontrolle sowie die Datenbedürfnisse der Kantone.

In der ersten Lesung haben wir einstimmig beschlossen, die Pflege einzubeziehen. Die weiteren Resultate unserer Beratung: Die Kantone wenden für die Finanzierung stationärer Spitalleistungen und für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen rund 10 Milliarden Franken auf, die in die Efas verschoben werden; das ergibt sich aus dem Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019. Dadurch ergibt sich auch – das ist das Resultat unserer Beratung –, dass die Kantone inklusive Pflege und ambulanter Leistungen neu 26,9 Prozent und die Kranken-



versicherungen 73,1 Prozent aller Leistungen finanzieren.

AB 2022 S 1116 / BO 2022 E 1116

Ich fasse die wichtigsten Diskussionspunkte kurz zusammen: der Einbezug der Pflege – dazu gab es eine grosse Diskussion, sie soll einbezogen werden; der Datenaustausch mit den Kantonen und die Kontrolle durch die Kantone; das Widerspruchsrecht der Kantone bei ambulanten Rechnungen; die Frage nach dem Brutto- oder dem Nettoprinzip – da haben wir entschieden, dass wir beim Nettoprinzip bleiben; die Frage, ob wir mehr Zeit für die Anpassungen im Gesetz benötigen.

Zum Einbezug der Pflege: Wir hatten Sorgen, dass hier zu wenig Kostentransparenz besteht. Es braucht auch eine Tariforganisation. Deshalb hat man entschieden, die Pflege erst nach sieben Jahren aufzunehmen. Bis dahin haben die Akteure in der Pflege Zeit, einen einheitlichen Tarif und die nötige Kostentransparenz zu schaffen. Das ist Voraussetzung. Wir haben aber festgestellt, dass es sachlogisch ist, die Pflege einzubeziehen, weil man damit die integrierte Versorgung besser machen kann und weil die Kantone das ultimativ gefordert haben.

Es gibt Befürchtungen, dass das am Schluss gewisse Kosten für die Prämienzahler bedeuten kann. Bei der Pflege ist natürlich auch die Kostendynamik ganz eine andere. In Ihrer Kommission kam immer die Frage, was das für die Patientenbeiträge heisst. In der Kommission wollte man vermeiden, dass die Einführung von Efas zu einer Erhöhung der Patientenbeiträge führt, und man hat das auch im Gesetz festgehalten. Bei der Aufteilung des Kostenbeitrags auf die einzelnen Versicherungen haben wir uns dafür entschieden, den Kostenansatz zu wählen: Man verteilt die Kosten proportional zu den bei den Versicherern entstandenen Kosten.

Die Diskussion, die wir am intensivsten geführt haben, betraf zusätzliche Steuermöglichkeiten für die Kantone und den Datenaustausch mit den Kantonen. Das gab am meisten zu reden. Für die Kantone stellt sich die Frage, was man machen kann, wenn die Kosten in einem Kanton überdurchschnittlich steigen. Da haben wir vorgesehen, dass die Kantone neben den heutigen Steuermöglichkeiten – der Zulassungssteuerung, der Spitalplanung – auch nichtärztliche Leistungen im ambulanten Bereich steuern können.

Zur Wohnsitz- und Rechnungskontrolle durch die Kantone: Die generelle Wohnsitzkontrolle wird ermöglicht. Das haben wir ins Gesetz aufgenommen, ebenso den Zugang zu allen Originalrechnungen im stationären Bereich. Die Kantone haben die Möglichkeit, die Kostenübernahme zu verweigern, wenn formale Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Sie haben ein Widerspruchsrecht, das aber für die WZW-Prüfungen nicht gilt. Unsere Diskussion drehte sich auch darum, ob es bei Verzögerungen wegen des Widerspruchsrechts der Kantone Nachteile für die Patienten gibt.

Die Kantone werden stärker mit einbezogen. Sie nehmen Einsitz in die Tariforganisation für ambulante Behandlungen und wirken auch in der neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen mit. Sie sollen sich an einem Ausschuss der Gemeinsamen Einrichtung KVG beteiligen, der die Kantonsbeiträge berechnet und auf die Versicherer verteilt. Sie sollen zudem vom Bundesrat in der Regelung der Umsetzung der Datenweitergabe durch die Versicherung einbezogen werden.

Wir hatten auch eine gewisse Angst und haben immer darüber diskutiert, dass man hier nicht sagen kann, wie es beim Kantonsbeitrag, bei der Prämienhöhung und bei der IPV herauskommt. Wie wird gewährleistet, dass ein Anstieg des Kostenbeitrags der Kantone zu einer entsprechenden Entlastung bei den Prämien führt, also zu einer Verlagerung auf die Steuerzahler? Aufgrund des Kostendeckungsprinzips bei der Prämien genehmigung sollte das aber gewährleistet sein, weil kantonale Prämien gleich kantonale Kosten sind. Wir haben aber keinen Automatismus ins Gesetz aufgenommen.

Ich komme noch zur Frage der Bruttoleistungen. Die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG ist grundsätzlich keine Leistung der OKP. Was heisst Kostenbeteiligung? An welchen Kosten beteiligen sich die Kantone? Wenn sich die Kosten auf 10 000 Franken belaufen und der Patient oder die Patientin 1000 Franken selber trägt, dann beträgt die Nettoleistung 9000 Franken und die Bruttoleistung 10 000 Franken. Die Frage war, ob sich der Kanton an den 10 000 Franken beteiligen soll oder an den 9000 Franken. Es gibt Gründe dafür, dass er sich an den Nettoleistungen beteiligen soll, nämlich die Tatsache, dass für die Versicherer ja nur Kosten von 9000 Franken entstanden sind. Es wurde sogar von der Vertretung der Verwaltung gesagt, es sei zweifelhaft, ob die Übernahme der Bruttoleistungen verfassungsmässig wäre. Vermutlich wäre es auch politisch schwierig zu begründen, dass sich der Kanton an Kosten beteiligt, die bei den Versicherern gar nicht angefallen sind.

Was die Vertragsspitäler betrifft, haben wir eine Differenz zum Nationalrat. Ich werde sie dann in der Detailberatung erklären.

Es war auch wichtig, dass wir genügend Zeit für Anpassungen haben. Efas soll erst drei Jahre nach dem ungenützten Verstreichen der Referendumsfrist oder nach der Annahme in einer Volksabstimmung auf Anfang des folgenden Jahres in Kraft treten. Anschliessend haben die Kantone vier Jahre Zeit, um ihren Kostenanteil



zu erreichen. Bis es definitiv eingeführt ist, dauert es also sieben Jahre. Die Pflege wird, wie gesagt, erst nach sieben Jahren einbezogen.

Wir haben dann noch die Motion 22.3372 beschlossen – sie steht ja heute auch zur Diskussion –, mit der die Kostenneutralität geprüft werden soll.

Basierend auf den getroffenen Entscheiden – Einbezug der Pflege, Nettoprinzip, Referenzjahre 2016 bis 2019 – sieht die Vorlage eine Kostenbeteiligung der Kantone von 26,9 Prozent vor. Bei Bruttoleistungen wären es 24,1 Prozent, aber die Mehrheit zieht 26,9 Prozent vor. Die Finanzflüsse werden über die gemeinsame Einrichtung abgewickelt. Die Kantone sind einbezogen.

Wie gesagt, die Kommission hat diese Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 7 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung angenommen. Ich bitte Sie im Sinne der Mehrheit der Kommission, auf die Vorlage einzutreten. Ich werde in der Detailberatung dann noch Stellung nehmen.

Rechsteiner Paul (S, SG): Efas, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, ist ein sehr ambitioniertes Projekt. Weil es auf dem Weg einer parlamentarischen Initiative lanciert wurde, gibt es dazu keine Botschaft des Bundesrates. Deshalb und weil die Unterlagen zu diesem weitreichenden Projekt aus dem Nationalrat für eine seriöse Beratung nicht genügten, hat die vorberatende Kommission – es ist bereits gesagt worden – zu den wesentlichen Fragen ausführliche Berichte des Bundesamtes für Gesundheit eingeholt. Dabei ist eine grosse Arbeit geleistet worden, die ausdrücklich anerkannt werden soll.

Was nun zur Beratung im Ständerat vorliegt, ist auf einem ganz anderen Niveau als die Vorlage des Erstrates. Trotzdem haben die intensiven Beratungen in der Kommission gezeigt, dass es sich bei der Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auch wegen des Einbezuges der Pflege um ein äusserst komplexes Projekt handelt. Bei komplexen und langfristigen Projekten sollte eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen werden, bevor sie beschlossen werden.

Betrachten wir zunächst einmal den Nutzen: Bei der Begründung von Efas wird davon ausgegangen, dass die Verlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen zu Minderkosten für die Kantone und zu Mehrkosten für die OKP führt. Fehlanreize in der Form, dass Kantone oder Versicherungen unsachgemässe Entscheide zugunsten des einen oder des anderen Behandlungsweges treffen, um sich Kostenvorteile zu verschaffen, sollen eliminiert werden. In dieser Interpretation würden Leistungserbringer und Versicherer durch eine einheitliche Finanzierung dazu ermuntert, die jeweils beste Lösung für das Patientenwohl zu wählen und auf unsachgemässe Entscheide zu verzichten, weil aus der Wahl des Behandlungsweges für sie keine Kostenvor- oder -nachteile entstehen würden.

Da der Bundesrat 2018 beschlossen hat, gewisse Eingriffe ab 2019 nur noch ambulant zu finanzieren, und dieser Beschluss durch ein regelmässiges Monitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) ausgewertet wird, haben wir die Möglichkeit, die Ausgangshypothese der Kostenverlagerung in einem gut abgegrenzten Bereich zu

AB 2022 S 1117 / BO 2022 E 1117

überprüfen und sie vom generellen Kostenwachstum im ambulanten Bereich zu unterscheiden.

Anhand des Berichtes 08/2021, "Ambulant vor stationär", des Obsan stellen wir erstens fest, dass die vom Bundesrat verordnete Verlagerung einiger stationärer Eingriffe in den ambulanten Bereich – von Krampfadern bis zur Kniearthroskopie – zu einer Senkung der Kosten für die Kantone und für die OKP geführt hat. Es handelt sich hier somit um eine Win-win-Situation und nicht um einen Interessenkonflikt, aus dem sich Fehlanreize ableiten lassen könnten.

Wir stellen zweitens fest, dass weder Kantone noch Versicherer die Möglichkeit haben, den Entscheid von Patienten und Leistungserbringern für den ambulanten oder für den stationären Behandlungsweg zu beeinflussen, und dass sie dies in der Praxis auch nicht versuchen. Leistungserbringer reagieren, wenn sie keine gesellschaftlichen Ziele verfolgen, auf die relative Höhe der Vergütung und nicht auf deren Herkunft – Stichwort "pecunia non olet". Es spielt keine Rolle, woher die Mittel kommen, entscheidend ist die Höhe der Vergütung. Und wir stellen drittens fest, dass Kantone, die bei der Krankenversicherung, z. B. im Bereich der Prämienverbilligung, als grosszügig gelten, keinen überhöhten Anteil an stationären Behandlungen aufweisen, sondern im Gegenteil einen höheren Anteil an ambulanten Kosten. Die im Bereich der Prämienverbilligung zurückhaltenden Kantone hingegen hinken bei der Verlagerung in den ambulanten Bereich dem schweizerischen Durchschnitt hinterher.

Die Theorie der Fehlanreize und der Kostenverlagerung von stationär zu ambulant lässt sich in der Realität also nicht nachvollziehen. Wenn die Kostenerhöhung der letzten Jahre im ambulanten Bereich und insbesondere bei den niedergelassenen Spezialisten nicht auf eine Kostenverlagerung von stationär zu ambulant



zurückzuführen ist, dann führt das zur Schlussfolgerung, dass dieser Bereich, der ausschliesslich durch die OKP finanziert wird, offensichtlich nicht genügend gesteuert wird. Der Monismus bzw. die Verlagerung der ganzen Finanzierung zu den Krankenversicherern schafft hier also keine besseren Bedingungen.

Das zeigen auch die im Bereich der Zusatzversicherungen gemachten Erfahrungen, wo ausschliesslich die Versicherer das Sagen haben. Im Dezember 2020 musste die Finma dafür sorgen, dass Doppelzahlungen von bereits durch die OKP bezahlten Leistungen eingestellt und nicht begründbare hohe Tarife korrigiert werden. Wir sollten uns deshalb vor Illusionen mit Blick auf die kostendämpfende Wirkung des Monismus hüten.

Wie steht es nun mit den Risiken der Efas-Reform? Das erste Risiko besteht darin, dass die Politik, die Krankenversicherung und die Kantone in den nächsten Jahren viel Aufwand für Themen betreiben, die nichts oder nichts Wesentliches zur Verbesserung der Qualität oder der Effizienz des Gesundheitswesens beitragen. Ich habe vorhin von den Kostensteigerungen im Bereich der niedergelassenen Spezialisten gesprochen. Nach 26 Jahren KVG haben wir immer noch keine transparenten Kostenausweise oder einheitliche Rechnungslegungsvorschriften, die es ermöglichen würden, die Kosten und die Vergütung von Leistungen einander gegenüberzustellen. Die weitgehend von der OKP finanzierten Einkommen der Spezialisten bleiben seit Jahren ein Geheimnis. Warum also reden wir von einer einheitlichen Finanzierung, bevor wir dafür gesorgt haben, dass einheitliche Transparenz über Kosten und Vergütungen hergestellt worden ist und wir wissen, was wir warum zu finanzieren haben?

Das zweite Risiko besteht darin, dass bestehende Kontrollmechanismen der Kantone, die das Leistungsgehehen zumindest im stationären Bereich überwachen, vorübergehend oder dauerhaft geschwächt werden und damit die aktuelle Tendenz zu einer Steigerung unnötiger oder unwesentlicher Eingriffe an Patienten mit leichten Beschwerdebildern weiter zunimmt und die Kosten steigen.

Das dritte und in meinen Augen wesentliche Risiko besteht im Bereich der Pflegefinanzierung, wo heute kantonal sehr unterschiedlich ausgelegte Finanzierungs- und Kontrollsysteme bestehen, die zwar nicht perfekt sind, aber bei uns – im Gegensatz zu unseren Nachbarländern Deutschland und Frankreich – in den letzten zwanzig Jahren nicht zu grösseren Missbräuchen und Skandalen geführt haben. Das ist im Bereich der Langzeitpflege, wo wir es mit besonders abhängigen und fragilen Patienten zu tun haben, nicht wenig.

Wir sollten uns schliesslich bewusst sein, dass die im Bereich der Langzeitpflege geplante Einführung eines neuen Tarifsystems wie immer zu einem Kostenschub führen wird, bevor die für das neue Tarifsystem notwendigen Kontrollmechanismen greifen und die Kostensteigerung vielleicht teilweise wieder korrigiert, niemals aber kompensiert wird. Gleiches gilt für die Kontrolle der Mindeststandards und der Qualität in den Pflegeheimen. Systemumstellungen führen, mindestens vorübergehend, immer zu einem Kontrollverlust, der zunächst einmal mehr Kosten und eine schlechtere Behandlungsqualität für die unmittelbar Betroffenen nach sich zieht. Stellen wir also den angestrebten Nutzen von Efas den damit verbundenen erheblichen Risiken gegenüber, überwiegen insgesamt die Risiken. Es kommen weitere Argumente hinzu, die die Skepsis noch vergrössern. Zum einen standen die Arbeiten der Kommission unter dem Leitstern, die Interessen der Kantone gegenüber jenen der Versicherer besser zur Geltung zu bringen – es handelt sich bei Efas ja um ein Projekt der Versicherer –, und das ist der Kommission weitgehend gelungen. Zum andern geht es bei dieser Reform nicht nur um die Versicherer, sondern letztlich auch um die Versicherten, sprich die Bevölkerung als Trägerin und Adressatin der Krankenversicherung. Die Bevölkerung ist es, die letztlich für die Kosten aufkommt, sei es via Prämien, sei es via Steuern.

Somit kommen wir zur entscheidenden Frage: Wie ist die Reform, wie sind die Risiken aus Sicht der Versicherten zu beurteilen? So positiv es auf den ersten Blick ist, dass die Kantone via Steuerfinanzierung auch zur Finanzierung der ambulanten Leistungen beitragen, sind doch auch die Risiken nicht zu übersehen. Bei der Pflege springen sie ins Auge. Hier haben wir mit der neuen Pflegefinanzierung, die 2011 in Kraft getreten ist, grosse Fortschritte erzielt. Die 2018 gemachte Evaluation dieser Reform hat gezeigt, dass sie im Grossen und Ganzen gelungen ist und nur in Details korrigiert werden musste. Insbesondere die Beschränkung des Pflegebeitrags der Betroffenen und die Restfinanzierung durch die Kantone schnitten aus Sicht der Bevölkerung sehr gut ab. Dass die Kantone die Verpflichtung zur Restfinanzierung loswerden wollen, heisst für die Bevölkerung nichts Gutes – auch wenn der Pflegebeitrag nach dem Antrag der Kommission für eine Übergangsfrist von vier Jahren, aber eben nur von vier Jahren, gedeckelt werden soll. Damit ist aber der grosse Fortschritt der neuen Pflegefinanzierung für die Versicherten auf mittlere und längere Sicht wieder bedroht. Schon heute ist der Selbstzahleranteil der Versicherten in der Schweiz im internationalen Vergleich einmalig hoch.

Wenn es aus Sicht der Versicherten eine Finanzierungsreform braucht, dann bei der Prämienverbilligung. Dass Efas ohne Verbesserung bei der Prämienverbilligung Risiken für die Versicherten birgt, sagt auch die Verwaltung in einem der vielen Berichte für die Kommission. Efas führt je nach Kanton entweder zu höheren Prämien für die Betroffenen, also für die Bevölkerung, oder zu höheren Steuerausgaben des Kantons für die



Finanzierung des Gesundheitswesens. Mit dem heutigen System der Prämienverbilligung besteht die Gefahr – das ist im Bericht der Verwaltung ausdrücklich ausgewiesen –, dass diese Efas-bedingten Sprünge bei den Prämien oder bei der Steuerfinanzierung von den Kantonen dazu genutzt werden, die Prämienverbilligung zu verschlechtern. Das kann – und das sagt der Bericht ausdrücklich – nur verhindert werden, wenn die gesetzlichen Regeln für die Prämienverbilligung durch die Kantone korrigiert und verbessert werden. Nach den gestrigen Beschlüssen zum Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative in diesem Haus ist das in weiter Ferne. So, wie die Dinge heute liegen, ist das für sich allein ein zwingender Grund, der gegen Efas spricht.

Der letzte kritische Einwand zu Efas hängt damit zusammen, dass die Übertragung der Finanzierungsverantwortung an die Krankenkassen auch zu einer Entmachtung der Kantone im stationären Sektor führt. Im Gegensatz zu den Krankenkassenbaronen, ist man versucht zu sagen, sind die Gesundheits- und Finanzdirektoren der Kantone wenigstens

AB 2022 S 1118 / BO 2022 E 1118

demokratisch legitimiert, auch wenn sie weniger als jene verdienen.

Die Corona-Krise hat unter anderem gezeigt, dass wir bei aller Wichtigkeit der ambulanten Versorgung auch die stationäre Versorgung als Rückgrat des Gesundheitswesens gewährleisten müssen – Stichworte: Intensivpflegeplätze, Vorhalteleistungen. Diese Intensivpflegeplätze werden nicht durch Marktmechanismen garantiert, sie müssen von den Kantonen gewährleistet werden. Die Übertragung der vollen Finanzierungsverantwortung auch im stationären Bereich an die Versicherer unter Ausschaltung der Kantone läuft den Erfahrungen der Corona-Krise diametral zuwider. Auch das ist ein Grund, weshalb wir der Reform, die ja aus der Küche eines Versicherungsverbandes, von Curafutura, stammt, mit Vorsicht und dem nötigen kritischen Blick begegnen sollten. Zu viel steht für unser Gesundheitswesen und für unsere Bevölkerung auf dem Spiel.

Müller Damian (RL, LU): Efas ist ein wichtiger Beitrag zur Dämpfung der Kosten, der seit Langem auf dem Tisch liegt. Efas ist im Grundsatz ja unbestritten, weil sie die Qualität der Patientenversorgung nicht negativ tangiert und die weitere Entwicklung der integrierten Versorgung begünstigt. Efas ist also eine gute Reform. Heute wollen wir sie auch im Ständerat beschliessen. Denn die ambulante Behandlung ist gegenüber der stationären kostengünstiger; die ambulante Behandlung ist populär, Patientinnen und Patienten erholen sich gerne zuhause; und die ambulante Behandlung hat noch weiteres Wachstumspotenzial, dafür wird der medizinische Fortschritt sorgen.

Die ambulante Behandlung wird aber alleine von den Prämienzahlerinnen und -zahlern finanziert. Die Kantone zahlen nichts. Das erklärt den Druck auf die Krankenversicherungsprämien, und aus dieser Ausgangslage heraus entstand ja Efas. Ambulante und stationäre Leistungen sollen gleich finanziert werden: erstens, damit nicht die Art der Vergütung die Wahl der Behandlung beeinflusst; zweitens, damit der medizinische Fortschritt nicht einzig von den Prämienzahlenden finanziert wird; und drittens, damit das Kostenpotenzial der ambulanten Leistungserbringung voll zur Geltung kommt.

Efas hat einen entscheidenden Vorteil gegenüber anderen Ideen, die wir hier im Rat beraten haben und noch beraten werden: Efas ist rasch und ohne Qualitätseinbusse bei der medizinischen Versorgung umsetzbar – kein Wunder, dass nahezu alle Akteure Efas unterstützen. Einzig bei den Kantonen, die verschiedene Hüte tragen, nämlich als Regulatoren, als Spitaleigner und als Finanziere von stationären Leistungen, vermag Efas keinen Enthusiasmus auszulösen. Damit Efas ein Erfolg wird, braucht es aber die Kantone. Den vielen Vorbehalten der Kantone sind wir in langen, sehr langen Beratungen und mit grosser Kompromissbereitschaft entgegengekommen. Bis zuletzt haben wir das gemacht.

Auf einen Punkt gehe ich nun detailliert ein: Es ist richtig und im Sinne von Efas, dass in Artikel 60 Absatz 7 KVG die Rechnungskontrolle durch die Kantone auf den stationären Bereich beschränkt bleibt. Das muss so bleiben. Eine Ausdehnung der Rechnungskontrolle auf den ambulanten Bereich würde das Effizienzpotenzial von Efas infrage stellen. Die Kantone benötigen für die Erledigung ihrer Aufgaben Daten. Das ist nicht bestritten. Was wir aber nicht wollen, ist eine Abkehr vom Prinzip der Datensparsamkeit und des Schutzes von Gesundheitsdaten.

Artikel 21 geht mit Absatz 2 Litera d zu weit. Ich sage dies im Hinblick auf den Beginn der Differenzbereinigung, welche dann im Nationalrat stattfinden wird. Die Bestimmung, wonach die Kantone Individualdaten zum Nachvollzug von Patientenpfaden erhalten sollen, ist noch einmal anzuschauen. Die Kantone sollen ihre Aufgaben erfüllen, ohne dass wir das Risiko eingehen, der Schaffung des gläsernen Patienten Vorschub zu leisten. Die neue Datenlieferungspflicht der Versicherer ist deshalb grundsätzlich auf die Bereitstellung aggregierter Daten zu limitieren.



Insgesamt aber ist Efas eine gute, eine notwendige und eine wichtige Reform, die wir nun im Parlament endlich zum Abschluss bringen müssen. Ich bitte Sie, einzutreten und bei der Detailberatung gut zuzuhören.

Germann Hannes (V, SH): Ich bin geneigt zu sagen: "Was lange währt, wird – hoffentlich – endlich gut." Ich teile den Pessimismus meines Vorredners, Herrn Rechsteiners, nicht auf der vollen Linie, auch wenn es sicherlich nach wie vor grosse Unsicherheiten gibt. Es handelt sich um einen Systemumbau, den es logischerweise mit Vorsicht und Bedacht anzugehen gilt. Allein die lange Dauer und die Entstehungsgeschichte zeigen, dass man sich damit schwergetan hat. Der Widerstand der Kantone konnte aber nun doch stark abgebaut werden. Die Begeisterung hält sich noch in Grenzen, aber – wer weiss? – vielleicht bringen wir die Vorlage ja noch so weit, dass auch die Kantone voll und ganz dahinterstehen können. In meinem Kanton jedenfalls, das kann ich vorausschicken, begrüsst die Regierung diesen Schritt, vor allem auch den Einbezug der Pflege, auf den ich noch zu sprechen kommen werde.

Im Gegensatz zum Nationalrat haben wir ja doch einige Änderungen angebracht. So haben wir mit der Inkraftsetzung drei Jahre nach der Annahme des Gesetzes mehr Zeit für Anpassungen gelassen. Mit dem Einbezug der Pflege sind wir den Kantonen einen grossen Schritt entgegengekommen. Sie erhalten zudem mehr Steuerungsmöglichkeiten, was ganz wichtig ist. Steigen nämlich die Kosten in einem Kanton überdurchschnittlich, soll er zusätzlich zur geltenden Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte die Zulassung anderer Leistungserbringer im ambulanten Bereich mildern oder stoppen können. Bezüglich der Wohnsitz- und Rechnungskontrolle sind wir vielleicht noch nicht ganz am Ende; dort haben wir das Ei des Kolumbus noch nicht gefunden. Dazu wird der Berichterstatter in der Detailberatung vielleicht auch noch einige Ausführungen machen, nachdem er bereits sehr gut in das Thema eingeführt und die Lage plausibel dargelegt hat.

Zum stärkeren Einbezug der Kantone: Es ist wirklich wichtig, dass wir diese Umstellung vornehmen können. Da die Kantone die ambulant erbrachten Leistungen mitfinanzieren, sollen sie in die Tariforganisation für ambulante Behandlungen aufgenommen werden. Darüber hinaus sollen sie auch in einer neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen mitwirken. Zudem sollen sie sich am Ausschuss Gemeinsame Einrichtung KVG beteiligen, der die Kantonsbeiträge berechnet und auf die Versicherer verteilt.

Nun noch zum Einbezug der Pflegeleistungen: Es ist wirklich etwas ganz Entscheidendes, dass wir hier einen Schritt vorankommen. Ich glaube, dass die Ängste nicht ganz berechtigt sind. Die Pflegeleistungen werden ja heute schon erbracht, und sie werden auch heute schon von irgendjemandem bezahlt. Künftig soll das einfach geregelt erfolgen, nach denselben Prinzipien wie im ambulanten und im stationären Bereich. Auch in der Pflege gibt es ja ganz verschiedene Formen, das ist wichtig. Mit unserer Variante würden sämtliche Pflegeleistungen nach dem heutigen Artikel 25a KVG, an welche die OKP einen Beitrag leistet und bei denen die Kantone für die Restfinanzierung zuständig sind, in eine einheitliche Finanzierung einbezogen. Davon betroffen wären also sowohl die Leistungen der Behandlungspflege wie auch jene der Grundpflege. Das erscheint mir ganz wichtig. Wie für sämtliche Leistungen nach KVG würde die OKP diese Leistungen vollumfänglich übernehmen, und die Kantone würden sich anteilmässig daran beteiligen – in welcher Höhe, hat der Berichterstatter bereits ausgeführt.

Nun zu den Kostenwirkungen für die einzelnen Kantone: Darüber geben ja auch die Berichte der Verwaltung Aufschluss. Wenn ein schweizweit einheitlicher Mindestfinanzierungsanteil festgelegt und gleichzeitig ein schweizweit kostenneutraler Übergang für Versicherer und Kantone angestrebt werden soll, werden die Finanzhaushalte der einzelnen Kantone und die Prämienzahlenden in diesen Kantonen notwendigerweise stärker belastet oder entlastet, je nachdem, ob der heutige Anteil der stationären Leistungen und Pflegeleistungen eher hoch oder tief ist. Damit nun aber die Mehr- oder Minderbelastung der Kantonshaushalte oder der Prämienzahlenden verkraftbar ist, wurden Übergangsfristen vorgesehen, damit der Anstieg des Finanzierungsanteils für keinen Kanton mehr als einen Prozentpunkt pro Jahr beträgt. Hier berufe ich mich

AB 2022 S 1119 / BO 2022 E 1119

auch auf einen entsprechenden Bericht der Verwaltung; sie hat uns das so ausgeführt.

Aus Sicht der Steuerzahlenden und Prämienzahlenden wird der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung auch in jedem einzelnen Kanton kostenneutral ausfallen. Eine stärkere finanzielle Belastung des Kantons und damit der Steuerzahlenden führt zu geringeren Kosten der Versicherer und damit auch zu geringeren Prämien. Das ist die Systematik, bei der Kollege Rechsteiner auch seine Bedenken geäussert hat. Aber das ist im Meccano so drin. Das kann man auch nicht ändern.

Entscheidend scheint mir noch, dass der Risikoausgleich für jeden Kanton separat durchgeführt wird. Die kantonal weitgehend gleichmässigen versicherungstechnischen Ergebnisse, also Prämien minus Kosten, haben zu einem wesentlich kleineren Teil der Erhöhung der Reserven geführt. Das wissen wir aus den entsprechen-



den Studien. Die dazugehörigen Zahlen können auch in den Betriebsrechnungen der Versicherer eingesehen werden. Es ist somit sichergestellt, dass eine finanzielle Mehrbelastung des Kantonshaushalts aus Sicht der Steuerzahlenden im selben Ausmass zu einer Entlastung der Prämienzahlenden in diesem Kanton führt, dies im Unterschied zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung. Also auch hier bringen wir eine Verbesserung ins System hinein.

Ich komme nun noch zu den Wünschen der Kantone, die Daten entsprechend nochmals zu kontrollieren oder einzusehen. Da sei einfach auf den enormen Aufwand verwiesen, den die Krankenversicherer schon heute betreiben. Alleine bei der Visana sind das mehrere hundert Stellen, bei der CSS ebenfalls. Das wird also bereits heute akribisch gemacht. Hier müssen wir im Sinn des Ganzen dafür sorgen, dass es nicht zu Doppelspurigkeiten kommt, die dann die Prämienzahlenden oder die Steuerzahlenden belasten – das wäre falsch. Hier wurde das Ei des Kolumbus also noch nicht gefunden. Aber insgesamt ist es eine gute Vorlage, hinter der wir stehen können, hinter der auch die Kantone stehen können sollten.

In diesem Sinn bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und der jeweiligen Mehrheit zuzustimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Heute versuchen wir, die Finanzflüsse von 82,5 Milliarden Franken neu zu regeln. Das sind die Kosten, die das Gesundheitswesen pro Jahr verursacht. Dabei ist die Komplexität kaum zu über treffen, und die Transparenz lässt noch zu wünschen übrig. Hat ein Leistungserbringer einmal eine Betriebsbewilligung oder eine Zulassung erhalten, so hat er praktisch geregelte Preise und kaum eine Einschränkung bei der Menge. Keine andere Branche hat derart detailliert geregelte Bestimmungen – und noch Einkommensgarantien. Dies ist sicher mit ein Grund für das ungebremste Wachstum der Kosten im Gesundheitswesen.

Diesbezüglich ist Efas die tiefgreifendste Reform der letzten Jahre. Umso wichtiger ist es, dass die potenziellen Vorteile der Reform auch tatsächlich realisiert werden. Heute sind die Kantone zwar für die Ärztezulassung zuständig, den ambulanten Sektor finanzieren sie aber nicht mit. Efas setzt deshalb auch bei der Finanzierung an. Die Kantone sollen das Angebot im ambulanten Bereich ebenfalls mitfinanzieren. Wäre dies der Fall, würden sie sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für eine strengere Zulassungssteuerung einsetzen, weil ja jedes neue Spitalambulatorium auch mehr Geld kostet.

Aufgrund der höheren Entschädigung für stationäre Leistungen kommt es denn auch sehr häufig vor, dass Spitäler bei freien Kapazitäten Operationen stationär statt ambulant durchführen und dadurch höhere Kosten verursachen. Diese Problematik ist auf die unterschiedlichen tarifären Abgeltungen und die unterschiedliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich zurückzuführen. Mit der aktuellen Efas-Vorlage würden solche Fehlanreize in der Behandlungskette im Akutbereich deutlich verbessert. Das ist sicher ein grosser Vorteil.

Damit aber nicht neue Fehlanreize entstehen, gelten folgende Grundsätze: Das Gesamtsystem darf nicht durch neue bürokratische Abläufe erschwert und verlangsamt werden. Ich meine hier vor allem die Rechnungskontrolle. Diese soll auch mit Efas Kernaufgabe und Kernkompetenz der Krankenversicherer bleiben. Eine umfassende Beteiligung der Kantone an der Rechnungsprüfung würde faktisch zu einer Ausweitung der heutigen dual-fixen Finanzierung auf den ambulanten Bereich führen. Das würde heissen, dass die Zahl der Rechnungen, die die Kantone und die Versicherer prüfen, von heute 1,3 Millionen auf 130 Millionen steigen würde. Das ist eine schier unglaublich grosse Menge. Das würde sicher zu massiven administrativen Mehraufwänden führen, und zwar nicht nur aufseiten der Versicherungen, sondern auch aufseiten der Kantone. Die Kantone sollen aber alle Daten erhalten, die für die Erfüllung der Aufgaben, die in ihrer Kompetenz sind, notwendig sind.

Ein weiterer, für mich doch auch wichtiger Punkt war, dass die eidgenössischen Räte damals bei ihrem Entscheid zur neuen Pflegefinanzierung bewusst die Krankenversicherung von der starken Kostendynamik der Langzeitpflege entlasten wollten. Für Spitex und Pflegeheime wurde im Jahr 2011 die tripartite Beitragsfinanzierung beschlossen, wonach sich – im Gegensatz zu anderen KVG-Leistungen – Krankenversicherer, Gemeinden und betroffene Personen an den Kosten beteiligen. Diese tripartite Pflegefinanzierung hat dazu geführt, dass einerseits ein gewisser Druck auf die Kosten entstanden ist und andererseits das ohnehin ungebremste Prämienwachstum nicht noch beschleunigt worden ist. Jetzt, mit einer Integration der Pflege in Efas, wird diese Errungenschaft über Bord geworfen. Allerdings ist die Datenbasis, die für die Berücksichtigung notwendig wäre, noch absolut ungenügend; letztlich sind aber auch bei der Langzeitpflege immer schwierige Entscheidungen bezüglich der Abgrenzung zwischen Pflege-, Betreuungs- und Hotellerieleistungen zu treffen. Wenn also auch die Pflege voll integriert werden soll, ist da noch einiges aufzuarbeiten. So gibt es beispielsweise verschiedene Einstufungssysteme; ich erwähne hier nur das Besa-System, während es noch zwei weitere Systeme gibt, die unterschiedliche Resultate liefern.

In den Anhörungen in der Kommission haben die Teilnehmenden gerade in diesen zwei Bereichen immer



wieder von roten Linien gesprochen. Die Versicherer auf der einen Seite wollten die rote Linie bei ihrer Zuständigkeit, der Rechnungskontrolle, und ein Efas ohne Pflegefinanzierung. Die Kantone auf der anderen Seite wollten die volle Rechnungskontrolle und eine Aufnahme der Pflegefinanzierung in Efas. Als Kommissionsmitglied musste ich immer wieder abwägen, ob ich bei dieser Konstellation ein Weiterarbeiten an Efas als sinnvoll erachte, ob es zielführend sein kann, oder ob ich hier irgendwann das ganze Paket ablehnen soll.

Ich meine aber, die Kommission hat gut gearbeitet. Sie hat sowohl die Anliegen der Versicherer als auch die Anliegen der Kantone aufgenommen, und in der Version der Mehrheit wird eigentlich beiden Anliegen Rechnung getragen. Ich hoffe, dass dem Weg, den die Kommission aufzeigt, auch hier im Plenum Rechnung getragen wird, damit wir entsprechend legislieren und die Vorlage diesbezüglich eben auch ins Gleichgewicht bringen können. Wenn es so ist, meine ich, dass diese Vorlage doch einen wesentlichen Beitrag für eine Gesundung unseres Gesundheitssystems leisten könnte und eben doch auch wesentlichen Nutzen schaffen kann.

Ich bin für Eintreten und unterstütze diese Vorlage in den wesentlichen Punkten. Ich werde mich dann bei meinem Minderheitsantrag wieder zu Wort melden; dort geht es dann um das Brutto- oder das Nettoprinzip.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Im Grundsatz bin ich für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, wenn sie den Service public und die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens stärkt. Eine einheitliche Finanzierung könnte auch Fehlanreize beseitigen. Sie würde ferner die Netzwerke stärken und die Koordination verbessern. Allerdings – das muss man sagen – haben die Versicherer bereits heute die Möglichkeit, mit Netzwerken zu arbeiten. Ausserdem kann die Koordination von Netzwerken vor allem durch andere Massnahmen wie Gatekeeping bzw. erste Anlaufstellen und durch Qualität gefördert werden.

AB 2022 S 1120 / BO 2022 E 1120

Die Vorlage weist mehrere Probleme auf, Kollege Rechsteiner hat darauf hingewiesen. Es sind Probleme, die zum Teil durch Minderheitsanträge und durch die Differenzbereinigung behoben werden sollten. Wie der Berichterstatter gesagt hat, ist das Sparpotenzial von Efas schwer zu berechnen. Die Kommission hat im Vergleich zur Version des Nationalrates einige Verbesserungen vorgenommen. Da die Kantone neu die ambulante erbrachten Leistungen mitfinanzieren, sollen sie in die Tariforganisation für ambulante Behandlungen aufgenommen werden. Darüber hinaus sollen sie in einer neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen mitwirken. Spitäler, die nicht auf einer Spitalliste sind, sollen aus der Grundversicherung eine gleich hohe Vergütung erhalten wie heute. Nach dem Beschluss des Nationalrates würden sie deutlich mehr erhalten als heute, was die kantonalen Spitalplanungen schwächen und Zusatzversicherungen entlasten würde.

Wie bereits erwähnt, bleiben jedoch wichtige und sehr kritische Punkte bestehen:

1. Die Versicherer würden durch die Gemeinsame Einrichtung KVG zu viel Macht erhalten. Die Kantone hätten keine Budgethoheit und weniger Steuerkompetenz. Das ist sonst in keinem Bereich, in dem Steuergelder verwendet werden, der Fall.

2. Das Hauptargument für die Vorlage ist, dass durch Efas Fehlanreize beseitigt werden. Mit der Behandlungsliste für ambulante Behandlungen wird bereits jetzt eine Verlagerungspolitik betrieben. Im ambulanten Bereich gibt es schon heute eine starke Kostensteigerung. Auf die Mengenausweitung, die im ambulanten Bereich bereits stattfindet, hat Efas keine Auswirkungen. Alle bereits heute bestehenden Ursachen für grosse Kostensteigerungen im ambulanten Bereich würden auch mit Efas bestehen bleiben. Einige Kantone machen im ambulanten Bereich schon viel, auch ohne Efas. Genau diese Kantone würden mit und ohne Einbezug der Pflege stärker belastet. Im Kanton Waadt beispielsweise, wo bereits viele Eingriffe, die früher nur stationär möglich waren, ambulant angeboten werden, würde der Kostenanteil vor allem mit Einbezug der Pflege stark zunehmen. Dort, wo schon heute eine Ambulantisierung stattfindet, würde es keinen Kostenzuwachs geben.

3. Die Langzeitpflege ist zwar neu in der Vorlage enthalten. Aktuell ist der OKP-Anteil der Langzeitpflege jedoch gedeckelt; mit Efas wäre er hingegen nicht mehr gedeckelt. Die Dynamik der Kostenentwicklung in der Langzeitpflege würde damit voll auf die Prämien durchschlagen.

4. In gewissen Kantonen käme es zu einem Anstieg der Prämien oder der Steuerfinanzierung. Ein Prämienanstieg in den Kantonen wäre problematisch, insbesondere weil die Prämien schon heute sehr hoch sind. Um diesen Effekt abzufedern, ist eine mehrjährige Übergangsfrist vorgesehen. Wir wissen aber nicht, wann und wie ein echter Rückgang der Prämien erfolgen würde. Unklar ist vor allem auch, ob dies bei der verstärkten finanziellen Beteiligung mehrerer Kantone nicht zu Rückschritten in anderen Kernbereichen der Versorgung führen würde, einschliesslich Rückschritten bei der Prämienverbilligung.

EFAS è uno dei progetti di riforma più fondamentale dall'introduzione dell'assicurazione malattia obbligatoria, con varie interazioni, con altre revisioni e anche con pacchetti di contenimento dei costi sui quali discutiamo



da diversi anni in questa aula.

Memori di esperienze passate, che vale la pena ricordare, come per esempio l'introduzione del finanziamento ospedaliero nel 2012, sappiamo che le riforme non sempre portano a una riduzione dei costi. Nel caso del finanziamento ospedaliero, come anche in altri casi, si aveva messo l'accento sulla concorrenza, vendendola come un mezzo per ridurre i costi sanitari e i premi cassa malati. Ma il finanziamento ospedaliero in realtà ha portato a un aumento delle spese stazionarie a carico dei cantoni. Ecco quindi che anche con EFAS si devono a monte chiarire tutte le questioni e mettere i paletti necessari per avere gli effetti sperati.

Il relatore della commissione ha detto che è difficile quantificare l'effetto dei risparmi che si possono ottenere con EFAS. Ciò significa che non ci si può limitare a dei richiami generici: non si può dire che ci saranno dei risparmi o che ci saranno degli effetti sui premi, se nella legge ciò non viene espressamente indicato, se non si dice che gli aumenti annuali dei contributi cantonali devono comportare una riduzione equivalente dei premi. Tra l'altro ciò è il senso di una mia proposta sulla quale discuteremo in seguito quando entreremo nel dettaglio e tratteremo le disposizioni transitorie.

In fondo va anche detto che EFAS non cambia molto riguardo ai problemi principali del nostro sistema sanitario. Penso ai premi cassa malati, per niente sociali, uguali per tutti, indipendentemente dal reddito delle assicurate e degli assicurati, indipendentemente dal fatto che una persona sia ricca o meno benestante. Penso anche al contenimento dei costi sanitari. Anche in questo caso EFAS non cambia molto, perché per agire efficacemente su questi costi ci vogliono ben altre misure. Se prima ho menzionato i pacchetti di contenimento dei costi ora cito un esempio tanto discusso qui, ma sul quale finora non si è raggiunto un accordo e non si è potuto agire, quello dei costi dei farmaci. E con EFAS non cambia niente neanche per quanto riguarda il contenimento dei costi assunti direttamente dalle assicurate e dagli assicurati.

Ecco perché vale sicuramente la pena discutere questo progetto di legge. Dobbiamo però ora portare dei miglioramenti per evitare che le conseguenze possano essere peggiori di quello che potremmo immaginare. Dobbiamo agire affinché ci siano i miglioramenti auspicati in questa aula.

Quindi, spero che anche con le proposte della minoranza si possa migliorare la situazione. Altrimenti i benefici auspicati da EFAS non si verificheranno e a farne le spese, ancora una volta, saranno le assicurate e gli assicurati.

Dittli Josef (RL, UR): Ja, es ist so: Efas ist eine der umfassendsten und zentralsten Gesundheitsreformen seit der Einführung des KVG im Jahr 1996. Ja, Efas ist für Curafutura, deren Präsident ich bin, ein Schlüsselprojekt. Aber es ist längst auch so, dass das Projekt von einer breiten Allianz, von praktisch allen Partnern im Gesundheitswesen mitgetragen wird.

Efas basiert auf einer parlamentarischen Initiative. Das macht es so anspruchsvoll, die Vorlage auf einen Stand zu bringen, der die Qualität und das Niveau von Vorlagen hat, die wir im Parlament verabschieden. Deshalb haben wir in der SGK zwölf Sitzungen gebraucht – auch mit Einbezug des Bundesrates. Inzwischen ist es so, dass auch der Bundesrat die Vorlage mitträgt. Wir werden das nachher dann ja hören.

Unsere Aufgabe hier im Ständerat ist es nun, mit der Reform das ursprüngliche Ziel zu erreichen: die Beseitigung eines der grössten Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitswesen, der dualen Finanzierung des stationären und der monistischen Finanzierung des ambulanten Bereichs. Das soll möglichst so geschehen, dass am Ende alle profitieren. Efas soll also auch effizient umgesetzt werden, d. h. möglichst ohne Doppelspurigkeiten, ohne unnötige administrative Aufwände. Die Finanzierung soll so berechnet werden, dass die verschiedenen Instanzen auch wirklich die Kosten für das tragen müssen, was tatsächlich in Anspruch genommen worden ist. Selbstverständlich geht es ohne den Einbezug der Kantone und deren Anliegen nicht. Mir ist es sehr wichtig, dass wir die berechtigten Anliegen der verschiedenen Beteiligten im Gesundheitssystem in eine tragfähige Balance bringen. Das betrifft namentlich die Integration der Pflege und die Rechnungskontrolle. Beide Fragen sind wichtig für die künftige Funktionsweise der OKP. Damit die Balance gehalten wird, setze ich mich für eine Integration der Pflege ein – selbstverständlich mit Augenmass; wir haben hier einen guten Antrag der Kommission – und damit für eine definitive Lösung, die mitunter etwas Spielraum bietet. Auch bei der Rechnungskontrolle soll eine Lösung kommen, die einerseits die Anliegen der Kantone angemessen berücksichtigt, andererseits aber auch die Effizienz der Vorlage nicht ad absurdum führt. Hier hat die Kommission ebenfalls einen Kompromiss gefunden, der zwar weder den Versicherern noch den Kantonen so richtig gefällt, aber das ist ja in der Regel das Charakteristikum eines Kompromisses.

Mit Efas können Kosten eingespart werden. Experten reden von 1 bis 3 Milliarden Franken, um die die Gesundheitskosten gesenkt werden können. Das heisst, dass sich das auch auf



die Prämien auswirken wird. Wir müssen hier das Gesamtsystem im Blick behalten, wir dürfen uns nicht nur auf die Leistungserbringer, die Kantone, die Versicherer oder wen auch immer fokussieren. Die Gesamtsicht ist entscheidend. Die Vorteile von Efas überwiegen die Nachteile bei Weitem.

In diesem Sinne bitte ich Sie, einzutreten und in der Diskussion konstruktiv möglichst den Anträgen der Kommission zu folgen. Bei einigen – zumindest aus meiner Sicht – weniger bedeutenden Punkten werde ich in der Minderheit sein, wobei Sie dann selber entscheiden müssen, was Sie für unseren Rat als das Richtige erachten.

Bischof Pirmin (M-E, SO): Ich weiss nicht, ob die Vorlage, die wir vor uns haben, historisch ist. Aber zweifellos ist sie, jedenfalls im Finanzierungsbereich, die einschneidendste Reform des KVG, das inzwischen ja auch schon 26 Jahre alt ist. Das KVG ist 26 Jahre alt, die Vorlage ist 13 Jahre alt – Sie sehen es an der Behandlungsnummer: 09.528.

Die Frage ist schon: Bringt diese Vorlage jetzt mehr Chancen oder mehr Risiken? Vorweg ist zuzugeben, dass eine einheitliche Finanzierung nicht alle Probleme des Gesundheitswesens löst. Kollege Rechsteiner hat namentlich im Qualitätsbereich einige Punkte angesprochen, die durch diese Reform teilweise nicht gelöst werden. Das stimmt. Aber es entstehen auch nicht zusätzliche Risiken und zusätzliche Kosten in diesen Bereichen, im Gegenteil: Kollege Dittli hat zu Recht gesagt, dass die verlässlichen Expertenberichte, die wir haben, insgesamt von erheblichen Einsparungen ausgehen, und das liegt letztlich im Interesse der Patientinnen und Patienten in diesem Land.

Was bringt denn die Vorlage, wenn man Chancen und Risiken abklärt? Es sind eigentlich mindestens zwei Vorteile, und die sind gewichtig. Der eine Vorteil ist: Es wird eine absurde Unterscheidung beseitigt, die heute besteht, nämlich die duale Finanzierung, die wir im stationären Bereich kennen und nicht nur dort, sondern etwa auch im Bereich der Restfinanzierung im Pflegebereich. Heute können Sie davon ausgehen, dass knapp 40 Milliarden Franken über das KVG finanziert werden. Etwa 10 Milliarden Franken davon machen die Kosten der Kantone für stationäre Behandlungen und die Restfinanzierungskosten der Kantone aus. Es wird also immerhin ein Viertel des gesamten KVG-Volumens verschoben, und zwar wird dieser Viertel nicht einfach von einem Kostenträger zu einem anderen verschoben, sondern es wird eine einfache, einheitliche Finanzierungsform geschaffen. Sie hat den grossen Vorteil, dass Fehlanreize schlagartig beseitigt werden. Es lohnt sich nicht mehr, hin- und herzuschieben, weil es nur noch einen Finanzierer gibt. Wir sind uns hier drin wahrscheinlich fast alle einig, dass der Grundsatz "ambulant vor stationär" qualitativ, menschlich und finanziell die bessere Lösung ist. Diese bessere Lösung wird erst mit dieser Vorlage zur einheitlichen Finanzierung ernsthaft ermöglicht. Das ist der eine Vorteil.

Der andere Vorteil ist folgender: Der Streitpunkt war, dass gesagt wurde, die Vorlage, die wir vor uns haben, sei eine Versicherervorlage. Die Idee mag ursprünglich vonseiten der Versicherer gekommen sein. Unsere Kommission hat jetzt aber etwas gemacht, was der Nationalrat zu wenig gemacht hat: Sie hat die Interessen der Kantone sehr stark in die Vorlage integriert. Die Kantone haben uns deutlich gesagt: Wenn die Pflege nicht in die einheitliche Finanzierung aufgenommen wird, dann lehnen wir die Vorlage ab. Die Versicherer haben gesagt: Wir wollen nicht, dass die Pflege aufgenommen wird; das ist viel zu kompliziert, viel zu intransparent – weiss der Teufel was alles.

Die Kommission hat hier jetzt nicht einen faulen, sondern meines Erachtens einen tragfähigen Kompromiss gefunden. Wir haben gesagt: Doch, die Kantone haben recht, wenn sie sagen, dass die Pflege integriert werden muss. Das machen wir jetzt, und zwar machen wir es nicht einfach theoretisch, indem wir sagen: Irgendwann dann einmal, ad calendae graecas, wenn genügend Transparenz vorliegt, in fünf oder in sieben oder in zehn oder in zwanzig Jahren, kommt dann die Pflege rein. Wir haben vielmehr einen Zeitraster ins Gesetz hineingenommen. Es ist klar, dass die Pflege nach sieben Jahren in allen Kantonen voll integriert ist. Das wollten die Versicherer auch nicht, aber sie haben sich dann zähneknirschend damit abgefunden.

Die Kantone sind natürlich auch noch nicht voll zufrieden. Das ist auch verständlich. Wir sprechen von erheblichen Finanzvolumina, deshalb ist es doch klar, dass die Kantone, wenn es um die Rechnungskontrolle geht, eine Wohnsitzkontrolle durchführen können müssen. Die Versicherer haben keinerlei Interesse daran, abzuklären, ob jetzt eine Patientin aus dem Kanton Solothurn oder aus dem Kanton Bern kommt. Sie müssen nämlich genau gleich viel zahlen. Der Kanton Solothurn und der Kanton Bern haben natürlich ein ganz entscheidendes Interesse, weil sie sagen: Ich zahle doch nur für Angehörige meines Kantons. Deshalb ist die Wohnsitzkontrolle, wie sie in der Vorlage steht, entscheidend. Entscheidend ist auch – und dafür habe ich auch Verständnis –, dass die Kantone sagen: Wenigstens bei wichtigen Rechnungen und bei grossen Beständen wollen wir eine Kontrollmöglichkeit haben. Die Vorlage sieht das jetzt institutionell vor, indem die Kantone auch in die entsprechenden Gremien integriert werden, aber auch, indem sie bei bestimmten Rechnungen



Dateneinsicht haben.

Insgesamt, unter dem Strich, bin ich der Meinung, dass die Kommission hier einen tragfähigen Kompromiss zwischen Versicherern und Kantonen geschaffen hat, einen tragfähigen Kompromiss, der es ermöglichen sollte, die absurde Dualität, die wir heute haben, mit allen Kosten- und Qualitätsfolgen negativer Art zu beseitigen. Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und ihr zuzustimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je crois que le débat d'entrée en matière que vous avez mené ce matin sur ce projet montre qu'il est d'une très grande importance. On sent une certaine gravité au moment d'aborder ces questions. On sent que beaucoup d'éléments sont la manifestation d'une certaine incertitude au sujet de l'évolution qui suivra. Etant donné que cette réforme aura des conséquences extrêmement importantes, il est difficile de prévoir jusque dans tous les détails ce que cela signifiera.

Cela dit, je crois qu'on peut rappeler que votre conseil a fait un gros travail sur ce dossier. Nous avons été heureux de pouvoir l'accompagner. C'est vrai, et le numéro d'objet le rappelle, tous ces travaux ont pour origine une initiative parlementaire. S'il y a une chose que l'on peut retenir de tous ces travaux, c'est que le fait qu'une réforme de cette ampleur soit fondée sur une initiative parlementaire ne facilite pas le travail, vu que le Conseil fédéral n'a pu s'exprimer pour la première fois sur ce projet qu'après la consultation publique. Il a donc fallu attendre dix ans de travaux dans des commissions, des sous-commissions du Parlement avant que nous ayons le droit de dire quelque chose, ce que nous avons fait ensuite naturellement avec beaucoup d'intérêt. Cela a été l'occasion, comme l'a dit le rapporteur, d'approfondir le sujet dans la commission de votre conseil. Nous avons rédigé un rapport complémentaire que nous avons souhaité de très haute qualité, de la qualité qu'on peut attendre d'un message du Conseil fédéral, et non pas simplement un rapport de plus qui vient ajouter deux ou trois compléments. Je crois que cela nous a et vous a permis également d'avancer.

Sur le fond, pour le Conseil fédéral, le financement uniforme constitue une réforme importante, une réforme judicieuse. Elle contient un certain potentiel d'économies, mais pas uniquement: ce sont les incitations qui sont importantes et le fait de savoir quelles sont les sources de financement pour quel type de prestations.

Cela étant, le projet du Conseil national, nous avons eu l'occasion de le dire, doit encore être adapté pour tenir compte notamment des souhaits des cantons. Il s'agit aussi d'avoir un projet qui puisse réunir une majorité. Un très gros travail a été réalisé par votre commission sur ce projet. Plusieurs rapports, je l'ai dit, ont été demandés et rédigés pour répondre à toute une série de questions qui étaient en suspens.

En juillet 2022, une première lecture a pu être conclue. Il y a eu ensuite une discussion et une audition des assureurs-maladie et des cantons pour voir comment continuer le travail. Suite à tout cela, votre commission peut vous transmettre

AB 2022 S 1122 / BO 2022 E 1122

aujourd'hui une solution relativement équilibrée, qui nous paraît être une solution permettant de maintenir la discussion au bon niveau. Evidemment, ce projet comporte des chances et des risques, cela a été rappelé durant votre débat d'entrée en matière. Mais, pour le Conseil fédéral, il est clair qu'une réforme dans ce domaine doit être réalisée.

J'aimerais vous inviter, au terme de ce débat, à soutenir ce projet et à entrer en matière.

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

Bundesgesetz über die Krankenversicherung Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Detailberatung – Discussion par article

Titel

Antrag der Kommission

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
(Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG)





Titre

Proposition de la commission

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

(Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Angenommen – Adopté

Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 16 Abs. 3bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 16 al. 3bis

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich werde nicht bei allen Artikeln, aber bei einzelnen noch etwas zuhanden der Materialien sagen, damit man auch versteht, warum das jetzt geändert wird.

Hier übernehmen wir die Fassung des Nationalrates, sodass diesbezüglich keine Diskussion erforderlich ist. Wichtig ist aber, nochmals zu sagen, dass wir uns jetzt – ohne Widerstand, so glaube ich – für eine Aufteilung entschlossen haben, wonach der Kantonsbeitrag proportional zu den entstandenen Kosten bemessen wird. Das ergibt ein gutes Gleichgewicht zwischen dem Anreiz, Kosten zu sparen, und der Verhinderung der Risiko-selektion. Es hätte nämlich auch die Möglichkeit bestanden, den Kantonsbeitrag proportional zu den Risiken zu bemessen. Das hätte aber den Anreiz geschaffen, Kosten maximal einzusparen, womit in der Folge der Anreiz, mehr Risikoselektion zu betreiben, deutlich grösser geworden wäre.

Hier gibt es also keine Differenz. Ich wollte aber diese Klärung noch anbringen.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Bundesrat Berset verzichtet auf das Wort.

Angenommen – Adopté

Art. 18

Antrag der Kommission

Abs. 2sexies

Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an welchem die Kantone angemessen zu beteiligen sind.

Abs. 2octies, 5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 18

Proposition de la commission

Al. 2sexies

Elle calcule et prélève la contribution cantonale et la contribution fédérale selon l'article 60, et les répartit entre les assureurs conformément à l'article 60a. A cet effet, elle constitue un comité autonome spécialisé auquel les cantons participent de manière appropriée.



Al. 2octies, 5

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um den Verlauf der Finanzflüsse und damit um die Frage, wohin das Geld der Kantone fließt, da sie sich in Zukunft an allem beteiligen. Es geht darum, wer konkret den Betrag für jeden Kanton berechnet. Ihre Kommission schlägt hier vor, dass die gemeinsame Einrichtung eine starke Rolle bekommt. Sie soll die Aufteilung der Gelder der einzelnen Kantone auf die einzelnen Versicherer vorsehen, wie es auch im Beschluss des Nationalrates vorgesehen ist. Gleichzeitig soll sie aber auch die Beiträge der Kantone berechnen und einfordern können. Die Zahlungsflüsse sollen aus Effizienzgründen also über die gemeinsame Einrichtung erfolgen und nicht von den Kantonen an die Versicherer. In Artikel 18 Absatz 2sexies gemäss Antrag der Kommission sehen Sie, dass die Kantone am Ausschuss der gemeinsamen Einrichtung zu beteiligen sind. Auch hier hat man eine Beteiligung der Kantone vorgesehen. Das war eine Forderung der Kantone, und dagegen gab es auch keinen Widerstand. Artikel 60 Absatz 5 und Artikel 60a sind Ergänzungen zu dieser Bestimmung.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Bundesrat wünscht das Wort nicht.

Angenommen – Adopté

Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG und den Kantonen regelmässig die für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

Abs. 2

...

a. ... der Kostenentwicklung an das BAG;

b. ... Gesetzesvollzugsänderungen an das BAG;

c. ... Risikoausgleichs an das BAG;

d. zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen von Ärzten und Ärztinnen an die Kantone.

Abs. 3

Das BAG und die Kantone sind dafür verantwortlich, dass ...

Abs. 4

Das BAG stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft ...

Abs. 5

Der Bundesrat erlässt unter Einbezug der Kantone und der Versicherer die nötigen Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten nach Absatz 1 unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

AB 2022 S 1123 / BO 2022 E 1123

Antrag der Minderheit I

(Stöckli, Bischof, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Abs. 2 Bst. a

a. ... der Kostenentwicklung an das BAG und an die Kantone;

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Unverändert

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 1

Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP et aux cantons les données dont ils ont besoin





pour accomplir les tâches respectives que la présente loi leur assigne.

Al. 2

...

- a. ... à l'OFSP, pour surveiller l'évolution ...
- b. à l'OFSP, pour effectuer une analyse ... d'exécution et pour préparer les bases ...
- c. à l'OFSP, pour évaluer la ...
- d. aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médicosociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

Al. 3

L'OFSP et les cantons sont responsables de garantir ...

Al. 4

L'OFSP met les données qu'il a récoltées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux ...

Al. 5

Le Conseil fédéral édicte, avec le concours des cantons et des assureurs, les dispositions nécessaires sur la collecte, le traitement et la transmission des données visées à l'alinéa 1, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Proposition de la minorité I

(Stöckli, Bischof, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Al. 2 let. a

- a. à l'OFSP et aux cantons, pour surveiller l'évolution ...

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Inchangé

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Der Datenaustausch zwischen Versicherern und Kantonen ist eines der Kernelemente von Efas. Hier bestand das Bedürfnis der Kantone, mehr Daten zu erhalten. Es wurde schon mehrfach aufgezeigt und gesagt: Heute erhalten die Kantone, da sie die stationären Leistungen mitfinanzieren, die entsprechenden Rechnungen, die sie teilweise auch bezahlen. Es sind 1,3 Millionen Rechnungen pro Jahr. Mit der Ausweitung auf die ambulanten Leistungen kommen neu 130 Millionen Rechnungen pro Jahr dazu. Es gab in der Kommission eine grosse und lange Diskussion zur Frage, wie man das regelt. Die Kantone wollten eigentlich alles, sie wollten auch zu allem etwas sagen. Sie wollten die zusätzlichen 130 Millionen Rechnungen, weil sie sagten, sie würden diese auch bezahlen, und sie wollen auch steuern. Das ist ja nachvollziehbar. Wir haben in den Beratungen am runden Tisch, den es damals gab, versucht, eine Lösung zu finden, einen Weg dazwischen. Artikel 21 ist ein Artikel, den wir schon in einer Subkommission beraten hatten. Es ist ein grösseres Thema: Welche Daten im heiklen Bereich des Gesundheitswesens, die besonders geschützt sind, kann und soll man liefern?

Das Konzept beinhaltet verschiedene Bereiche. Ich versuche, es so zusammenzufassen, dass man versteht, was wir alles gemacht haben und was wir Ihnen vorschlagen. Artikel 21 Absatz 1 sieht den Datenaustausch vor. Hier gibt es eine redaktionelle Änderung. Man spricht nicht mehr vom "Bundesamt", sondern konkret vom "BAG". Die Kantone sind eingeschlossen; wir nehmen somit ein weiteres Bedürfnis der Kantone auf. Bitte beachten Sie, dass wir hier im Grundsatz von aggregierten Daten sprechen. Das ist das Konzept von Artikel 21, das schon bestand. Grundsätzlich gibt man aggregierte Daten und nicht Individualdaten weiter. Bei Individualdaten hat man auch die Themen des Persönlichkeitsschutzes, des Datenschutzes, der Datensicherheit und der Verhältnismässigkeit.

Man bleibt beim Konzept, aber es soll im Gesetz festgehalten werden, wann Individualdaten weitergegeben werden können und man vom Grundsatz der aggregierten Daten abweicht. Das ist heute schon der Fall. Der Bundesrat kann vorsehen, dass in bestimmten Fällen für bestimmte Aufgaben Individualdaten weitergegeben werden. Diese Fälle sind in Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a, b und c aufgeführt. Die Buchstaben a, b und c werden angepasst, sodass "BAG" statt "Bundesamt" steht. Bei Buchstabe d, der neu ist, hält man fest, dass die Weitergabe von Individualdaten zur Aufsicht über die Leistungserbringer möglich ist. Das ist ein Anliegen der Kantone. Sie können Individualdaten verlangen, wenn es notwendig ist und wenn die Bedingungen, die



in Buchstabe d aufgelistet sind, erfüllt sind. Insbesondere kommen natürlich die Pflegeheime dazu und das Festlegen von Höchstzahlen von Ärzten und Ärztinnen.

Ein Thema, über das diskutiert wurde, war, dass die Kantone sicherstellen müssen, dass es keine Drehtüreffekte gibt. Davon spricht man, wenn Patienten und Patientinnen aus der stationären Behandlung in eine ambulante Behandlung und dann wieder zurück kommen und das zu schnell passiert. Das sollte man offenbar nur mit Individualdaten verfolgen.

Das ist die Erweiterung von Artikel 21 Absatz 2.

Absatz 5 wird ebenfalls neu eingefügt. Der Bundesrat bekommt die Möglichkeit, unter Einbezug der Kantone und der Versicherer Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten zu erlassen. Es wird aber festgehalten, dass er dabei die Verhältnismässigkeit beachten muss. So viel ist zu Artikel 21 zu sagen.

Gehen wir weiter auf Seite 30 und 31 der deutschen Fahne. Dort kommen bei Artikel 60 die angesprochenen Absätze 7, 7bis und 7ter. Absatz 7 hält fest, dass die Versicherer dem Kanton kostenlos – das ist der Grundsatz – den Zugang zu Daten ermöglichen, aber nur für Rechnungen im stationären Bereich. Die Rechnungen gehen zu den Versicherungen. Die Kantone können diese prüfen. Das Überprüfen der WZW-Kriterien ist in einer solchen Prüfung nicht enthalten. Das war immer die Frage: Prüfen die Kantone auch Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit? Man hatte grosse Bedenken, wenn die Kantone diese Kriterien auch noch prüfen. Das ist eine Kernaufgabe der Versicherer.

Wir haben vor allem auch aus Äusserungen der Patientenorganisationen Bedenken gehört. Man will verhindern, dass für eine Leistung eine Rechnung gestellt wird – sie geht zur Versicherung, diese prüft sie, gewährt allenfalls die Leistung und bezahlt die Rechnung – und dann der Kanton kommt und festhält: Wir sind nicht einverstanden, wir bezahlen nicht. Es war die Befürchtung, dass das System verlangsamt würde und dass das auf dem Buckel der Patienten passiert. Hier hat die Mehrheit entschieden, dass es für die Kantone Prüfungsmöglichkeiten geben soll. Es wird aufgelistet, was geprüft werden kann, aber die Möglichkeit zur Prüfung ist eingeschränkt und gilt nicht für die WZW-Kriterien.

Anzufügen ist bei Artikel 60 Absatz 7 und folgende, dass die Kantone bei den aggregierten Daten jene Daten erhalten, die im Datentarifpool sind; sie erhalten diese Daten dann also. Ebenfalls erwähnt werden muss, dass die Versicherer heute eine zertifizierte Datenannahmestelle haben. Dort geht es um Datensicherheit. Die Kantone kennen so etwas nicht. Hier soll der Bundesrat genauere Vorschriften machen. Das betrifft dann den letzten Satz von Absatz 7 von Artikel 60, der besagt, dass der Bundesrat da Vorschriften macht.

Absatz 7bis ist eines der Kernelemente, er besagt nämlich, dass der Kanton hier ein Widerspruchsrecht erhält. Er kann es unter bestimmten Umständen also verweigern, die

AB 2022 S 1124 / BO 2022 E 1124

Zahlung zu tätigen. Das gilt, wie gesagt, für die stationären Rechnungen. Wir waren klar der Meinung, dass wir keine WZW-Prüfung wollen. Was auch klar war: Eine Nichtübernahme der Kosten durch den Kanton darf nicht am Patienten hängenbleiben. Das würde dann einfach heissen, dass die Versicherer das Geld nicht erhalten. Klar, es ist dann das Versichererkollektiv, welches das mitträgt. Da die Versicherer in der OKP keine Gewinne machen, zahlt am Schluss alles das Versichertenkollektiv. Doch der einzelne Versicherer soll nicht plötzlich mit einem Widerspruchsrecht der Kantone belastet werden. Das ist so geregelt.

In Absatz 7ter ist auch aufgelistet, in welchen Fällen der Kanton sein Beschwerderecht ausüben kann. Die Minderheiten I (Stöckli) und II (Carobbio Guscetti) möchten hier noch weitere Möglichkeiten; das werden sie dann aber selbst begründen.

Insofern bitte ich Sie, hier der Mehrheit zuzustimmen. Das ist ein kluger Weg zwischen voller Datentransparenz – Datenfriedhöfen und Datenlieferungen – und einem berechtigten Anliegen der Kantone.

Stöckli Hans (S, BE): Gestern wurde betont, dass die Kantone eine entscheidende Aufgabe in unserem Gesundheitswesen haben. Ich denke, das gilt es auch heute zu beachten. Die Verfassung und das KVG übertragen den Kantonen eine grosse Zahl von Aufgaben. Sie müssen die Versicherungspflicht einhalten, sie müssen die Gesundheit fördern, sie müssen die Zulassung der Leistungserbringer prüfen, sie haben die Aufsicht zu regeln, sie müssen die Versorgung sicherstellen, sie haben die Tarife zu genehmigen, sie haben gleichzeitig auch Globalbudgets festzulegen, sie üben die Aufsicht über die Beschränkung der Ärzteschaft aus, und schliesslich sind sie auch für die Prämienverbilligung zuständig, wie wir gestern mehrheitlich beschlossen haben.

Um all diese Aufgaben wahrnehmen zu können, brauchen die Kantone Unterlagen. Sie brauchen Daten, sie müssen entscheidende Informationen haben, damit dieses ganze Portfolio ernsthaft gewährleistet werden kann. Es geht um Steuergelder. Nun wurde von den Kantonen – für mich in klarer Weise – dargelegt, dass für sie die Lösung, die die Mehrheit betreffend die Zurverfügungstellung der Daten vorsieht, nicht ausreicht.



Auch Sie haben entsprechende Schreiben von der GDK bekommen. Es war sogar von einem Casus Belli die Rede.

Wir haben dann versucht, diese Überlegungen in eine Form zu giessen, die einen Kompromiss ermöglicht. Diesen Kompromiss stellt der Antrag meiner Minderheit I dar. Die Minderheit I möchte, dass man den Kantonen diejenigen Daten zur Verfügung stellt, die sie zur Aufgabenerfüllung brauchen. Das ist insbesondere auf Seite 30 der Fahne, in Artikel 60 Absatz 7, umschrieben.

Die Mehrheit möchte nur die Daten liefern, welche den stationären Bereich betreffen. Der Bereich der ambulanten Leistungen und der Bereich der Pflege wären da nicht dabei. Heute sind ja die Kantone für die Pflege zuständig. Auch dieser Bereich würde nach der Version der Mehrheit für die Kantone nicht übersichtlich geregelt werden.

Dementsprechend ist es nötig, das vorzusehen, selbstverständlich unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen; das ist ja gar keine Frage, die Kantone haben das bisher im stationären Bereich auch geleistet. Das ist, grob zusammengefasst, der Inhalt des Antrages der Minderheit I.

Die Finma hat vor zwei Jahren in einer Medienmitteilung geschrieben: "Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht stellt aufgrund ihrer jüngsten Analysen fest, dass Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung häufig intransparent sind und zum Teil unbegründet hoch oder ungerechtfertigt scheinen." Unsere Finanzmarktaufsicht hat also den Krankenversicherern ein schlechtes Zeugnis ausgestellt. Dementsprechend ist es auch im Interesse der Steuerzahlenden, wenn auch die Kantone über genügend Daten verfügen, die es ihnen erlauben, die Steuergelder gerecht und korrekt einzusetzen.

Es ist richtig, dass man den Kantonen auch ein Beschwerderecht einräumt. Die Minderheit I möchte, dass die Beschwerdegünde noch um zwei für die Kantone wichtige Gründe ergänzt werden. Es geht darum, dass man beim grossen Paradigmenwechsel die Stellung der Kantone nicht unzulässig herabmindert und so ein anderes Ausgleichssystem, ein neues Verhältnis in unserem Gesundheitswesen installieren möchte.

Dementsprechend ersuche ich Sie, dem Antrag der Minderheit I zuzustimmen.

Carobbio Guscetti (S, TI): Wie erwähnt, betrifft Artikel 21 den Zugang der Kantone zu den Daten der Versicherer und hängt mit der Rechnungskontrolle nach Artikel 60 Absatz 7 zusammen. Es wurde gesagt, dass die Kantone neu auch die ambulanten Leistungen finanzieren. Deshalb ist es wichtig, dass die Kantone Zugang zu diesen Daten haben und eine Rechnungskontrolle möglich ist. Es ist nur logisch, dass die Kantone Zugang zu den aggregierten Daten und, falls nötig, auch zu anonymisierten Daten auf Ebene der versicherten Personen erhalten, um eine Steuerungsplanung der Versorgung auf kantonaler Ebene ausüben zu können. Eine solche Steuerungsplanung ist sinnvoll und nötig. Die Kantone haben es uns geschrieben: Bei der Überwachung der Kostenentwicklung und bei der Erarbeitung kostendämpfender Massnahmen in ihren jeweiligen Kompetenzbereichen sind neben dem Bund auch sie auf zuverlässige und aktuelle Daten angewiesen.

Der Antrag meiner Minderheit II zu Artikel 21 und zu Artikel 60 entspricht der ursprünglichen Haltung der Kantone. Darauf hat auch der Berichterstatter hingewiesen. Es war eine lange Diskussion, die in mehreren Phasen und mehreren Schritten erfolgte. In der Zwischenzeit hat die Mehrheit gewisse Schritte in Richtung der Haltung der Kantone gemacht, aber das genügt noch nicht. Zum Antrag der Minderheit I hat Herr Kollege Stöckli bereits gesprochen. Obwohl mein Minderheitsantrag II bei Artikel 21 und bei Artikel 60 die ursprüngliche Haltung der Kantone aufnimmt und insbesondere bei Artikel 60 zur Rechnungskontrolle gewisse Verbesserungen beinhaltet, bin ich der Meinung, dass der Minderheitsantrag I genügt, um den notwendigen Zugang zu den Daten und eine bessere Kontrolle durch die Kantone zu ermöglichen.

Deshalb ziehe ich meinen Minderheitsantrag II zu Artikel 21 und zu Artikel 60 zugunsten des Minderheitsantrages I (Stöckli) zurück.

Graf Maya (G, BL): Ich habe mich beim Eintreten nicht gemeldet, weil die Debatte sehr umfassend war und alle Argumente auf dem Tisch lagen. Ich möchte gerne noch einmal darauf hinweisen, dass wir bei diesem offenen Kritikpunkt zur schon recht guten Vorlage an einem Kippunkt angelangt sind, so könnte man es vielleicht nennen. Die Kantone, insbesondere auch die GDK, haben uns schon länger darauf hingewiesen. Wir können sagen, es besteht nun mit Artikel 21 und mit Artikel 60 eine Verbesserung in Richtung der Forderungen der Kantone in diesem Bereich.

Ich möchte Sie bitten, dass wir den Schritt Richtung Kantone ganz vollziehen und mit dem Minderheitsantrag I den Forderungen der Kantone entgegenkommen. Die Stärkung der Kantone in diesem umfassendsten Projekt seit der Einführung des KVG 1996 können und müssen wir zusammen mit den Kantonen machen, weil die Kantone verfassungsrechtlich die Kompetenz haben. Sie haben die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Somit müssen sie auch die Steuerung und Kontrolle behalten. Sie tragen gegenüber der Bevölkerung



in ihren Kantonen die Verantwortung dafür, dass die Gesundheitsversorgung gewährleistet ist, dass sie für jedermann und jedefrau zugänglich ist und dass das auch so bleibt, trotz den Herausforderungen, die wir hier haben. Ich weise hier nur auf das Thema der Langzeitpflege angesichts einer älter werdenden Bevölkerung hin.

Die Rolle der Kantone – das haben wir gesehen – war auch während der Pandemie unglaublich wichtig. Sie haben die stationären Kapazitäten in sehr kurzer Zeit zur Verfügung stellen müssen.

Um all diese Aufgaben bewältigen zu können, muss der Weg frei sein für eine optimale Nutzung von Daten. Der Zugang zu aggregierten und eben auch zu anonymisierten Daten der

AB 2022 S 1125 / BO 2022 E 1125

versicherten Personen muss auf allen Ebenen wirklich gegeben sein, damit in Zukunft eine sinnvolle kantonale Steuerung und vor allem eine Planung der Versorgungssicherheit möglich ist. Wir wissen, wie wichtig das ist und dass der Bund diesen Kompetenzbereich klar an die Kantone delegiert.

Ich möchte noch kurz ein Wort zu den Kantonen und den schützenswerten Daten sagen. Wenn der Bund und die Kantone unsere persönlichen Daten nicht schützen können, dann frage ich mich: Wer kann es denn besser? Ich verstehe nicht, wie man hier sagen kann, die Daten seien bei den Versicherern besser geschützt als bei den Kantonen. Letztere haben hier schon heute eine grosse Kompetenz, sie gehen mit sehr vielen schützenswerten Daten um, und sie sind nicht nur demokratisch legitimiert, sondern auch demokratisch kontrolliert. Das ist z. B. bei den Versicherern nicht der Fall.

Ich möchte Sie aus all diesen Gründen bitten, den bereits guten Antrag, der in die richtige Richtung geht, in den Artikeln 21 und 60 um den Antrag der Minderheit I (Stöckli) zu ergänzen. Nur damit ist der Zugang der Kantone zu den Rechnungskontrollen und zu den Daten in allen Leistungsbereichen auch in diesem neuen und umfassenden Projekt, das wir vor uns haben, wirklich gewährleistet.

Bischof Pirmin (M-E, SO): Ich bitte Sie, hier der Minderheit I zu folgen. Kollege Stöckli hat es gut beschrieben: Es geht um eines der zentralen Anliegen der Kantone. Schon nur dieser Umstand müsste uns zum Nachdenken bewegen. Die Kantone haben auch nicht immer recht, aber wenn der Datenzugang für sie zentral ist, dann sollten wir uns das ernsthaft überlegen.

Die Mehrheit möchte den Zugang der Kantone auf Daten und Rechnungen zum stationären Bereich in einem digitalen System beschränken. Die Kantone beteiligen sich aber schon heute substantiell, namentlich im Restkostenbereich und auch bei ambulanten Kosten. Im neuen System bleibt die Kostenübernahmeverpflichtung der Kantone natürlich bestehen. In diesem Sinne ist meines Erachtens auch in den ambulanten Bereichen ein Zugang nötig. Es braucht keinen Zugang zu jeder einzelnen Medikamenten- und Arztrechnung, die wegen eines Grippebesuchs erstellt wurde. Der Bundesrat wird aufgefordert, in der Verordnung zu bezeichnen, welche Leistungen betroffen sind. Die Bestimmung kann durchaus auch eine Betragsgrenze beinhalten. Man könnte sagen, dass der Zugang nur ab einem bestimmten Frankenbetrag oder etwas Ähnlichem möglich ist. Den Zugang in diesem Bereich zu verweigern, halte ich aber für falsch.

Ich empfehle Ihnen, hier der Minderheit I zu folgen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Ich empfehle Ihnen, bei der Mehrheit Ihrer Kommission zu bleiben. Ich glaube, die Mehrheit der Kommission hat eine Lösung gefunden, die sowohl den Ansprüchen der Versicherer als auch den Ansprüchen der Kantone Rechnung tragen kann.

Man muss sich das vorstellen: Heute prüfen die Kantone 1,3 Millionen Rechnungen für stationär erbrachte Leistungen. Wenn Sie jetzt der Minderheit I folgen, müssten vonseiten der Versicherer die Rechnungen sämtlicher ambulant erbrachter Leistungen an die Kantone weitergeleitet werden. Das sind 130 Millionen Rechnungen! Was machen dann die Kantone damit? Wenn sie diese ernsthaft prüfen möchten, müssten sie den Personalaufwand auf ihrer Seite massiv ausbauen.

Wir führen heute ein neues System ein. Wir erwarten von diesem System weniger Kosten, mehr Effizienz. Aber gerade mit dieser Bestimmung würden Sie sehr viele Vorteile der neu gewählten Version wieder zunichtemachen.

Ich empfehle Ihnen, der ausgewogenen Formulierung der Mehrheit zu folgen.

Juillard Charles (M-E, JU): Je vous inviterai à mon tour également à suivre la minorité I (Stöckli). Nous avons déjà eu l'occasion d'aborder cette question. On sait que les cantons se plaignent déjà aujourd'hui, à tort ou à raison – nous avons déjà eu ce débat ici à quelques reprises – du fait qu'ils n'aient pas les moyens d'assumer leur rôle, avec toutes les compétences qui leur sont allouées, parce qu'il leur manque, ou leur manquerait, des informations dont ils ont besoin pour pouvoir faire leur travail. Aujourd'hui, on assiste, avec cette proposition, à



une extension du champ de compétences des cantons. Il me paraît assez évident qu'il faut leur donner aussi les moyens de faire ce travail de contrôle de l'évolution des coûts.

Je ne reviendrai pas sur tous les autres arguments déjà énoncés ici, mais je crois qu'il est important de tenir compte du rôle des cantons. Lorsqu'il s'agit ensuite d'aller expliquer aux citoyens pourquoi les primes augmentent, pourquoi les coûts de la santé augmentent, ce sont les cantons qui sont au front. Les citoyens interpellent leurs parlementaires cantonaux, leur gouvernement cantonal. Il est important que ceux-là puissent faire leur travail de contrôle en toute connaissance de cause, raison pour laquelle je vous invite à suivre la minorité I.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Nur eine Anmerkung und eine Ergänzung: Erstens habe ich vergessen, das Stimmenverhältnis beim Antrag der Minderheit I zu nennen; es waren 6 zu 5 Stimmen. Sie sehen an der Anzahl Namen, wie gross die Minderheit war.

Zweitens zum sehr geschätzten Kollegen Stöckli: Er hat erwähnt, dass die Finma Zusatzversicherungen prüft – da bin ich nicht völlig uninformiert. Wir regeln hier die OKP, die obligatorische Versicherung. Da ist das BAG zuständig. Die Finma hat moniert, dass im Bereich der Zusatzversicherungen die Rechnungen teilweise doppelt verrechnet werden, dass Leistungen abgerechnet werden, die in der OKP schon abgerechnet wurden. Das war kein Problem der Prüfungsqualität in der OKP, sondern, wenn schon, ein Problem der Doppelverrechnung im Bereich der Zusatzversicherungen; das als Ergänzung.

Berset Alain, conseiller fédéral: D'un côté, il s'agit d'un domaine très important pour garantir le transfert des informations entre les assureurs et les cantons, de manière à vraiment réussir une bonne application de cette loi. D'un autre côté, j'ai l'impression que c'est simplement une question de volume, de largeur, d'importance ou d'épaisseur que l'on veut donner à ces flux d'informations.

J'ai l'impression que l'on dramatise un peu. Peut-être que quelque chose m'échappe, mais j'ai l'impression qu'il n'y a pas une immense différence entre ce que souhaite la majorité de la commission et ce que souhaite la minorité I (Stöckli). C'eût été autre chose avec la minorité II (Carobbio Guscetti) qui demandait quand même beaucoup, que toutes les informations soient transmises, sans que l'on sache précisément dans quel but. Ce n'est pas le cas avec la minorité I.

Cela dit, ce que propose la majorité nous paraît de nature à permettre aux cantons de garantir l'application de la loi, d'accomplir les tâches que la loi leur assigne. Ils reçoivent aussi beaucoup d'informations. Le Conseil fédéral peut également prévoir que des données individuelles soient transmises dans des buts bien précis. Il nous semble donc que la proposition de la majorité est une solution équilibrée, qui a fait l'objet de discussions avec les assureurs et avec les cantons, même si on entend maintenant que les cantons aimeraient un peu plus.

J'ai toujours des sentiments un peu contrastés lorsqu'il s'agit de livrer beaucoup d'informations: d'un côté, il faut livrer les informations nécessaires à la bonne application de la loi, d'un autre côté, nous avons constaté, notamment dans le domaine de la fixation des primes, qu'il est déjà arrivé – permettez-moi de le dire ici – que les cantons demandent plus de données que nécessaires. Ce n'est pas la première fois. D'ailleurs vous aviez alors accédé à leur demande, en vous fondant sur la même argumentation que celle qui a été avancée dans le débat tout à l'heure, à savoir: si les cantons demandent, il faut leur donner.

La question se pose aussi de l'efficacité et de l'optimum que l'on cherche à atteindre avec la transmission des données. Cela représente chaque fois des coûts, c'est compliqué, c'est chaque fois un travail important à réaliser. Il y a donc quelque part un optimum entre l'investissement qui est réalisé pour la livraison des données et ce que peuvent en faire les acteurs concernés.

AB 2022 S 1126 / BO 2022 E 1126

Nous sommes plutôt favorables à la proposition de la majorité, mais comme je l'ai dit, s'il fallait aller dans le sens de l'extension prévue par la minorité I, même si elle ne paraît pas absolument nécessaire, ce ne serait pas non plus un drame.

J'aimerais vous inviter, avec cette argumentation que j'ai essayé de rendre mesurée et équilibrée, à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit II ist zugunsten des Antrages der Minderheit I zurückgezogen worden.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5464)

Für den Antrag der Mehrheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 20 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Antrag der Kommission

a. Die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

Art. 25 al. 2 let. a

Proposition de la commission

a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médicosocial par:

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um den Einbezug der Pflege. Artikel 25a wird aufgehoben, und in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a wird – Sie sehen das auf der Fahne – "und Pflegeleistungen" eingefügt. Damit haben wir die Pflege jetzt auch formell ins Gesetz aufgenommen.

In Ihrer Kommission war die Aufnahme der Pflege am Schluss unumstritten. Ich bitte Sie, hier der Kommission zu folgen. Es liegt kein anderer Antrag vor.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Bundesrat verzichtet auf das Wort.

Angenommen – Adopté

Art. 25a

Antrag der Kommission

Aufheben

Art. 25a

Proposition de la commission

Abroger

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Kommission

Abs. 1

Die Versicherten können für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, unter den zugelassenen Leistungserbringern ...

Abs. 1bis, 1ter, 2bis-2quater, 3, 3bis, 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41

Proposition de la commission

Al. 1

En cas d'examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations ...

Al. 1bis, 1ter, 2bis-2quater, 3, 3bis, 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Wahlfreiheit bei den Pflegeheimen. Das ändert sich. Heute gilt die freie Wahl für ambulante Pflegeleistungen. Bei den Pflegeheimen ist es anders. Der Wohnkanton muss einer Patientin die Kosten nur dann nach den Regeln des Standortkantons abgelden, wenn er der versicherten Person keinen Platz in einem kantonalen Pflegeheim anbieten kann. Die Freizügigkeit ist bei den Pflegeheimen heute also eingeschränkt. Mit der Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung



von ambulanten und stationären Leistungen entfällt für die Kantone die Restfinanzierung und damit auch ein zentrales Argument gegen die Einschränkung der Freizügigkeit der versicherten Personen. Es gibt diese Unterschiede zwischen Kantonen in Zukunft also nicht mehr.

Deshalb beantragt die Kommission, dass die Freizügigkeit auch für die Pflegeleistungen gilt.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Bundesrat Berset wünscht das Wort nicht.

Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 2, 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 42 al. 2, 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 47a

Antrag der Kommission

Titel

... Behandlungen und Pflegeleistungen

Abs. 1

... setzen gemeinsam mit den Kantonen je eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen einerseits für ambulante ärztliche Behandlungen sowie andererseits für Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, zuständig ist. Die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in den Organen der Organisation, die für die sie betreffende Tarifstruktur verantwortlich sind, vertreten sein.

Abs. 3

... und diejenigen der Versicherer sowie die Kantone ein.

Abs. 4

... diejenigen der Versicherer sowie die Kantone nicht auf Grundsätze ...

Abs. 5

... sind verpflichtet, den Organisationen kostenlos die Daten ... der Tarifstrukturen notwendig sind.

Abs. 7

Die von den Organisationen erarbeiteten ...

Art. 47a

Proposition de la commission

Titre

... ambulatoires et pour les prestations de soins

Al. 1

... assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires, d'une part, pour les traitements médicaux ambulatoires et, d'autre part, pour les prestations de soins qui sont dispensées sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés de manière équitable dans les organes de l'organisation qui sont responsables de la structure tarifaire les concernant.

Al. 3

Si une organisation fait ... des assureurs, et pour les cantons.

Al. 4

... des assureurs et les cantons ne parviennent pas à s'entendre sur les principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement des organisations ...



Al. 5

... gratuitement aux organisations les données ... des structures tarifaires.

Al. 7

... par les organisations et leurs ...

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Mit dem Einbezug der Pflege braucht es, weil man ja auch bei der ambulanten Leistung eine Tariforganisation vorgesehen hat, jetzt zwei Tariforganisationen. Die Pflege – das war die Voraussetzung – wird dann einbezogen, wenn sie eigene und vor allem einheitliche Tarife hat. Dazu braucht es eine Tariforganisation, in die auch die Kantone mit einbezogen werden. Artikel 47a sieht es schon im Titel vor, Sie sehen es: Es geht um die "Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen und Pflegeleistungen". Es sind nun aber zwei Organisationen, und die Kantone sind einbezogen. Deshalb wird auch in den folgenden Bestimmungen die Mehrzahl benutzt, also "die Organisationen" bzw. "den Organisationen", und die Kantone sind immer mit einbezogen. Das ist die Begründung für die Änderung dieses Artikels.

Berset Alain, conseiller fédéral: Tout à l'heure vous avez décidé d'intégrer le domaine des soins. On n'en a pas beaucoup parlé, mais c'est une décision extrêmement importante qui a des conséquences massives pour l'ensemble du domaine de la santé. Elle répond naturellement à une demande express des cantons.

Il nous semble qu'il s'agit d'une conséquence assez logique de l'intégration des soins dans le projet que de prévoir également pour ce domaine-là une organisation tarifaire pour faire ce travail. Nous sommes donc évidemment d'accord avec la proposition de votre commission.

Angenommen – Adopté

Art. 47b

Antrag der Kommission

Titel

... Behandlungen und für Pflegeleistungen

Abs. 1

... sowie die Organisationen nach Artikel ...

Abs. 2

... gegen die Organisationen nach Artikel ...

Art. 47b

Proposition de la commission

Titre

... ambulatoires et les prestations de soins

Al. 1

... fédérations respectives ainsi que les organisations visées à l'article 47a sont tenus ...

Al. 2

... à l'encontre des fédérations de fournisseurs de prestations, et celles des assureurs, des organisations visées à l'article 47a ainsi que des fournisseurs de prestations et des assureurs concernés ...

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 49a

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral



Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier haben wir zwar keine Minderheit, aber wir haben natürlich Diskussionen geführt. Sie werden, wenn Sie der Kommission zustimmen, eine Differenz zum Nationalrat haben. Es geht um die Vertragsspitäler. Das sind Spitäler, die nicht auf einer Spitalliste sind. Diese sollen gemäss Antrag Ihrer Kommission eine gleich hohe Vergütung erhalten wie heute, nämlich 45 Prozent. Sie wissen ja, die Versicherer bezahlen 45 Prozent und die Kantone 55 Prozent. Aber da die Kantone die Vertragsspitäler nicht auf der Spitalliste haben, zahlen sie ihre 55 Prozent nicht.

Der Nationalrat würde deutlich mehr gewähren als Ihre Kommission und auch als der Bundesrat, der dazu ermahnt, hier nicht mehr zu geben. In der nationalrätlichen Version steht in Artikel 49a Absatz 2: "Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als die Vergütung durch die Versicherer nach Abzug des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag [...]." Gemäss der Vorlage, die wir jetzt vor uns haben, wären das 73,1 Prozent. Der Nationalrat würde den Vertragsspitalern also 73,1 Prozent gewähren, und Ihre Kommission beantragt Ihnen 45 Prozent.

Was würde es heissen, wenn der Anteil für die Vertragsspitäler auf 73,1 Prozent steigen würde? Wir haben uns informieren lassen. Die Verwaltung hat uns gesagt, und auch der Bundesrat geht davon aus – er hat es in seinem Bericht geschrieben –, dass es zu direkten Verschiebungen von etwa 100 bis 150 Millionen Franken aus der Zusatzversicherung in die Grundversicherung und damit zu einer Mehrbelastung der Prämienzahler kommen würde. Es würde zu einer Attraktivitätssteigerung der Vertragsspitäler führen und damit zu einer Mengenausweitung und auch zu einer Relativierung der Spitalplanung. Hier haben die Kantone zurückgemeldet, dass ihnen besonders dieser Punkt wichtig sei. Die Spitalplanung mit der Zulassungssteuerung ist ja, wie schon gesagt, für die Kantone zentral.

Deshalb bitte ich Sie im Namen der Kommission, dem Antrag des Bundesrates zuzustimmen und hier nur 45 Prozent zu gewähren.

Bauer Philippe (RL, NE): Je le confesse, je suis membre du conseil d'administration d'un groupe de cliniques privées. A ce titre, j'ai été approché par quelques membres de ce conseil et n'ai pas pu répondre à leurs demandes et à leurs interrogations concernant la position de la commission.

Le rapporteur nous a donné un certain nombre d'explications au sujet de l'article 49a alinéa 2, mais il m'apparaît qu'elles ne sont pas nécessairement convaincantes pour le maintien du même financement pour les hôpitaux conventionnés et les autres. Cette différence aurait en effet pour conséquence, à mon sens, de fragiliser la planification hospitalière des cantons et de décharger les assurances complémentaires. Or, et vous vous en souvenez peut-être, il y a une dizaine d'années le modèle des hôpitaux conventionnés a justement été intégré dans le nouveau financement hospitalier pour concurrencer la planification hospitalière avec des prix plus bas et pas de paiement de la part cantonale.

Il y a aussi eu deux décisions des Cours de droit social du Tribunal fédéral, et le nouveau financement a aussi introduit le principe du financement par prestation au lieu du financement de l'objet. Les Cours de droit social du Tribunal fédéral des assurances ont encore décidé dans la foulée que les cantons avaient également l'obligation de contribuer au traitement des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation lorsqu'ils sont traités dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis sur le territoire du canton de résidence. Cette obligation constitue la concrétisation d'un principe général de la LAMal selon lequel toutes les personnes soumises à l'assurance-maladie obligatoire ont droit au remboursement des coûts et des prestations assurées selon la LAMal.

En l'espèce, je suis un peu resté sur ma faim en lisant le communiqué de presse de la commission. Je me suis demandé si cela avait véritablement fait l'objet d'un long débat, puisque le communiqué est relativement laconique sur cette question. Il me semble que le Conseil national devrait se pencher sur cette question. Je n'ai pas voulu déposer de proposition,

AB 2022 S 1128 / BO 2022 E 1128

n'étant pas membre de la commission et ne maîtrisant pas suffisamment le dossier, mais il me semble que c'est une question très importante dans le cadre du projet de loi que nous sommes en train de discuter.

Berset Alain, conseiller fédéral: La discussion sur ce sujet est extrêmement importante, vous avez raison, M. Bauer, de le rappeler, et elle a eu lieu. Cette question est débattue depuis de nombreuses années. Le Conseil fédéral a publié, vous l'avez lu, sa proposition dans son avis. La question a également été traitée dans le rapport.

La question est la suivante: quelle est la situation aujourd'hui? Aujourd'hui, les hôpitaux conventionnés touchent les 45 pour cent qui correspondent à la part AOS et ils ne touchent pas les 55 pour cent provenant du finance-



ment par les cantons. Les hôpitaux conventionnés touchent donc aujourd'hui 45 pour cent. Avec la proposition du Conseil fédéral et de votre commission, les hôpitaux conventionnés continueraient de toucher 45 pour cent, alors que les hôpitaux inscrits dans la planification cantonale, eux, touchent aujourd'hui les 45 pour cent AOS et les 55 pour cent financés par le canton. Ils ont donc un financement, de ce point de vue, que l'on peut considérer à 100 pour cent. Le projet qui vous est soumis change cette relation et prévoit un financement égalitaire, moniste, entre l'ambulatorio et le stationnaire.

Si maintenant on profitait de cette situation pour augmenter la part de 45 pour cent à 75 pour cent pour les hôpitaux conventionnés, alors on ne renforcerait pas la planification hospitalière, on l'affaiblirait massivement, parce que, naturellement, l'incitation à gérer la planification nécessite aussi une différence pour ce qui est du financement, qui correspond d'ailleurs à ce qui existe aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle votre commission, après un débat assez nourri, avec beaucoup d'informations livrées, a décidé de soutenir l'avis du Conseil fédéral. Je crois qu'il y a une bonne argumentation: on ne veut justement pas changer la relation entre les hôpitaux conventionnés et ceux qui sont sur les listes cantonales de planification pour ne pas affaiblir la planification cantonale. C'est aussi pour cela que les cantons sont favorables à cette solution. Je crois que c'est ce qui explique également le fait que, à la suite d'un débat qui a été conséquent lors de la préparation, il n'y ait pas de minorité à ce sujet.

Angenommen – Adopté

Art. 50

Antrag der Kommission

Titel

Kostenübernahme für Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim oder ambulant erbracht werden

Abs. 1

Der Versicherer übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a erbracht werden:

a. in einem Pflegeheim;

b. ambulant durch einen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e.

Abs. 2

Die Leistungserbringer nach Absatz 1 verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese Instrumente beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung sowie im Fall der Pflegeheime auch die für Betriebsvergleiche und die Planung notwendigen Daten.

Abs. 3

Der Bundesrat legt für die Leistungserbringer nach Absatz 1 jeweils eine einheitliche Struktur für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik fest.

Abs. 4

Es sind schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, insbesondere zu Kosten und Ergebnisqualität, durchzuführen. Die Pflegeheime und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Durchführung der Betriebsvergleiche regeln. Er veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Abs. 5

Die Leistungserbringer nach Absatz 1 sind verpflichtet, ihre Kostenrechnung und Leistungsstatistik sowie die dazugehörigen Unterlagen zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Tarifvertragsparteien und die für die Tarifvertragsgenehmigung und die Tariffestsetzung zuständigen Behörden.

Art. 50

Proposition de la commission

Titre

Prise en charge des coûts des prestations de soins fournies dans un établissement médicosocial ou sous forme ambulatoire

Al. 1

Les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins qui sont fournies conformément à l'article



25 alinéa 2 lettre a:

- a. dans un établissement médicosocial;
- b. sous forme ambulatoire par un fournisseur de prestations désigné à l'article 35 alinéa 2 lettre e.

Al. 2

Les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 disposent d'instruments de gestion adéquats; afin de calculer les coûts d'exploitation et d'investissement et de classer les prestations, ils tiennent notamment une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon une méthode uniforme. Ces instruments contiennent toutes les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations et à la tarification, ainsi que, dans le cas des établissements médicosociaux, les données requises pour la comparaison entre établissements.

Al. 3

Le Conseil fédéral détermine pour les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

Al. 4

Il convient de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre établissements médicosociaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats. Les établissements médicosociaux et les cantons sont tenus de livrer les documents requis à cette fin. Le Conseil fédéral peut, après consultation des cantons, régler les détails de la mise en oeuvre des comparaisons entre établissements. Il publie les comparaisons entre établissements.

Al. 5

Les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 ont l'obligation de tenir à disposition pour consultation leur comptabilité analytique et leur statistique des prestations, ainsi que les documents correspondants. Les parties à la convention tarifaire et les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires ainsi que de fixer les tarifs ont le droit de consulter ces informations.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Kostenübernahme für Pflegeleistungen. Sie sehen, hier hat Ihre Kommission einen Artikel eingefügt. Es geht vor allem auch darum, dass man Kostentransparenz hat. Die grosse Sorge beim Einbezug der Pflege – der Bundesrat hat es auch gesagt – ist die Entwicklung der Prämien, ist die Kostendynamik, welche die Pflegeleistungen haben. Wir sind uns natürlich bewusst, dass wir, wenn wir sie einbeziehen – auch auf die Forderung der Kantone hin –, hier eine gewisse Unsicherheit haben. Deshalb möchten wir, dass es für die Pflegebereiche einen einheitlichen Tarif gibt und dass genügend Kostentransparenz geschaffen wird, bis dann in sieben Jahren auch die Pflege übernommen wird.

Die Fragen in Ihrer Kommission waren: Was sind die Auswirkungen des Einbezugs der Pflege auf die Kantone und Gemeinden? Gibt es eine Art Kostenbremse? Das gibt es nicht, wir haben das Risiko einer Kostenausweitung. Wenn man sich die Zahlen vor Augen führt, sieht man, dass von den Pflegekosten in der Höhe von rund 6,3 Milliarden Franken 3 Milliarden Franken von der OKP übernommen wurden

AB 2022 S 1129 / BO 2022 E 1129

und 1 Milliarde von den Patienten; 2,3 Milliarden Franken sind Restfinanzierungen. Es gibt hier also ein Potenzial, das man gut im Auge behalten will. Artikel 50 schafft die Methode dazu.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Bundesrat wünscht das Wort nicht.

Angenommen – Adopté

Art. 51 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 51 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ganz kurz: Hier wurde der Wegfall der Kantonsfinanzierung bei den Vertragsspitalern berücksichtigt. Die Bestimmung ist jetzt redaktionell korrekt.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Bundesrat möchte sich nicht äussern.

Angenommen – Adopté

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

Antrag der Kommission

3. ... nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, welche nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;

Art. 52 al. 1 let. a ch. 3

Proposition de la commission

3. ... conformément à l'article 25 alinéa 2 lettre b ou pour des prestations de soins visées à l'article 25 alinéa 2 lettre a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1;

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist nur eine redaktionelle Änderung. Sie haben eine neue Aufteilung der Kosten für Pflegematerial beschlossen, und auf Artikel 25a kann nicht mehr verwiesen werden, da dieser aufgehoben wird.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Bundesrat Berset verzichtet auch hier auf das Wort.

Angenommen – Adopté

Art. 55b

Antrag der Mehrheit

Titel

Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m

Abs. 1

Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

Abs. 2

Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Dittli, Gapany, Germann, Müller Damian)

Streichen

Art. 55b

Proposition de la majorité

Titre

Evolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres b à g et m

Al. 1

Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette catégorie est en dessus de la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

Al. 2

Les cantons désignent les catégories concernées de fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1.

*Proposition de la minorité*

(Dittli, Gapany, Germann, Müller Damian)
Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Mehrheit beantragt Ihnen, einen Artikel 55b einzufügen. Das Abstimmungsresultat betrug 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung. Mit diesem Artikel will man die Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringer regeln, insbesondere die psychotherapeutischen Leistungen; diese sind im ambulanten Bereich noch nicht geregelt. Wir haben diese Diskussion im Zusammenhang mit dem Anordnungsmodell schon verschiedentlich geführt. Die Motion 20.3914 der SGK-N, "Zulassungssteuerung bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen", haben wir ja auch angenommen. Damit sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, auch das Angebot nichtärztlicher Leistungserbringer zu regeln, sind doch die ärztlichen Leistungserbringer bereits über die Zulassungssteuerung geregelt. Das betrifft Artikel 55b, der die Forderung dieser Motion aufnimmt. Voraussetzung für diese Kompetenz der Kantone ist, dass das Kostenniveau im Verhältnis zu den anderen Kantonen überdurchschnittlich ansteigt. Artikel 55b geht also weniger weit als die analoge Regelung betreffend die Ärztinnen und Ärzte, bietet den Kantonen in diesem Bereich aber eine Handhabe und setzt damit auch die Motion um. Ich bitte Sie deshalb, hier der Mehrheit zu folgen.

Dittli Josef (RL, UR): Ich bitte Sie, Artikel 55b zu streichen. Er ist etwas verunglückt, so wie er da hineingekommen ist.

Am 1. Juli 2021 ist der neue Artikel 55a KVG in Kraft getreten. Seither haben die Kantone die Möglichkeit, die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Mit dem von der Mehrheit beantragten Artikel 55b würde diese Zulassungsbeschränkung bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung nun auf Leistungserbringer im nichtärztlichen Bereich ausgeweitet.

Solch eine Ausweitung ist meines Erachtens weder nötig noch sinnvoll. Mit den bestehenden, gesetzlich verankerten Instrumenten der Wirtschaftlichkeitskontrolle und der Qualitätsentwicklung können nicht notwendige Leistungen bereits heute verhindert werden. Hinzu kommt, dass es schwierig ist, eine genaue, bedarfsgerechte Anzahl von Leistungserbringern festzulegen. Diese hängt zu stark von den kantonalen und regionalen Versorgungsstrukturen ab. Eine pauschale Regel im Sinne von "oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts", wie es die Mehrheit beantragt, würde dieser Vielfalt nicht gerecht und würde am Bedarf der Bevölkerung vorbeisteuern. Zudem gibt es beim erst gerade in Kraft gesetzten Artikel 55a bekanntlich einige Einführungsprobleme. Wenn die Zulassungssteuerung künftig schon ausgeweitet

AB 2022 S 1130 / BO 2022 E 1130

werden soll, braucht es nach ein paar Jahren Erfahrung eine Gesamtevaluation der Wirkung. In diesem Kontext könnte dann auch über eine solche Ausweitung diskutiert werden, aber nicht vorher.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel dafür nennen, was dieser Artikel bewirken könnte: Apotheken in Kantonen, die ausschliesslich das sogenannte Rezeptursystem kennen – Medikamente müssen dort in den Apotheken bezogen werden –, befinden sich kostenmässig über dem schweizerischen Durchschnitt und wären von dieser Bestimmung betroffen. Würde nun ein solcher Kanton die Zulassung der Apotheken beschränken, wäre die Versorgungssituation kritisch, weil nur Apotheken die Bevölkerung mit Medikamenten versorgen und Medikamente nicht wie in anderen Kantonen auch in einer Arztpraxis bezogen werden können.

Ich bitte Sie also, dem Antrag der Minderheit zu folgen, weil im Prinzip alles schon in Artikel 55a geregelt ist.

Berset Alain, conseiller fédéral: Dans ce domaine aussi, il s'agit de savoir comment mettre en place un système à la satisfaction de l'ensemble des acteurs. J'aimerais vous inviter, comme je l'ai fait tout à l'heure, à suivre la majorité de votre commission, qui a essayé de trouver cet équilibre très fin entre l'intérêt des cantons et celui de l'ensemble des acteurs – c'est le cas ici. Il existe depuis le 1er juillet 2021 une possibilité pour les cantons de limiter le nombre de médecins fournissant des prestations ambulatoires. Cela dit, il a bien fallu constater que, même si une grande partie des exigences des cantons sont déjà remplies grâce à cet article, il faut encore trouver une solution pour l'admission des fournisseurs de prestations non médicaux. Nous avons, dans des rapports fournis par l'administration et à la suite de discussions que nous avons eues au sein de votre commission, soutenu l'idée qu'il fallait un mécanisme d'action, qui est moins détaillé que celui qui concerne les médecins. Cela dit, il nous semble important de donner aux cantons la possibilité de piloter également ce domaine, parce que ces mécanismes de pilotage sont essentiels pour les cantons s'ils doivent cofinancer – ce qui est nouveau – les prestations ambulatoires.

Pour ces raisons, j'aimerais vous inviter à soutenir la proposition de la majorité de votre commission.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5465)

Für den Antrag der Mehrheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Gliederungstitel vor Art. 60

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 60

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 60

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

...

a. ... ausgenommen sind Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.

b. ...

1. ... wohnen. Bei einem Wohnsitzwechsel innerhalb der Schweiz ist der Kanton massgebend, in dem die versicherte Person zu Beginn eines Monats ihren Wohnsitz hat.

2. ... als Wohnkanton (Stichtag gemäss Ziff. 1) gilt.

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 26,9 Prozent.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5

Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind.

Abs. 6

Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2ter gilt und er somit für deren Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7bis

Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen.

Abs. 7ter

Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 7bis berechtigt. Er kann nur rügen:

a. dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;

b. dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;

c. dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.



Abs. 8

Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 2bis

Für die Berechnung des Kantonsbeitrags werden die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 24,1 Prozent.

Antrag der Minderheit I

(Stöckli, Bischof, Carobbio Guscelli, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, welche er zur Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz benötigt. Das sind Rechnungen, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 oder eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7ter Bst. abis

abis. dass der Leistungserbringer Auflagen im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag nicht einhält;

Abs. 7ter Bst. d

d. dass der Kanton aufgrund des Wohnsitzes nicht zuständig ist.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscelli, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten. Der

AB 2022 S 1131 / BO 2022 E 1131

Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 60

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

a. ... les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'article 49a sont exclues;

b. ...

1. canton; en cas de changement de domicile à l'intérieur de la Suisse, le canton déterminant est celui dans lequel l'assuré a son domicile au début du mois.

2. ... est le canton concerné (date de référence: selon ch. 1).

Al. 3

... Ce taux se monte à 26,9 pour cent au moins.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5

Les assureurs transmettent à l'institution commune (art. 18) les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

Al. 6

Ils communiquent aux cantons les assurés pour lesquels ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou qu'il soit considéré comme tel en vertu de l'article 41 alinéa 2ter, et qu'il doit donc verser une contribution cantonale pour ses prestations, il rend une décision.



Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Al. 7bis

Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral. Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans les factures contestées, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue.

Al. 7ter

Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'article 58 LPGA contre la décision de l'assureur visée à l'alinéa 7bis. Il peut seulement invoquer le fait:

- a. que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;
- b. qu'un tarif non autorisé est utilisé;
- c. que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

Al. 8

Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune.

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 2bis

Le produit des actions récursoires fondées sur l'article 72 alinéa 1, LPGA sont déduits des coûts selon l'alinéa 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

Al. 3

... Ce taux se monte à 24,1 pour cent au moins.

Proposition de la minorité I

(Stöckli, Bischof, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)

Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures dont il a besoin pour accomplir les tâches que la présente loi lui assigne. Il s'agit de factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1, ou une prestation désignée par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Al. 7ter let. abis

abis. que le fournisseur de prestations ne respecte pas les conditions relatives au mandat de prestations;

Al. 7ter let. d

d. que, compte tenu du domicile, le canton n'est pas compétent.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai à toutes les données des factures. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe a macht redaktionell einfach klar, dass die auf einen Vertrag nach Artikel 49a gestützten Leistungen nicht vergütet werden. Es geht um die Vertragsspitäler. Das ist konsequent.

Bei Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 1 muss man festhalten, dass die Restfinanzierung ja wegfällt und bei der Pflegefinanzierung eine freie Wahl besteht. Deshalb wollte man, dass die Wohnsitzfrage und die Kostenübernahme durch den Kanton geklärt sind. Unser Antrag dient der Klärung der Frage, ab welchem Zeitpunkt welcher Kanton zuständig ist.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Zu den Absätzen 2bis und 3 liegt ein Antrag der Minderheit I vor.



Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das war ein weiterer Schwerpunkt in unserer Diskussion; da geht es um Brutto- oder Nettoleistungen. Ich habe im Eintretensvotum schon darüber gesprochen. Es geht darum, an welchen Kosten sich der Kanton beteiligt. Beteiligt er sich an den Bruttokosten der Leistung, also an Kosten, die entstanden sind, egal wer sie bezahlt, ob die Versicherung oder der Patient, die Patientin? Oder beteiligt er sich an den Nettokosten? Das wären die Kosten, die der Versicherung effektiv angefallen sind, also nach Abzug der Kosten, die der Patient selber zu tragen hat. Es wurden uns drei Gründe für die Übernahme des Nettoprinzips aufgezeigt.

Es ist ein administratives Thema; auch mit der Beteiligung an der Bruttoleistung wäre ein Anstieg der administrativen Kosten verbunden. Die Versicherer müssen möglichst alle Rechnungen erhalten, damit sie den Kantonsbeitrag auch für die Rechnungen erhalten, die sie nicht bezahlen. Um ein Beispiel aufzugreifen: Der Versicherer hat ein grosses Interesse daran, die Rechnung über die 1000 Franken, die der Versicherte vollumfänglich bezahlt hat, zu erhalten, damit er seinen Anteil vom Kanton erhält – das wären jetzt in unserem System, wenn der Patient 1000 Franken selber bezahlt, 260 Franken. Also ist es ein administrativer Aufwand. Ist dieser erste Grund politisch vertretbar? Können wir es erklären, wenn wir sagen, der Kanton muss sich an Kosten beteiligen, die der Versicherer gar nicht hatte?

Dann wurden uns noch verfassungsmässige Bedenken aufgelistet. Man ist sich nicht sicher, ob das Bruttoprinzip verfassungsmässig überhaupt geht, weil man sich bewusst sein muss, dass es relativ viele Situationen gibt, in denen versicherte Personen ihre Franchisen nicht ausschöpfen. Bei einem Viertel oder einem Drittel der Versicherten übernimmt die Versicherung im Verlauf eines Jahres gar nichts, während der Kanton da nach dem Bruttoprinzip immer ein Viertel bezahlen müsste. Dann würde nur der Kanton zahlen, aber die Versicherung nicht. Es sei fraglich, ob mit diesem Prinzip dem verfassungsrechtlichen Anspruch, dass man eine Versicherung haben muss, Genüge getan sei. Ich gebe das so wieder, ich bin selber nicht Jurist. So wurde es uns gesagt.

AB 2022 S 1132 / BO 2022 E 1132

Insofern bitte ich Sie hier, der Mehrheit zu folgen. Ich muss noch erwähnen, dass wir auch diskutiert haben, ob das Nettoprinzip oder das Bruttoprinzip Auswirkungen auf den Anreiz haben, andere Franchisenmodelle zu wählen, und ob so einer falschen Entwicklung Vorschub geleistet wird. Uns hat man versichert, dass es keine Auswirkung auf die Franchisenmodelle haben wird, ob man jetzt das Netto- oder das Bruttoprinzip wählt. Man hat dann ausgemehrt, und der jetzige Antrag der Mehrheit hat obsiegt. Das Abstimmungsresultat war 9 zu 3 Stimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Weshalb habe ich diesen Minderheitsantrag eingereicht? Ich habe ihn eingereicht, weil sich diese Bestimmung direkt gegen die Eigenverantwortung des Versicherten im Gesundheitswesen und gegen kostenbewusstes Verhalten richtet. Diese Gesetzesbestimmung wirkt zwar sehr technisch, hat aber direkte Folgen für Versicherte mit höheren Franchisen, also Franchisen von 1500, 2000 oder 2500 Franken.

Es geht um die Frage, wie künftig die Beiträge der Kantone berechnet werden. Die Mehrheit beantragt den sogenannten Nettoansatz. Das heisst, der Kanton beteiligt sich mit 26,9 Prozent an den Nettoleistungen der Krankenkassen, also den Leistungen ohne Kostenbeteiligung der Patienten.

Wenn ein Spitalaufenthalt, um das mit einem Beispiel zu verdeutlichen, 10 000 Franken kostet, dann wird beim Nettoansatz zunächst die Beteiligung des Versicherten, also die Franchise und der Selbstbehalt, abgezogen. Bei der Höchstfranchise von 2500 Franken bleiben bei diesem Beispiel 6800 Franken übrig. Von diesem Betrag übernimmt der Kanton 26,5 Prozent oder 1802 Franken. Gemäss meinem Minderheitsantrag müsste er 2400 Franken übernehmen. Der Rest – 4998 Franken – geht zulasten der Krankenkasse.

Mit dem Nettoansatz erhalten die Kassen also für Versicherte mit höheren Franchisen markant tiefere Kantonsbeiträge als für Personen mit einer Franchise von 300 Franken. Eine Studie des Instituts für Wirtschaftsstudien Basel schätzt die Umverteilung der Kantonsbeiträge auf jährlich 300 Millionen Franken. Sie komme vor allem der Minimalfranchise von 300 Franken zugute. Diese Umverteilung hat Folgen. Sie führt dazu, dass die Versicherer die Rabatte bei den hohen Franchisen reduzieren müssen. Sie müssen den Rückgang der kantonalen Beiträge letztlich durch höhere Prämien bei den hohen Franchisen kompensieren. Dadurch verlieren diese an Attraktivität. Dies läuft jedoch den Spareffekten entgegen, die man über die Stärkung der Selbstverantwortung erzielen wollte.

Der Bundesrat hält den Bruttoansatz verfassungsrechtlich für sehr zweifelhaft. Für ihn ist alles andere als klar, ob es die Verfassung erlaubt, die Kantone zu einem Beitrag für Leistungen zu verpflichten, die nicht von den Kassen, sondern letztlich von den Versicherten bezahlt würden. Diese Interpretation ist für mich fragwürdig. Als Versicherer sehe ich mich als versicherte Person im Kollektiv der Versicherung. Dieses Kollektiv trägt die



entstandenen Kosten. Es ist doch unerheblich, wie die Kosten im Kollektiv verteilt werden.

Mit der Nettomethode würden Versicherte mit hohen Franchisen systematisch benachteiligt. Da bei dieser Methode der Kantonsbeitrag bei ambulanten Eingriffen und hohen Franchisen in vielen Fällen wegfallen würde, würden diese Bürgerinnen und Bürger von ihrem Kanton schlechter behandelt als jene mit tiefen Franchisen. Es wäre also auch wieder eine Ungleichbehandlung. Für mich ist diese Situation verfassungsrechtlich mindestens so zweifelhaft wie die vom Bundesrat gegen das Bruttoprinzip angeführten Argumente.

Der Kommissionssprecher hat jetzt ausgeführt, der administrative Aufwand wäre höher. Ich als Versicherter bin ja auch gehalten, sämtliche Arztrechnungen aufzubewahren, die ich übers Jahr erhalte, um zu schauen, ob die Kosten, die mir entstanden sind, unter oder über der Franchise liegen. Wenn sie höher als die Franchise sind, bin ich doch daran interessiert, diese Rechnungen einzugeben, damit die über der Franchise liegenden Kosten durch die Krankenkasse bezahlt werden. Ich finde die Argumentation der Mehrheit deshalb nicht gerade stichhaltig.

Die Auswirkungen bezüglich der Bundesverfassung habe ich erwähnt.

Ich meine, dass es wirklich sinnvoll und auch dringlich wäre, das Bruttoprinzip zu wählen und die Eigenverantwortung im Gesundheitswesen zu stärken. Das machen wir ja mit höheren Franchisen. Wenn Sie aber den Nettoansatz wählen, wird das obsolet.

Ich empfehle Ihnen, meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Dittli Josef (RL, UR): Es geht hier um die Grundsatzfrage der Berechnung der Kantonsbeiträge, also um die Frage, ob die Berechnung nach dem Brutto- oder dem Nettoprinzip erfolgen soll. Ich plädiere klar für das Nettoprinzip und erläutere Ihnen im Folgenden, wieso.

Beim Bruttoprinzip wird der Kantonsbeitrag ohne Abzug von Franchise und Selbstbehalt berechnet, beim Nettoprinzip hingegen erst nach deren Abzug. Im Rahmen des Nettoprinzips beteiligen sich sowohl die Kantone als auch die Versicherer lediglich an den Kosten der Versicherungsleistungen, nicht aber an den Kosten für Leistungen, die im Rahmen der Kostenbeteiligung von Privatpersonen übernommen werden.

Mit dem Bruttoprinzip müssten die Kantone, wie heute im stationären Bereich, auch im ambulanten Bereich ihren Anteil an die Bruttokosten der Leistungen zahlen. Folglich würden die Versicherer wegen Franchise und Selbstbehalt in vielen Fällen nichts bezahlen, während die Kantone ihren Anteil in jedem Fall, unabhängig von Franchise und Selbstbehalt, bezahlen müssten. Ein solcher Ansatz wirft einige verfassungsrechtliche Fragen auf und ist in einem Versicherungssystem mehr als fragwürdig. Das Nettoprinzip ist nach geltendem Versicherungsgesetz für die Berechnung der Kantonsbeiträge sachgerecht.

Ich empfehle Ihnen deshalb, hier dem Nationalrat, dem Bundesrat und der Mehrheit zu folgen.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission.

On peut imaginer les prestations nettes ou les prestations brutes, pour ce qui est de la neutralité des coûts cela pourrait être la même chose. C'est pour cela d'ailleurs qu'il y a un pourcentage différent à l'alinéa 3. Par contre, les conséquences sont différentes.

Avec la proposition de la minorité I (Hegglin Peter), nous avons deux points de réflexion qui nous conduisent à soutenir la majorité.

D'une part c'est que, de facto, on introduirait avec cette proposition le système du tiers payant pour tout le monde, puisque toutes les factures seraient adressées aux assureurs. Ce serait donc de facto une introduction du système du tiers payant généralisée. On s'attend à ce que cela ait pour conséquence l'augmentation des coûts administratifs des assureurs. D'autre part, il existe du côté des spécialistes qui nous ont accompagnés pour ce projet des doutes sur la constitutionnalité de cette solution. Pour quelle raison est-ce qu'il y a des doutes sur la constitutionnalité? Parce que les cantons devraient, pour une part importante d'assurés, prendre en charge les coûts, alors que les assureurs n'effectueraient aucun remboursement si la franchise des assurés n'est pas encore atteinte.

Puisqu'on peut faire l'un ou l'autre et qu'il nous paraît que la question des prestations, telle qu'elle est réglée par la majorité selon l'avis du Conseil fédéral, permet d'éviter les deux problèmes que j'ai mentionnés, j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Berichterstatter wünscht noch das Wort zu Absatz 6.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Absatz 6 beinhaltet auch eine Art Rechtsweg, auf dem die Kantone ihren Widerspruch geltend machen können. Es gab in der Kommission eine Diskussion, ob man da jetzt nicht eine Vermischung von Rechtswegen hätte, weil es zwei verschiedene Rechtswege gibt. Aber es braucht zwei Rechtswege. Der eine gilt für die Frage des Wohnsitzes. Versicherer und



AB 2022 S 1133 / BO 2022 E 1133

Kanton können sich bezüglich des Wohnsitzes miteinander auseinandersetzen. Da muss der Kanton einen Rechtsweg haben, und das ist ein anderer Rechtsweg als der Rechtsweg für die Rechnungsprüfung, bei der der Kanton auch ein Widerspruchsrecht hat. Deshalb sind für die verschiedenen Themen, bei denen der Kanton ein Widerspruchsrecht hat, die Rechtswege unterschiedlich geregelt. Das zur Erläuterung von Absatz 6.

Abs. 2bis, 3 – Al. 2bis, 3

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5466)

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7, 7ter Bst. abis, d – Al. 7, 7ter let. abis, d

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit II wurde bei Artikel 21 zurückgezogen. Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 21 abgelehnt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Abs. 4 – Al. 4

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5467)

Für Annahme der Ausgabe ... 39 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(0 Enthaltungen)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Art. 60a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5bis

Die Versicherten leisten zudem für Pflegeleistungen, welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Der Bundesrat legt die maximale Höhe des Beitrags in Franken fest. Die Kantone können den Beitrag ganz oder teilweise übernehmen.



Abs. 5ter

Bei Pflegeleistungen, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet wurden (Akut- und Übergangspflege), schuldet die versicherte Person während längstens zwei Wochen keinen Beitrag nach Absatz 5bis.

Abs. 7 Bst. b

b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche ...

Abs. 8

Kostenbeteiligungen nach den Absätzen 2 und 5 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden ...

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 2bis

Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 wird vor der Erhebung der Kostenbeteiligung abgezogen.

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5bis

Les assurés versent pour les prestations de soins qui leur sont fournies sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial une contribution aux coûts pour les prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la contribution en francs. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de la contribution.

Al. 5ter

Pour les prestations de soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin de l'hôpital (soins aigus et de transition), aucune contribution au sens de l'alinéa 5bis n'est due par l'assuré durant deux semaines au plus.

Al. 7 let. b

b. prestations visées à l'article 25 qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, ...

Al. 8

La participation aux coûts prévue aux alinéas 2 et 5 ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée ...

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 2bis

La contribution cantonale visée à l'article 60 est déduite avant la perception de la participation aux coûts.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um den Beitrag der Versicherten an die Pflegeleistungen. Es ist klar, das sollte sich durch Efas nicht verändern. Es war in der Kommission ein grosses Anliegen, dass die Einführung von Efas nicht dazu führt, dass Personen, die in einem Pflegeheim sind, plötzlich mehr Beiträge bezahlen müssen als heute. Heute ist die Beteiligung des Patienten auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags begrenzt. Dieser Pflegebeitrag ist in der Krankenpflege-Leistungsverordnung mit Fr. 115.20 definiert. 20 Prozent davon machen 23 Franken aus. Sie sehen dann auch in Ziffer III Absatz 6, wie wir das absichern wollten.

Artikel 64 Absatz 5ter weist eine Spezialität auf. Heute gibt es für Leistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, die sogenannte Akut- und Übergangspflege. Diese wird für längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Neu entspricht die Spitalfinanzierung aber der Pflegefinanzierung. Deshalb kann dieses Instrument grundsätzlich gestrichen werden. Es gibt aber einen Unterschied. Es geht um die Frage der Beteiligung der Patientinnen und Patienten, eben um diese 23 Franken. Heute bezahlen die Patientinnen und Patienten nach den Regeln der Spitalfinanzierung bei der Akut- und Übergangspflege null Franken. Neu würde der Patientenbeitrag 23 Franken pro Tag betragen, also höchstens 322 Franken für zwei Wochen. Das will man verhindern, indem man Absatz 5ter einführt.



Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 60 abgelehnt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 79a
Antrag der Kommission
Aufheben

AB 2022 S 1134 / BO 2022 E 1134

Art. 79a
Proposition de la commission
Abroger

Angenommen – Adopté

Ziff. II
Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit
(Stöckli, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)
Abs. 2

Der Bundesrat führt eine Evaluation dieses Gesetzes durch. Dabei prüft er insbesondere, ob die Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen für die Kantone und Versicherer bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019 kostenneutral war und ob der höhere finanzielle Beitrag einzelner Kantone sich in entsprechend tieferen Prämien in diesen Kantonen niedergeschlagen hat. Der Bundesrat soll dem Parlament nötigenfalls eine Anpassung von Artikel 60 Absatz 3 vorschlagen.

Ch. II
Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité
(Stöckli, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul)
Al. 2

Le Conseil fédéral soumet cette loi à une évaluation. En particulier, il examine si l'introduction du financement uniforme des prestations a été neutre en termes de coûts pour les cantons et les assureurs par rapport aux années 2016 à 2019, et si la contribution financière accrue de certains cantons s'est traduite par une baisse correspondante des primes dans ces cantons. Si nécessaire, le Conseil fédéral doit proposer au Parlement une adaptation de l'article 60 alinéa 3.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Der Minderheitsantrag wird ja zurückgezogen. Ich glaube, beide wollen das Gleiche. Es geht nur um die Frage, ob man es im Gesetz festhalten will. Die Minderheit wollte das im Gesetz klar regeln, und die Mehrheit hatte das Gefühl, die Motion sei der richtige Weg. Die Kommission hat sich mit 9 zu 4 Stimmen für die Motion entschieden.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Stöckli, möchten Sie sich noch zum Antrag der Minderheit äussern?

Stöckli Hans (S, BE): Ich ziehe hiermit den Minderheitsantrag zurück. Ich bin eigentlich überzeugt, rein von der Bedeutung her, dass eine Evaluation sinnvoll wäre. Wir haben davon gesprochen, dass es sich um die grösste Veränderung im ganzen Gesundheitsgesetzgebungsprozess seit der Entstehung dieses Gesetzes handle. Ich denke auch, dass die Veränderungen gross sein werden. In meinem Kanton werden die Prämien erheblich steigen, im Umfang von 50 Millionen Franken. In anderen Kantonen werden die steuerlichen Belastungen erheblich grösser werden. Es gibt einen grossen Veränderungsprozess, und da wäre es klug gewesen, wenn



der Auftrag, eine Evaluation zu machen, im Gesetz gestanden wäre. Das wäre eine Evaluationsklausel, wie sie in unserem Recht gang und gäbe ist. Ich habe hier ein achtseitiges Dokument vom Bundesamt für Justiz, das auflistet, in welchen Gesetzen Evaluationsklauseln stehen. Aber ich bin, als Protestant, auch nicht päpstlicher als der Papst.

Dementsprechend ziehe ich den Minderheitsantrag zurück.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit ist zurückgezogen worden. Der Bundesrat verzichtet auf das Wort.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten mindestens dem in Artikel 60 Absatz 3 vorgesehenen Wert entsprechen. Der Mindestprozentsatz der einzelnen Kantone für den Kantonsbeitrag in den ersten vier Jahren nach Inkrafttreten richtet sich nach der Tabelle 1 im Anhang.

Abs. 2, 3

Streichen

Abs. 4

Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 sind für die Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a ausgenommen.

Abs. 5

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 werden bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.

Abs. 6

Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a liegt der Prozentsatz nach Artikel 60 Absatz 3 bei 24,5 Prozent.

Abs. 7

Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.

Abs. 8

Der Bundesrat legt für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis die jeweiligen maximalen Beiträge der Versicherten pro Tag für Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, so fest, dass sie jeweils nicht höher sind als vor dem Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Abs. 1

... von sechs Jahren nach ... in den ersten sechs Jahren nach ...

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Abs. 1bis

Jeder Erhöhung des Kantonsbeitrags in einem Jahr, um den in Artikel 60 festgelegten Prozentsatz zu erreichen, entspricht eine vergleichbare Senkung der Versichertenprämien im betreffenden Kanton im gleichen Jahr. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 6

... nach Artikel 60 Absatz 3 bei 21,7 Prozent.



Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 1

Le taux en pour cent de la contribution cantonale doit correspondre au moins à la valeur définie à l'article 60 alinéa 3, au plus tard quatre ans après l'entrée en vigueur. Le pourcentage minimal de chaque canton pour la contribution cantonale au cours des quatre premières années suivant l'entrée en vigueur est déterminé dans le tableau 1 en annexe.

Al. 2, 3

Biffer

Al. 4

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, les prestations au sens de l'article 25a alinéa 1, sont exclues du calcul de la contribution cantonale visée à l'article 60.

Al. 5

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, les prestations de soins aigus et de transition visées par l'article 25a alinéa 2, sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins.

AB 2022 S 1135 / BO 2022 E 1135

Al. 6

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, le taux visé à l'article 60 alinéa 3, est de 24,5 pour cent.

Al. 7

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, le droit de recours au sens de l'article 72 LPGA s'applique par analogie au canton de domicile pour les contributions que celui-ci a versées en vertu de l'article 25a.

Al. 8

Le Conseil fédéral fixe pour les quatre premières années après l'entrée en vigueur de la modification de l'article 64 alinéa 5bis, les contributions maximales par jour des assurés, pour les prestations de soins qui sont fournies sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial, de manière à ce que les contributions respectives ne soient pas plus élevées qu'avant l'entrée en vigueur de la modification de l'article 64 alinéa 5bis.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Al. 1

... au plus tard six ans après ... au cours des six premières années ..

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Al. 1bis

A toute augmentation de la contribution cantonale une année donnée pour atteindre le taux de l'article 60 correspond la même année une diminution équivalente des primes des assurés du canton concerné. Le Conseil fédéral règle les détails.

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 6

... l'article 60 alinéa 3, est de 21,7 pour cent.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Minderheit wird ihren Antrag ja noch begründen. In der Kommission war immer auch in Diskussion, was bei diesen unterschiedlichen Fällen in den Kantonen geschieht. Es gibt ja Kantone, es wurde schon gesagt, bei denen es auf der Kostenseite durch die neue Finanzierung eine Verlagerung von der Steuerfinanzierung zur Prämienfinanzierung gibt oder umgekehrt. Wenn ein Kanton jetzt bei den Steuern eine höhere Belastung hat, dann müsste er ja die Prämien senken. Die Minderheit will dafür sorgen, dass auch entsprechend gehandelt wird. Wenn es bei einem Kanton eine Verschiebung gibt und er die Prämien senken sollte, dann müssen sie auch tatsächlich gesenkt werden. Von der Verwaltung hat man uns gesagt, das passiere sowieso, weil ja die Prämien auch den Gesundheitskosten eines Kantons entspre-



chen müssen. Bei der Prämien genehmigung müssen die Kantone dies entsprechend befolgen. Es sollte also systemisch passieren. Ich glaube, die Minderheit will einfach eine Sicherheit im Gesetz einbauen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): La mia minoranza riprende un tema già accennato da me durante il dibattito di entrata in materia e adesso anche presentato dal relatore della commissione. È un tema che abbiamo discusso anche nel quadro della mozione rispettivamente della minoranza Stöckli che poi è stata ritirata. Mi riferisco all'aumento dei costi a carico di alcuni cantoni, derivante dall'aggiornamento dei dati utilizzati per le previsioni. L'aumento dei costi penalizza quei cantoni che da tempo investono nell'assicurare delle cure ambulatoriali che finora sono a carico degli assicuratori. Per il mio cantone, per esempio, ciò significa una quarantina di milioni di franchi di spesa supplementare; senza il finanziamento delle cure sono 6 milioni di franchi in più.

Con la mia minoranza ora chiedo che anche nella legge venga espressamente indicato che gli aumenti annuali dei contributi cantonali devono portare ad una riduzione equivalente dei premi. È questo il senso della mia proposta. Se avanzo questa richiesta è anche perché nel passato abbiamo avuto brutte esperienze. Durante il dibattito di entrata in materia ho per esempio ricordato il finanziamento ospedaliero introdotto nel 2012, dal quale ci si aspettava un effetto sui premi che in realtà non si però mai registrato.

Les augmentations des contributions cantonales doivent donc déboucher sur des diminutions des primes équivalentes. Tel est le sens de ma minorité sur les dispositions transitoires qui, de mon point de vue, doivent pouvoir le faire expressément. Selon la prise de position de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS), aucune des variantes élaborées dont nous avons discuté jusqu'ici, pour la clé de répartition et la période transitoire, ne permet d'exclure que le passage au financement uniforme (Efas) s'accompagne de fortes hausses de dépenses dans certains cantons. Pour cette raison, la CDS soutient ma minorité et demande des garanties dans la loi, de sorte qu'une charge financière supplémentaire sur le budget cantonal entraîne automatiquement un allongement de même ampleur pour les payeurs de primes de ce canton, ainsi que nous l'a écrit la CDS à propos de cette minorité.

Je vous invite donc pour ces raisons à soutenir ma proposition de minorité.

Berset Alain, conseiller fédéral: D'après le projet de votre commission, la réforme n'entrerait pas en vigueur tout de suite. Ce qui est prévu, c'est qu'elle entrerait en vigueur trois ans après l'adoption du projet. Ensuite, les cantons auraient un délai de quatre ans pour adapter leur contribution. On a donc affaire au total, pour la préparation de l'application de cette loi, à une période de transition de sept ans.

Le délai de quatre ans a été calculé de manière assez simple. Il s'agirait de faire en sorte que l'augmentation de la part du financement n'excède en principe pas 1 pour cent par année pour aucun canton. Le projet de votre commission implique dans ce cadre l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme – cela dit, ce financement, c'est encore une autre affaire. Cette intégration demande suffisamment de temps pour être réalisée. Mais il faut pouvoir la réaliser sans pour autant retarder l'instauration du financement uniforme pour les prestations ambulatoires et stationnaires. C'est la raison pour laquelle des délais différents sont prévus.

La proposition de la minorité Carobbio Guscetti au chiffre III alinéa 1bis traite le problème de l'adaptation des primes.

Sur la proposition de la minorité II (Carobbio Guscetti) au chiffre III alinéa 1, pour éviter de me répéter tout à l'heure, je vous invite à suivre la majorité de la commission. Je suis désolé d'avoir pris la parole avant vous sur cette proposition, Madame Carobbio Guscetti.

Concernant la proposition de la minorité Carobbio Guscetti au chiffre III alinéa 1bis, l'adaptation des primes suit en fait l'évolution des coûts. C'est évidemment le principe de base. Une augmentation du financement par le canton doit donc se traduire à terme par une baisse de la charge que représentent les primes. Il y a par contre à court terme des écarts qui sont possibles. En effet, d'un côté, les coûts et les réserves des différents assureurs peuvent évoluer différemment que ce qui est attendu.

L'objectif de votre proposition de minorité au chiffre III alinéa 1bis, Madame Carobbio Guscetti, si je l'ai bien compris, consiste à soutenir – c'est également garanti à moyen terme, mais le mandat ne peut pas être mis exactement en oeuvre en pratique, le principe selon lequel les primes doivent garantir la solvabilité des assureurs. On aurait donc un problème. L'objectif que vous visez nous paraît absolument adéquat; nous souhaitons la même chose. C'est la raison pour laquelle le délai est important. Mais l'intervention telle qu'elle est prévue dans votre proposition nous paraîtrait en contradiction avec le principe selon lequel les primes doivent couvrir les coûts de façon à garantir la solvabilité des assureurs-maladie.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral est favorable à la proposition de la majorité de la commission.



Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir kommen zu den Absätzen 2 bis 5.

AB 2022 S 1136 / BO 2022 E 1136

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Absatz 2 geht es eigentlich um eine redaktionelle Anpassung, aber natürlich auch um eine inhaltliche, weil die Prozentwerte nicht die gleichen sind. Da bei uns der Wunsch vorhanden war, die Zahlen über die vier Jahre, in denen man Anpassungen macht, verbindlich im Gesetz festzulegen, hat man diese in einem Anhang festgehalten. Deshalb ist Absatz 2 gemäss Vorlage des Bundesrates, in dem die Zahlen festgehalten sind, nicht mehr notwendig. Auch Absatz 3 brauchen wir deshalb nicht mehr. Noch kurz zu Absatz 4: In diesem geht es um die Pflege. Aber darüber haben wir ja schon entschieden.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wünschen Sie noch das Wort zu den Absätzen 7 und 8, Herr Berichterstatter?

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier ist vor allem Absatz 8 wichtig. Wie ich schon gesagt habe: Bei der Pflegeleistung, welche die Gepflegten selber tragen müssen, diesen 23 Franken, wollte man verhindern, dass die Anteile der Leistungsbezüger steigen, wenn man Efas einführt. Das betrifft die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Konkret wird im letzten Satz festgehalten, dass die maximalen Beiträge jeweils nicht höher sein dürfen als vor dem Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis. Damit ist das also sichergestellt.

Abs. 1 – Al. 1

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5468)

Für den Antrag der Minderheit ... 11 Stimmen

Dagegen ... 30 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 6 – Al. 6

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 60 abgelehnt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Streichen

Abs. 3

Steht zehn Tage nach Ablauf der Referendumsfrist fest, dass gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen ist, so tritt es wie folgt in Kraft:

a. die Artikel 16 Absatz 3bis, 18 Absätze 2sexies, 2octies und 5, 21, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a sowie 79a: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt;



b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 41 Absatz 1, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

Abs. 4

Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es wie folgt in Kraft:

a. die Artikel 16 Absatz 3bis, 18 Absätze 2sexies, 2octies und 5, 21, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a sowie 79a: drei Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn;

b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 41 Absatz 1, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: sieben Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Abs. 3 Bst. b

b. ... Ablauf von neun Jahren nach ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: neun Jahre nach ...

Antrag der Minderheit III

(Dittli, Ettlil Erich, Gapany, Hegglin Peter, Müller Damian)

Abs. 3 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, dieses erfolgt am 1. Januar, der auf den Ablauf von mindestens sieben und höchstens neun Jahren nach ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, frühestens sieben und höchstens neun Jahre nach ...

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Biffer

Al. 3

Si dix jours après l'échéance du délai référendaire aucun référendum contre la loi n'a abouti, elle entre en vigueur comme suit:

a. les articles 16 alinéa 3bis, 18 alinéa 2sexies, 2octies et 5, 21, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4, 42 alinéas 2 et 3, 47a alinéas 1, 3, 4, 5 et 7, 47b alinéas 1 et 2, 49a, 51 alinéa 1, 55b, 60, 60a ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier;

b. les articles 25 alinéa 2 lettre a, 25a, 41 alinéa 1, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4

Si la loi est acceptée par le peuple, elle entre en vigueur comme suit:

a. les articles 16 alinéa 3bis, 18 alinéas 2sexies, 2octies et 5, 21, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4, 42 alinéas 2 et 3, 47a alinéas 1, 3, 4, 5 et 7, 47b alinéas 1 et 2, 49a, 51 alinéa 1, 55b, 60, 60a ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après la votation, au début de l'année;

b. les articles 25 alinéa 2 lettre a, 25a, 41 alinéa 1, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 entrent en vigueur sept ans après la votation, au début de l'année.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli)

Al. 3 let. b

b. ... entrent en vigueur neuf ans après ...

Al. 4 let. b

b. ... et 8, entrent en vigueur neuf ans après ...

*Proposition de la minorité III*

(Dittli, Ettlil Erich, Gapany, Hegglin Peter, Müller Damian)

Al. 3 let. b

b. ... 8: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Celle-ci a lieu le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans au moins et de neuf ans au plus après ...

Al. 4 let. b

b. ... et 8: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur, au plus tôt sept ans et au plus tard neuf ans après ...

AB 2022 S 1137 / BO 2022 E 1137

Ettlil Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es, wie schon verschiedentlich aufgezeigt wurde, um das Inkrafttreten von Efas und vor allem um die Zeit der Umwälzung bei den neuen Kostenbeteiligungen. In der Gesetzessystematik, die Mehrheit sieht das so, ist jetzt vorgesehen, dass es nach Inkrafttreten des Gesetzes drei Jahre geht – so haben auch die Kantone und die Versicherer Zeit, sich langsam einzurichten –, dann startet eigentlich die Finanzierung über diese neue Finanzierungsform. Das wird über vier Jahre gezogen. Nach Inkrafttreten passiert also drei Jahre lang nichts. Während vier weiterer Jahre werden die Anteile der Kantone langsam eingeführt, sodass nach vier Jahren der Kostenbeteiligung das Ziel pro Kanton erreicht ist. Sie ersehen aus den Tabellen, wie sich die Anteile der Kantone verändern. Wir haben also sieben Jahre, bis das Endziel erreicht ist. In den letzten vier dieser sieben Jahre wird schon einheitlich finanziert, aber in unterschiedlichen Grössenordnungen. Man arbeitet sich langsam in Richtung Zielgrösse, um keine Schockzahlung zu haben.

Die Minderheiten II (Carobbio Guscetti) und III (Dittli) haben hier Bedenken, dass die Zeit für die Kantone unter Umständen nicht reicht. Die Minderheit II will mehr, sie will neun Jahre. Die Minderheit III will nach hinten eine gewisse Flexibilität haben, sodass der Bundesrat allenfalls mehr Zeit in Anspruch nehmen kann.

Die Mehrheit schlägt Ihnen vor, dass wir bei der klaren Regelung von drei und vier Jahren bleiben. Nach sieben Jahren ist das neue System also eingeführt. Es geht, wie gesagt, nicht um die Pflege, die Pflege kommt erst nach sieben Jahren. Aber für die anderen Bereiche sind es drei und vier gleich sieben Jahre.

Im Namen der Kommission bitte ich Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen – ich selber gehöre aber der Minderheit III an.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Le rapporteur nous a déjà expliqué les différences entre la proposition de la majorité de la commission, ma minorité, la minorité II, et la minorité III (Dittli). Le conseiller fédéral, en relation avec le chiffre III, qui est lié à la présente discussion, nous a déjà expliqué tout à l'heure la position du Conseil fédéral et les différences entre les propositions.

Pourquoi ai-je déposé cette minorité? Nous avons discuté tout à l'heure des conséquences d'une augmentation de la contribution cantonale pour certains cantons, ainsi que des conséquences sur les primes, qui ne sont pas connues. Le fait de demander, par ma proposition, un délai de neuf ans, alors que la majorité propose un délai de sept ans, vise à garantir un délai suffisamment long pour gérer cette situation. Selon l'estimation de certains cantons, dont le mien, avec lequel j'ai étudié cette proposition, un délai trop court entraînerait des augmentations trop importantes des dépenses cantonales d'une année à l'autre. Il faut donc lisser cette entrée en vigueur.

C'est pourquoi j'ai déposé cette proposition de minorité II que je vous invite à suivre.

Dittli Josef (RL, UR): Es geht hier um eine gewisse Flexibilisierung. Wir geben dem Bundesrat einen kleinen Spielraum bei der Inkraftsetzung. Mit der Anpassung der Frist – frühestens sieben und spätestens neun Jahre – soll den Unsicherheiten, ob man alle notwendigen Arbeiten rechtzeitig machen kann, Rechnung getragen werden. Denn die gesamte Umsetzung gibt sehr viel zu tun. Selbstverständlich ist anzustreben, dass das alles in sieben Jahren erfolgt. Aber es gibt doch ein gewisses Risiko, dass bis dahin noch nicht alles gemacht ist. Hier sollte man dem Bundesrat eine Rückfallposition für die Dauer von maximal zwei Jahren einräumen, damit er da für die Inkraftsetzung noch einen gewissen Spielraum hat. Sieben Jahre sind anzustreben, länger als neun Jahre darf es auf keinen Fall dauern. Mit dieser Flexibilität hätte der Bundesrat die Möglichkeit, auf Unvorhergesehenes angemessen zu reagieren.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'ai déjà expliqué par anticipation quelle était la position du Conseil fédéral par rapport à la minorité II (Carobbio Guscetti). Je vous inviterai donc à suivre la majorité de la commission. Je ne vais pas répéter les arguments.

Concernant la proposition de la minorité III (Dittli): je vous remercie beaucoup, Monsieur Dittli, de vouloir donner



une marge de manoeuvre au Conseil fédéral et de nous faire confiance pour la mise en oeuvre. Mais il y a deux éléments qui, de notre point de vue, s'opposent à votre minorité, et qui font que je vais vous inviter à suivre la majorité.

Le premier élément est que le fait d'inscrire "une période de sept ans au moins et de neuf ans au plus après" crée une situation qui n'est pas très claire: on ne sait pas très bien quels éléments devraient pousser le Conseil fédéral à fixer la date ni à quel moment il le ferait. En fait, il y a un intérêt pour tout le monde à ce que la date soit réaliste – c'est clair que s'il était écrit "une année" ou "six mois", on ne pourrait pas en discuter – et à ce qu'elle soit claire pour tout le monde et pour tous les acteurs. Si on donne cette tâche au Conseil fédéral, il faudra qu'il se demande à quelle date il convient de fixer l'entrée en vigueur, il devra écouter les acteurs et les consulter. A la fin, on dira qu'on la fixe à neuf ans après l'échéance du délai référendaire, mais que cela ne suffit pas, ou bien à huit ans ou que sais-je. C'est le premier élément.

J'en viens au deuxième élément. Franchement, on parle de sept ans après l'expiration du délai référendaire – toute une procédure est prévue à ce sujet. S'il y a un référendum, tout est repoussé. Mais s'il n'y a pas de référendum, le délai référendaire expirera au début de l'année 2024 si vous terminez les travaux en septembre 2023, ou il expirera à la fin 2023 si vous les terminez plus tôt dans le courant de l'année prochaine. Si on ajoute sept ans, on arrive à 2030. Oui, il y a beaucoup de travaux, il y a beaucoup de choses à faire et c'est un gros engagement, mais la question que je dois vous poser est la suivante: qui pourrait nous dire qu'on arrive à faire en huit ans ou en huit ans et demi ce que l'on n'arrive pas à faire en sept ans en le planifiant bien?

A partir de là, on préfère de la clarté. Il me semble que ce qui a été prévu par votre commission, y compris avec l'intégration des soins, est réaliste. Cette clarté permettrait aux acteurs de bien pouvoir se préparer, et, franchement, il y a sept ans pour le faire, et sept ans non à partir d'aujourd'hui, mais à partir de fin 2023 ou de début 2024. En fait, on parle de 2031. Si on n'arrive pas à mettre en place, en effectuant les travaux nécessaires, une telle réforme jusqu'en 2031, il faut se poser la question de savoir si elle est réaliste. Je rappelle qu'en tout cas à mon souvenir, la mise en place du financement hospitalier en 2012, qui était une affaire au moins aussi compliquée que celle-là si ce n'est plus, a été réalisée en un délai beaucoup plus court, mais avec de la clarté.

Donc, j'aimerais vous inviter, avec cette argumentation, à suivre dans les deux cas la majorité de votre commission.

Abs. 3 Bst. b, 4 Bst. b – Al. 3 let. b, 4 let. b

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5469)

Für den Antrag der Minderheit III ... 29 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 11 Stimmen

(1 Enthaltung)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit II zu Ziffer III Absatz 1 ist mit dieser Abstimmung ebenfalls abgelehnt.

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5470)

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit III ... 13 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

AB 2022 S 1138 / BO 2022 E 1138

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 09.528/5471)

Für Annahme des Entwurfes ... 29 Stimmen

Dagegen ... 6 Stimmen

(5 Enthaltungen)





09.528

Parlamentarische Initiative**Humbel Ruth.****Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.****Einführung des Monismus****Initiative parlementaire****Humbel Ruth.****Financement moniste
des prestations de soins***Differenzen – Divergences*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Wir befinden uns in der ersten Runde der Beratung der Differenzen. Die Debatte ist in zwei Blöcke aufgeteilt. Sie haben eine Übersicht erhalten.

Block 1 – Bloc 1

Geltungsbereich mit/ohne Pflege; Akut- und Übergangspflege; Patientenbeitrag; Kantonsbeitrag; differenzierte Tarife; flexibles Inkrafttreten

Champ d'application avec/sans soins; soins aigus et de transition; contribution du patient; contribution cantonale; tarifs différenciés; entrée en vigueur flexible

Sauter Regine (RL, ZH): Ich spreche in diesem Block zu meinem Minderheitsantrag und gleichzeitig für die FDP-Liberale Fraktion. Zuerst gebe ich meine Interessenbindungen bekannt: Ich bin seit Beginn dieses Jahres Präsidentin von H plus – Die Spitäler der Schweiz.

Dieses Geschäft hat tatsächlich eine lange Geschichte. Sie sehen das, wenn Sie die Geschäftsnummer anschauen. Seit sage und schreibe vierzehn Jahren beschäftigt sich unser Parlament mit diesem Geschäft zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Der Nationalrat beschäftigt sich sogar zum ersten Mal in dieser Legislatur mit diesem Geschäft, vorher war es längere Zeit im Ständerat blockiert. Ohne Übertreibung kann man aber sagen, dass es eines der wichtigsten Geschäfte, wenn nicht das wichtigste im gesundheitspolitischen Bereich in dieser Legislatur ist, haben wir es hier nun doch endlich in der Hand, tatsächlich einmal eine griffige und wirksame Massnahme gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu beschliessen. Wir setzen nämlich den Hebel dort an, wo es etwas bringt.

Es ist bekannt, dass es aus volkswirtschaftlicher Gesamtsicht sinnvoller ist, wenn medizinische Behandlungen ambulant statt stationär, also ohne eine Übernachtung im Spital, stattfinden. Das kommt günstiger, ist im





Übrigen für die Patientinnen und Patienten meistens auch angenehmer. Das passiert heute oft nicht, weil die Finanzanreize falsch gesetzt sind. Wenn man nämlich ambulante Behandlungen durchführt, zahlt die Krankenversicherung den ganzen Betrag, währenddem im Spital 55 Prozent der Kosten einer Behandlung von der öffentlichen Hand, vom jeweiligen Kanton getragen werden. Es ist klar, dass eine Verschiebung in den ambulanten Bereich eine zusätzliche Belastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler bedeutet, weil dort die Krankenkasse gänzlich einspringt. Aus diesem Grund findet das heute noch zu wenig statt, respektive dort, wo es stattfindet, merkt man das dann eben an der Steigerung der Prämien.

Genau hier müssen wir ansetzen. Es darf bei der Finanzierung keine Rolle mehr spielen, wo eine Behandlung erfolgt, ob im Spital oder in einer Arztpraxis. Der Finanzierungsschlüssel, die Aufteilung zwischen öffentlicher Hand und Krankenkasse, muss gleich bleiben.

Dass das Geschäft so lange im Ständerat blockiert war, hat mit dem grossen Widerstand der Kantone in diesem Bereich zu tun. Ich habe es gesagt: Neu müssten die Kantone auch im ambulanten Bereich ihren Beitrag leisten. Ihre Zustimmung haben die Kantone nun von zwei Punkten abhängig gemacht: zum einen davon, dass auch die Langzeitpflege in das Projekt mit einbezogen wird und dass dort der gleiche Finanzierungsschlüssel zur Anwendung kommt; zum andern davon, dass man ihnen ein Instrument zur Steuerung im ambulanten Bereich in die Hand gebe.

Die Steuerung im ambulanten Bereich haben wir mit der Zulassungssteuerung für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich beschlossenen. Die Folge davon sehen Sie bereits: In gewissen Bereichen gibt es nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte. Ein solcher Ärztestopp, wie ihn das Parlament beschlossen hat, ist völlig unsinnig und bringt im Ergebnis überhaupt nichts. Ganz sicher bringt er nicht weniger Kosten, sondern höchstens mehr administrativen Aufwand für alle Beteiligten und, in gewissen Bereichen, letztlich auch zu wenig Ärzte.

Mit Zähneknirschen hat die FDP-Liberale Fraktion Kenntnis vom Wunsch der Kantone genommen, die Langzeitpflege mit einzubeziehen. Wir stimmen dem zu, wenngleich wir dadurch Gefahr laufen, ein wirklich grosses Projekt, ein riesiges Paket zu beschliessen, das im Endergebnis natürlich viel Kritik auf sich ziehen könnte. Wir sind aber der Meinung, dass es hier angezeigt ist, die Kantone an Bord zu nehmen. Sinnvollerweise wird das Ganze dann auch etappiert; der Einbezug der Langzeitpflege in das Geschäft wird erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Wichtig ist, und da möchte ich nun wirklich an alle Seiten appellieren, dass wir das Fuder hier nicht überladen. Zeigen wir uns fähig, hier eine wirkliche Reform zu beschliessen: eine Reform, die uns tatsächlich einen Hebel gibt, Massnahmen zu beschliessen; eine Reform, die zielführend ist und kostendämpfende Wirkung erzeugt. Begnügen wir uns nicht damit, wie dies auch in dieser Session geschieht, nur zu fordern, dass mehr Prämienverbilligungen bezahlt werden müssen, wie das die Linke will, oder irgendeine Allgemeinformulierung zu beschliessen, in der es heisst, dass das Parlament Massnahmen beschliessen kann, wenn die Kosten steigen. Das ist alles nur – wie soll ich sagen? – "pour la galerie". Wir müssen dort ansetzen, wo es tatsächlich etwas bringt; genau das ist mit dem vorliegenden Projekt der Fall. Es ist zielführend und eben tatsächlich geeignet, die Kosten zu dämpfen.

Lassen Sie mich noch etwas sagen zum Minderheitsantrag Sauter zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3. Tatsächlich hat dieses Anliegen im weitesten Sinne nichts mit der einheitlichen Finanzierung zu tun. Es geht hier um einen Mangel, den wir aber in diesem Zusammenhang auch gleich beheben könnten. Es geht hier um die Akut- und Übergangspflege. Sie wurde damals im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführt. Es geht da um Leistungen für Personen, die nach einem Spitalaustritt noch Pflegeleistungen brauchen. Das heutige Gesetz beschränkt diese Leistungen auf zwei Wochen. Es zeigt sich, dass dies in der Praxis überhaupt nicht zur Anwendung kommt, obwohl es kostengünstiger wäre als beispielsweise ein Aufenthalt in einem Pflegezentrum. In diesem Sinne beantragt Ihnen meine Minderheit, diese Frist auf vier Wochen auszudehnen und insbesondere in diesem Zeitraum auch die Hotellerieleistungen zu tragen, was heute ebenfalls nicht der Fall ist – ein weiterer Grund, wieso Akut- und Übergangspflege praktisch nicht zur Anwendung kommen.

Ich komme noch zu den Empfehlungen der FDP-Liberalen Fraktion bezüglich der weiteren Anträge in diesem Block. Wir folgen in Block 1 grundsätzlich der Mehrheit, ausser – ich habe es bereits erwähnt – bei der Minderheit Sauter.

AB 2023 N 1581 / BO 2023 N 1581

In Artikel 60 Absatz 3 geht es um den Kantonsbeitrag. Hier liegen Ihnen verschiedene Varianten vor zur Frage, wie hoch der Kantonsbeitrag, der zur Anwendung kommt, in Zukunft sein soll. Wir folgen hier der Minderheit II (Glarner), die sich für einen Mindestsatz von 26,9 Prozent ausspricht. Das ist das, was auch der Ständerat gefordert hat, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kantone. Natürlich kann man immer fordern, dass





die Kantone und somit die öffentliche Hand respektive der Steuerzahler einen grösseren Betrag übernehmen müssen. Ich weiss, dass das heute sehr populär ist, aber wir müssen einfach schauen, wer das am Schluss dann bezahlen muss und ob wir wollen, dass hier zum grössten Teil die öffentliche Hand in der Verantwortung steht und nicht die Krankenversicherung, wie das eigentlich vom Konzept her gedacht ist.

Bei Artikel 60 Absatz 3bis folgen wir der Minderheit Aeschi Thomas, die den Absatz streichen will. Es ist absolut nicht angezeigt, dass man die Höhe des kantonalen Beitrages regelmässig überprüft. Es ist gut, wenn wir ihn hier nun festsetzen. Letztlich geht es auch um die Umsetzung in den Kantonen. Wenn wir hier laufend wieder neue Bestimmungen erlassen, den Betrag regelmässig überprüfen und anpassen, bringt das jedes Mal auch Aufwand und vor allem finanzielle Unsicherheit in den Kantonen mit sich, und das wollen wir nicht.

Ich komme noch zu Ziffer III Absatz 9 bzw. zur Frage des Inkrafttretens. Ich habe Ihnen gesagt, dass es Sinn macht, das Projekt gestaffelt umzusetzen und nicht das Ganze auf einmal zu realisieren, weil das wirklich zu einer Überforderung der Strukturen führen würde. Wir unterstützen hier die Minderheit IV (Aeschi Thomas) und folgen dem Ständerat, der vorsieht, dass die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas) drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umgesetzt und die Pflege erst sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einbezogen werden soll. Damit haben wir eine sinnvolle Etappierung, die den entsprechenden Behörden auch die Möglichkeit gibt, das sauber umzusetzen.

In diesem Sinne beantragen wir Ihnen, in diesem Block immer der FDP-Liberalen Fraktion zu folgen, und bitten Sie im Übrigen, das Gesetz nun zügig zu behandeln, damit wir es möglichst noch in diesem Jahr beschliessen können.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Ce projet de financement uniforme des prestations (Efas) suscite beaucoup d'espoir; il a une longue histoire derrière lui et la première chose que j'aimerais dire, c'est que beaucoup de ces espoirs sont trop élevés, trop importants par rapport à la réalité de ce dossier. Comme souvent dans le dossier de la LAMal, on brasse beaucoup de concepts pour, en définitive, ne pas changer grand-chose sur le terrain. Cela a été le cas pour le financement hospitalier, et il en ira probablement de même pour ce projet. Changer les clés de répartition entre les payeurs n'a pas beaucoup d'influence sur ce qui se passe sur le terrain.

Avec ce projet, nous avons cependant l'occasion de traiter des éléments de la crise du système de santé que nous connaissons. Car il y a bel et bien une crise du système de santé; je crois que d'ici quelques jours, plus personne n'en doutera. Il y a évidemment d'abord une crise du financement, mais le pire, c'est que cette crise du financement se double d'une crise de l'approvisionnement. Car en plus de cela, nous avons, dans la première ligne de soins, de plus en plus de difficultés à assurer les prestations 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur l'ensemble du territoire suisse.

Nous le savons, la médecine de premier recours est en crise; les délais pour obtenir des rendez-vous chez les médecins de premier recours s'allongent; les systèmes d'urgence sont saturés; les hôpitaux de premier recours, qui doivent traiter tous les patients à toute heure du jour ou de la nuit, sont en difficulté financière; le personnel est en souffrance et quitte le métier très rapidement après une formation qui a duré de longues années. On estime qu'en moyenne, un professionnel de santé dans le domaine des soins, poursuit sa carrière pendant une dizaine d'années à peine. Vous connaissez et nous connaissons tous ces problèmes: nous avons ici et aujourd'hui l'occasion de les régler, parce que nous avons la loi devant nous. Ce n'est pas parce que cela fait quinze ans qu'une solution est discutée que nous ne devons pas traiter les problèmes tels qu'ils se posent aujourd'hui. Je rejoins en cela Mme Sauter et répète presque mot pour mot ses propos: il faut aujourd'hui essayer de traiter les problèmes qui se posent.

Avec ma minorité I (Maillard), nous essayons de vous proposer quelque chose d'efficace. Le premier principe qui la guide est le principe cardinal "qui paie commande et qui commande paie".

Ce projet prévoit que les cantons financent désormais l'activité ambulatoire. Il faut donc qu'ils puissent avoir la possibilité de savoir ce qu'ils paient; qu'ils ne soient pas contraints de continuer à payer des prestations exagérément tarifées, notamment parce que le système tarifaire ne change pas suffisamment rapidement et parce que les partenaires tarifaires sont incapables d'offrir un système flexible et rapide, qui s'adapte aux nouvelles technologies.

C'est la raison pour laquelle nous avons actuellement des prestations qui sont encore payées comme si elles duraient dix fois plus de temps, alors que le progrès technologique a parfois divisé par dix le temps nécessaire pour fournir certaines prestations.

On continue de les tarifer, selon le bon vieux Tarmed, qui a été conçu il y a trente ans. Voulez-vous vraiment que les cantons soient contraints de payer ces prestations, alors que les partenaires tarifaires n'arrivent pas à résoudre ces difficultés? Ma proposition de minorité vise à ce que les cantons obtiennent une marge de



manoeuvre pour renforcer les soins de première ligne – ceux qui sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 – pour qu'ils aient les moyens d'assurer que ces prestations soient garanties.

Je vous donne un seul chiffre: en 2011, la médecine de premier recours consommait environ 3,5 milliards de francs dans le système ambulatoire. La médecine dite spécialisée consommait 3,9 milliards de francs. En 2011, il y avait donc une certaine égalité entre les dépenses consacrées à la médecine de première ligne et celles consacrées à la médecine dite spécialisée. Aujourd'hui, dix ans après, les chiffres de 2021 montrent que le coût de la médecine de première ligne est resté à 3,5 milliards de francs, pas un franc de plus, c'est-à-dire qu'elle traite 15 pour cent de patients en plus avec la même somme, alors que le coût de la médecine élective, technique et spécialisée a grimpé à 7 milliards de francs. La croissance budgétaire se fait justement où nous n'avons pas de problème d'approvisionnement mais au contraire des excès de tarif. Cette difficulté est connue et reconnue par tous.

Je vous propose que les cantons puissent corriger les tarifs pour améliorer les tarifs de la médecine de première ligne – des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 – et réduire les tarifs dans le domaine des spécialités, qui sont très bien tarifées. Grâce à ma proposition de minorité, nous pourrions trouver un financement pour l'initiative sur les soins. Il faudra améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Nous savons que cela coûtera. Avec cette proposition de minorité, il y a une solution réalisée à l'intérieur même du budget ambulatoire soumis à l'assurance obligatoire des soins, par des transferts de financement et non par des financements supplémentaires. Que voulez-vous de plus pour justement aborder ce problème difficile? Voilà pourquoi je pense que cette proposition de minorité permettrait de traiter les problèmes aigus qui se posent à nous. C'est également une des raisons pour lesquelles les syndicats et les organisations de personnel pourraient peut-être soutenir cette réforme, tandis que s'il n'y a pas ce genre de changement, il sera très difficile d'obtenir un soutien de leur part.

Crottaz Brigitte (S, VD): A l'article 43 alinéa 6 bis de la loi sur l'assurance maladie, la minorité II que je défends est très proche de la minorité I (Maillard). Elle est peut-être un petit peu moins extrême dans sa rédaction. Selon cette minorité "les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que toutes les prestations, entre autres les soins de base et d'urgence, soient représentées de manière appropriée", par ailleurs il doit être possible de, "si nécessaire à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certains

AB 2023 N 1582 / BO 2023 N 1582

domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations."

Ces deux minorités visent en fait la même chose: revaloriser la médecine générale ou médecine de premier recours. Cela devrait inciter les étudiantes et étudiants à opter pour cette voie, plutôt que pour celles très lucratives de certaines spécialités.

Pour que les soins de base et d'urgence soient représentés de manière appropriée dans toutes les régions, il devrait être possible d'augmenter les tarifs de la médecine de premier recours et, ainsi, éviter la pénurie qui se profile à relativement court terme. Une bonne rémunération permettrait de donner un signal fort aux étudiantes et étudiants en médecine.

Pour répondre aux besoins en soins de la population, il faudrait actuellement une proportion de 50 pour cent de généralistes. Or, en Suisse, nous en sommes bien loin, avec moins de 30 pour cent. L'objectif de la proposition de minorité est de faire en sorte que, si nécessaire, pour les valoriser, le tarif des généralistes soit différencié de celui des spécialistes.

Refuser la différenciation de tarifs entre ces deux types de prestataires de soins relève d'une vision à très court terme: la pénurie de médecins de premier recours est déjà une réalité en de nombreux endroits du pays et pose d'importants problèmes d'accès aux soins. Il en va aussi de la maîtrise des coûts. Il faut inverser la tendance actuelle, car toujours plus de consultations en médecine spécialisée engendrent une augmentation constante des coûts. A l'inverse, revaloriser la médecine de premier recours participe à rompre la spirale de la croissance des coûts de la santé et c'est bien ce qui est souhaité par l'ensemble de cette assemblée.

Différencier les tarifs en augmentant ceux des généralistes a bien sûr un coût, mais qui devrait être aisément compensé par la diminution des consultations spécialisées. Si tel n'est pas le cas, le texte introduit la possibilité d'envisager une diminution du revenu des spécialistes. Au fond, il s'agit de solidarité entre les médecins.

Je crois que tout le monde s'accorde à dire que les médecins de premier recours ne sont pas assez valorisés et qu'il est temps de faire un geste pour inverser la préférence croissante des personnes en formation à se spécialiser à tout prix.

Pour toutes ces raisons, je vous invite donc à soutenir ma minorité.



Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zum Antrag meiner Minderheit zu Artikel 47a Absatz 1. Ich möchte die Verbände des Pflegepersonals in die Tariforganisation einbeziehen. Ich halte es für sehr wichtig, dass die Personalsicht aktiv eingebracht werden kann. Das ist sehr wichtig, weil sich die Interessen der Arbeitnehmendenverbände nämlich nicht zwangsläufig mit den Interessen der Leistungserbringenden decken.

Ich möchte hier einfach auf die Spitalfinanzierung verweisen. Dort ist es nicht der Fall, dass die Pflege in die DRG-Verhandlungen einbezogen ist, die Ärztinnen und Ärzte sind es aber. Wir haben seinerzeit auch bei den DRG einen Einbezug der Pflege gefordert. In der Langzeitpflege leistet die Pflege einen wesentlichen Beitrag: Sie leistet nämlich die Hauptarbeit. Daher ist es wichtig, dass in den Verhandlungen mit den Krankenversicherern zu den Tarifen nicht nur die Leistungserbringenden am Tisch sitzen, sondern eben auch die Verbände der Pflege.

Der Ständerat hat ja in diesem Artikel bereits Veränderungen vorgenommen und den Artikel etwas ausgebaut. Er hat die Forderung der Kantone aufgenommen, sie auch in die Tariforganisation einzubeziehen. Das ist richtig, weil ja die Kantone im Bereich der ambulanten Leistungen zukünftig mitbezahlen. Wir unterstützen das vollumfänglich. Es ist, glaube ich, aber richtig, nicht nur den Kantonen, sondern eben auch den Verbänden der Pflege – es gibt mehrere Verbände, nicht einfach nur einen – die Möglichkeit zu geben, ihre Interessen direkt geltend machen zu können.

Sie alle haben gestern ein Schreiben des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner erhalten, und Sie haben es vorhin auch von Kollege Maillard gehört: Pflegeverbände und Gewerkschaften stehen dem Einbezug der Pflege in die Vorlage kritisch gegenüber, weil sie befürchten, dass ihre heute schon wenig attraktiven Arbeitsbedingungen verschlechtert und der heute schon grosse Druck verstärkt wird, weil ihre Interessen in den Tarifverhandlungen zu wenig gut vertreten sind.

Ich bitte Sie darum, meine Minderheit zu unterstützen. Das wäre auch ein klares Zeichen an die Pflegenden, dass ihre Forderungen gehört werden.

Glarner Andreas (V, AG): Letztendlich – das müssen wir uns immer wieder bewusst machen – sind diese Kantonsbeiträge Steuergelder. Es findet also eine Umverteilung statt. Steuerzahler sollten nicht über Gebühr belastet werden, deshalb muss der Kantonsbeitrag massvoll und angemessen sein. Am besten ist es natürlich, wenn Sie der Minderheit Aeschi Thomas folgen und dem Satz von 24,5 Prozent zustimmen. Sollten Sie den Antrag dieser Minderheit hingegen ablehnen, so appelliere ich an Sie, wenigstens meiner Minderheit II und somit dem Ständerat zu folgen und dem Satz von 26,9 Prozent zuzustimmen.

Weichelt Manuela (G, ZG): Leider muss ich meinem geschätzten Vorredner fundamental widersprechen. Meine Minderheit bittet Sie, den Kostenbeitrag der Kantone an die Leistungen des KVG auf 30 Prozent zu erhöhen. – Es gibt da nichts zu lachen! Die 25,5 Prozent gemäss Entwurf des Bundesrates entsprechen dem Schnitt aus den Jahren 2012 bis 2015. Der Durchschnitt für die nachfolgenden vier Jahre zeigt, dass die Kantone bereits 1 Prozent weniger an die Gesamtkosten der Leistungen gemäss KVG bezahlt haben.

Die "Ambulantisierung" hat in den letzten Jahren zu einer überproportionalen Belastung der Prämienzahlenden und zu einer Entlastung der Kantone beigetragen. Sie sehen, wir haben weniger ein Kostenproblem im Gesundheitswesen als vielmehr ein Finanzierungsproblem. Sie wissen es alle: Es steht unserer Bevölkerung in diesem Herbst eine ausserordentlich hohe Mehrbelastung durch die steigenden Krankenkassenprämien bevor. Dazu drei Punkte:

1. Die Kantone schleichen sich gleichzeitig aus der Finanzierung der Gesundheitskosten heraus, indem wir, wie ich gesagt habe, die ambulante Versorgung stärken und die Kantone diese bis heute kaum mitfinanzieren müssen.

2. Mindestens zehn Kantone schleichen sich auch aus der Prämienverbilligung raus, indem sie weniger zahlen als noch im Jahre 2012.

3. Die Pflege-Initiative ist noch immer nicht umgesetzt. Die Kommissionsmehrheit wie auch die Kantone und die Grünen möchten die Langzeitpflege in die Monismusvorlage integrieren. Die besseren Arbeitsbedingungen für die Pflege sind jedoch nicht gratis zu haben. Um die besseren Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, muss der Beitrag der Kantone erhöht werden. Nationalrat und Ständerat haben mit Artikel 7 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege entschieden, dass die Kantone den Zugang zu den Bildungsgängen Pflege verstärken, indem sie den Personen die Sicherung des Lebensunterhalts durch die Gewährung von Ausbildungsbeiträgen ermöglichen; das ist die Umsetzung der Pflege-Initiative.

Wichtig ist also: Wir haben hier drin beschlossen, dass mit den Ausbildungsbeiträgen die Sicherung des Lebensunterhalts garantiert sein muss. Das tönt super. Nur, in der Umsetzung – das sehen wir jetzt – wird damit gerechnet, dass lediglich ein verschwindend kleiner Anteil der Auszubildenden in der Pflege einen Ausbil-



dungsbeitrag bekommen wird und im Durchschnitt nur rund 2000 Franken erhält. Zusammen mit dem sehr mickrigen Praktikumslohn ergibt das in etwa 3000 Franken pro Monat. Das ist einfach keine Sicherung des Lebensunterhalts. Das entspricht weder dem Volkswillen noch dem Willen des Parlamentes. Wann lernen die Kantone und der Bundesrat endlich, dass auch die Frauen in der Pflege ihre Wohnungen und ihre Krankenkassenprämien bezahlen müssen?

Als Vergleich rufe ich Ihnen gerne nochmals den Ausbildungslohn eines unter 25-jährigen angehenden Polizisten in Erinnerung, der mit den Zulagen bereits im ersten Ausbildungsjahr knapp 6000 Franken pro Monat verdient. Er bekommt diesen Lohn, ohne dass er einen Antrag auf Ausbildungszulage stellt.

AB 2023 N 1583 / BO 2023 N 1583

Der Ausbildungszuschlag ist nur ein Punkt, den es braucht, damit wir mehr Personen für die Pflege gewinnen können. Sie wissen es, es braucht auch die Einhaltung der Höchstarbeitszeit oder genügend Erholungszeit, um nur einige Punkte zu nennen.

Was will ich damit sagen? Obwohl die Spitäler und die Heime eine Abteilung nach der anderen schliessen müssen, weil das Personal fehlt, und obwohl das Volk die Pflege-Initiative 2021 angenommen hat, sind weder der Bundesrat noch die Kantone bereit, in die wichtigste Ressource unseres Gesundheitswesens – das Personal – zu investieren. Aus diesem simplen Grund beantragt unsere Minderheit eine Kostenbeteiligung der Kantone von 30 Prozent. Den Kantonen geht es finanziell mehrheitlich sehr gut. Wir müssen ihnen einen Riegel vorschieben, sodass sie sich nicht weiter aus der Verantwortung nehmen und die Finanzierung zu den Prämienzahlenden schieben, denn das ist unsozial. Sie wissen es: Der Milliardär zahlt mit seiner Krankenkassenprämie gleich viel wie die Verkäuferin in der Migros.

Danke, dass Sie die von der Minderheit geforderten 30 Prozent unterstützen.

Aeschi Thomas (V, ZG): Gerne begründe ich meine vier Minderheitsanträge. Ich fange an mit der Minderheit auf Seite 1 der Fahne, wo es um den Einbezug der Pflege geht. Sie können sich erinnern, beim Entscheid über die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wollte man die Prämienzahler von der starken Kostendynamik der Langzeitpflege entlasten; das war die damalige Absicht. Wenn Sie jetzt die Langzeitpflege in diese Vorlage integrieren, so kann ich Ihnen versichern, dass die Folge eine massive Kostenverlagerung zulasten der OKP sein wird. Das heisst, wenn es mit Efas allfällige Einsparungen gäbe, würden diese Kostenersparnisse direkt zunichtegemacht. Ich möchte Ihnen dringend davon abraten, die Langzeitpflege in diese Vorlage aufzunehmen. Die Mehrbelastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wäre enorm.

Als Nächstes komme ich zur Minderheit auf Seite 56 der Fahne, wo es um die Überprüfung des Kantonsbeitrages geht. Wie vorhin von Frau Sauter ausgeführt, möchten wir jedenfalls dafür plädieren, dass der Kantonsbeitrag nicht periodisch überprüft wird. Wenn Sie das so hineinschreiben, ist die Folge klar: Dann wird der Kantonsbeitrag in Zukunft immer weiter steigen müssen; auch das lehnen wir ab. Zuerst wird alles zusammengelegt, und dann werden auch die Kantone immer mehr zur Kasse gebeten.

Auf Seite 75 der Fahne finden Sie schliesslich meinen dritten Minderheitsantrag: Ich plädiere für ein fixes Inkrafttreten. Danach erfolgt das Inkrafttreten frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. So herrscht dementsprechend auch Planungssicherheit für alle Akteure.

Was die Motion 22.3372 anbelangt, bitte ich Sie mit meinem vierten Antrag auf Seite 81 der Fahne, der Fassung des Ständerates zu folgen. Es geht hier vor allem um folgenden Text: Der Bundesrat soll prüfen, "ob die Einführung für die Kantone und Versicherer bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019 kostenneutral war". Wir denken, dass die Analyse, die mit dem Motionstext gemäss Beschluss des Ständerates vorgesehen ist, sinnvoll ist, und wir möchten Sie bitten, hier dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung dieser vier Minderheitsanträge.

Porchet Léonore (G, VD): Nous recommençons des débats qui ont débuté en fait en 2009: le virage ambulatoire par un financement uniforme des prestations. Il a plusieurs fois été rappelé à quel point il est plus efficient et plus économique de passer à l'ambulatoire, puisque ce dernier est plus de 50 pour cent moins cher que le stationnaire, mais il est 100 pour cent à la charge des payeurs de primes, alors que le stationnaire est pris en charge par les cantons à hauteur de moitié. Il y a donc un intérêt à passer à l'ambulatoire non seulement pour nos finances, mais aussi pour la qualité de la santé – j'y reviendrai.

Pour le groupe des Verts, il y a trois conditions à ce changement, et c'est une des raisons pour lesquelles nous allons vous encourager à soutenir plusieurs des minorités dont nous parlons aujourd'hui. La première condition est que ce projet ne doit pas faire augmenter les primes. C'est une évidence. La deuxième est que cela ne doit



pas mettre en danger le financement des soins et notamment des soins hospitaliers. Enfin, nous aimerions vraiment exprimer un fort regret par rapport au projet d'augmenter le pouvoir des assurances-maladie, qui sont de véritables boîtes noires.

Il faut rappeler que même si ces conditions sont remplies, il n'y a pas de projet miracle. Le projet de financement uniforme Efas ne va pas régler les problèmes de coûts et de surcoûts de l'assurance-maladie. Des améliorations sont encore à apporter au projet et il faut en profiter, surtout, pour corriger des problèmes criants, notamment le manque de professionnels de la santé, et revaloriser les professions qui sont importantes pour notre système, valoriser les soins intégrés et enfin les mettre en oeuvre.

Je vais aborder dans le détail quelques propositions de minorité, en commençant par la question du concept, qui fait l'objet de la minorité Aeschi Thomas, soit la question épineuse de l'intégration ou non des soins. C'est cette question qui nous a fait prendre énormément de retard. C'est la grande question: est-ce que les soins à domicile et les EMS font partie des soins? En fait, la réponse est dans la question. Evidemment que oui! Donc cette demande des cantons d'intégrer les soins à domicile et les EMS dans Efas a tout son sens, cela garantit une répartition uniforme et équitable des coûts entre cantons et assurances-maladie, et cela permet aussi de garantir que les soins à domicile et les EMS fassent partie de la chaîne de prestations des soins.

Il faut que j'annonce mes intérêts: je préside le réseau de santé de la région lausannoise, qui est l'organisation de mise en réseau légale du canton de Vaud et des régions de santé. Parmi nos membres, il y a les hôpitaux, les associations de soins à domicile, les médecins, les EMS, etc., que nous forçons, dans le canton de Vaud, à travailler ensemble. Il serait bien qu'il y ait également une logique de soins intégrés dans le système fédéral, notamment pour les questions de financement. C'est bon pour la qualité, c'est bon pour la sécurité, c'est bon pour l'efficacité et c'est bon pour l'efficience. Il faut absolument une coordination des soins fournis par tous les prestataires, mais aussi des conditions financières communes.

En matière de finances, justement, ma collègue Weichelt, avec sa proposition de minorité, a bien expliqué que nous sommes surtout face à un problème de financement plutôt qu'à un problème de coûts. Il est donc important de faire participer de manière accrue les cantons, qui se désengagent peu à peu du financement des soins. En faisant participer les pouvoirs publics, on fait participer des finances qui sont progressives plutôt qu'arbitraires, comme les primes. Je vous encourage donc fortement à soutenir la minorité III (Weichelt), tout en refusant les minorités Aeschi à l'article 60 et au chapitre 3.

En ce qui concerne les minorités Maillard et Crottaz, il y a aussi un enjeu très important, en particulier face aux acteurs de la médecine de base. Tout le monde en parle, tout le temps, pour dire que c'est l'un des enjeux les plus importants, mais personne ne fait rien, ou en tout cas pas la majorité de ce Parlement. Il y a un problème de main-d'oeuvre, et surtout un problème de professionnels de la santé dans la médecine de base. On se retrouve ainsi, en Suisse, face à des déserts sanitaires et c'est inacceptable. Nous avons besoin de médecins de base, qui sont les spécialistes des cas complexes et de la polymorbidité en première ligne, sans tri préalable, et qui entretiennent une relation durable avec leurs patientes et leurs patients.

Il faut donc favoriser la prise en charge en amont, avec des soins médicaux de base, qui font office de "gatekeepers" contre l'explosion des coûts de la médecine spécialisée. Il faut rappeler que 10 pour cent des chirurgiens, radiologues et gastroentérologues gagnent plus de 500 000 francs par année. Certains d'entre eux s'approchent même du million. Il faut donc plutôt favoriser les soins de base que cette

AB 2023 N 1584 / BO 2023 N 1584

biomédecine surspécialisée qui n'est pas synonyme de qualité, mais de croissance des actes et, donc, des coûts.

Nous suivons donc les minorités I (Maillard) et II (Crottaz).

Nous suivons aussi la minorité I (Gysi Barbara) puisqu'il faut absolument que le personnel soignant soit représenté dans la structure tarifaire.

Nous ne suivons pas la minorité II (Glarner), puisque la contribution spécifique aux prestations de soins doit être supprimée, mais prise en charge par les cantons. Je vous ai déjà expliqué pourquoi il fallait que les cantons augmentent leur participation aux coûts.

Quant à la minorité Sauter, nous ne la suivons pas non plus. Nous nous rallierons à la majorité. Sa proposition est d'augmenter les soins de transition à quatre semaines. A priori, ça donne envie, puisque cela pourrait améliorer la qualité dans les soins de transition, mais – même si l'on comprend bien l'intérêt des hôpitaux à soutenir ce financement supplémentaire – il faut rappeler ce que les patients et les patientes veulent, à savoir rentrer chez eux le plus vite possible ou retrouver un cadre de vie avec des conditions d'hébergement proches d'un foyer confortable. Pour cela, il faut soutenir les soins à domicile et les EMS, et c'est là que doit aller l'argent.





Nous rejeterons aussi la proposition de la minorité Aeschi Thomas, qui concerne la motion 22.3372, puisque nous refusons l'obsession des coûts qui est décrite dans le texte adopté par le Conseil des Etats, mais que nous voulons au contraire nous concentrer sur la répartition et la qualité. C'est en ce sens que nous soutiendrons la version modifiée, proposée par notre commission.

Je vous remercie de suivre le groupe des Verts sur tous ces points.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Il y a quatre ans, à cette tribune même, je rappelais au nom de notre groupe, qui ne portait pas encore l'étiquette du Centre, l'importance du projet Efas, que notre ancienne collègue Ruth Humbel avait initié dix ans plus tôt. Un brin optimistes, nous souhaitions, à ce moment déjà, voir aboutir ce que l'ensemble des partenaires considérait comme le plus important projet de réforme de notre système de santé. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les points, mais notre position n'a toujours pas changé. Si nous voulons être crédibles dans notre combat contre l'explosion des coûts de la santé et contre la hausse des primes, thèmes dont tous les partis se sont emparés à la veille des élections fédérales, il nous faut un financement uniforme du système de la santé.

Vous le savez bien: actuellement, les prestations médicales fournies en ambulatoire et en stationnaire sont financées différemment et cela conduit à de mauvaises incitations financières. C'est pourquoi les caisses d'assurance-maladie et les cantons doivent financer les traitements de manière identique, qu'ils soient effectués à l'hôpital ou dans les cabinets, avec ou sans l'intégration des soins.

Ce n'est pas en nous concentrant uniquement sur les subsides – que la gauche juge toujours insuffisants, comme elle l'a martelé hier – que nous pourrions régler durablement le problème de la hausse des coûts et que nous pourrions préserver durablement – et pas seulement cet automne – le pouvoir d'achat de la population. Or, Efas, qui fait partie des 37 mesures d'économie présentées par les experts de la Confédération à l'époque, a gardé toute son actualité. Permettez-moi, avant d'entrer dans le détail de ce premier bloc, de rappeler trois raisons essentielles. Premièrement, Efas oblige tous les partenaires de la santé, et cela de manière encore plus étroite avec l'intégration des soins, à travailler de manière transparente, ensemble, et non plus en silo, pour une répartition équitable de la charge des coûts entre cantons et assureurs-maladie, c'est-à-dire entre contribuables et assurés. Deuxièmement, l'objectif d'un transfert du stationnaire à l'ambulatoire pour certaines opérations ne laisse aucun doute sur le fait qu'il y aura une réduction des coûts. Renseignez-vous auprès des cantons – Bâle et Lucerne, par exemple – qui ont établi une liste de groupes de prestations privilégiant une prise en charge ambulatoire: cela marche.

Troisièmement, Efas donne un réel élan aux soins intégrés et aux modèles alternatifs, ce qui implique aussi – et personne ne peut le contester – des avantages pour les assurés sous forme de rabais sur les primes. De plus, ces modèles permettent aux patients de bénéficier de traitements qui répondent réellement à leurs besoins, et qui sont de plus en plus différenciés dans une société vieillissante. Hier, l'un de nos collègues déplorait le fait que les primes constituent de fait un impôt par tête, mais il oubliait que les prestations se font de plus en plus par tête, à la carte, et c'est heureux.

Sur la base de ces évidences, notre groupe s'est largement investi dans les travaux en commission pour que ce projet aboutisse, tout en gardant son objectif initial, à savoir de s'attaquer aux coûts de la santé sans toucher à la qualité des soins. C'est pour cette raison que nous refuserons toutes les propositions de minorité de ce bloc 1, car elles visent soit à affaiblir Efas – par exemple les propositions de minorité Aeschi Thomas sur l'intégration des soins et sur la suppression d'un examen périodique de la contribution cantonale, ou les propositions des minorités II (Glarner) et III (Weichelt), portant respectivement sur la baisse et l'augmentation de la contribution cantonale. Et également parce que certaines de ces propositions de minorité, au contraire, visent à faire d'Efas un fourre-tout, une sorte de machine complexe vouée à l'échec. On le voit avec la proposition de minorité Sauter, sur l'adaptation des soins aigus et de transition, ou la proposition de minorité I (Gysi Barbara), sur la composition de l'organisation tarifaire, en intégrant le personnel soignant.

En résumé, il s'agit dans ce bloc d'accepter l'intégration des soins, exigée à juste titre et de manière réaliste par les cantons. Cela doit se faire de manière souple, et à des conditions claires. C'est ce que nous retrouvons dans les dispositions du bloc 1. La principale condition est que la transparence nécessaire soit établie au sujet des coûts obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, dans le même temps, que les prestations de soins soient clairement délimitées par rapport à celles d'assistance. En fin de compte, il ne doit pas y avoir de report des coûts sur les assurés. De plus, il s'agit de procéder à une mise en oeuvre de l'inclusion des soins par étape et d'établir un calendrier réaliste, selon la décision du Conseil des Etats – ce fameux délai de sept ans au minimum. Il s'agit aussi de respecter la volonté populaire et de mettre entièrement en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers avant d'intégrer les soins.

Enfin, nous soutiendrons la motion 22.3372, qui vise clairement les modalités d'évaluation, en particulier du



point de vue des conséquences financières du projet; on ne veut pas naviguer à vue.

Au risque de me répéter, toutes ces dispositions ont été réfléchies pour que Confédération, cantons et partenaires tarifaires puissent saisir cette occasion unique d'aborder enfin de manière globale les coûts de la santé. On veut un changement de système, et c'est ce que souhaite la population.

de Courten Thomas (V, BL): Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist seit der neuen Spitalfinanzierung zweifellos die tiefgreifendste Reform im schweizerischen Gesundheitswesen. Deshalb sollten wir bedacht vorgehen. Die SVP unterstützt Efas, vorausgesetzt, die Rechnung geht auch für die Prämienzahlerinnen und -zahler auf. Andernfalls drohen weitere Prämienstöße, die sich viele Versicherte bald nicht mehr leisten können. Genau dieses Szenario drohte, wenn die Pflege ebenfalls in die Efas-Vorlage integriert würde; es würde bedeuten, dass langfristig hohe Mehrkosten in die OKP überwältigt würden. Die erhoffte positive Wirkung von Efas, die Kostensenkung, würde mit der Integration der Pflege zunichtegemacht, und es käme zu einer erheblichen Zusatzbelastung für die Versicherten.

In der Kommission haben wir das sehr genau angeschaut. Man hat uns Berechnungen vorgelegt, die die direkten finanziellen Folgen einer Integration der Pflege prognostizieren. Wir hatten drei Szenarien: Erstens hatten wir das Szenario "Status quo". Dieses bringt uns nichts, da das heutige System richtig funktioniert und da wir den Fehlanreiz erkannt haben und ihn korrigieren wollen. Zweitens hatten wir das Szenario "Efas ohne Pflege". Dieses zeigt, dass wir kurz- bis mittelfristig erwarten dürfen – ich sage "erwarten", nicht "wissen"! –, dass die Kosten entsprechend sinken werden. Und

AB 2023 N 1585 / BO 2023 N 1585

drittens hatten wir das Szenario "Efas mit Pflege", also mit der wirklichen Blackbox in unserem Gesundheitssystem, von der wir nicht wissen, wie sie genau strukturiert ist; bei der die Transparenz völlig fehlt; bei der wir auch in Bezug auf die Kantone keine definitive Prognose dazu abgeben können, wie es letztlich aussehen wird; und bei der wir nur wissen, dass die Pflegekosten jener Bereich im Gesundheitswesen sind, der schon aufgrund der Alterung massiv steigen wird.

Gemäss den besagten Unterlagen führt Efas vor der Integration der Pflege, also in der Übergangsphase von 2027 bis Ende 2030, kurzfristig zu einer tieferen Belastung der Prämienzahler. Wird die KVG-pflichtige Pflege ab 2031 ebenfalls einheitlich finanziert, reduziert sich der Spareffekt.

Somit ist klar: Die kostenreduzierenden Effekte von Efas werden durch die Integration der KVG-pflichtigen Pflege aufgehoben. Bis ins Jahr 2035 wird die Integration der KVG-pflichtigen Pflege die Prämienzahler gemäss realistischen Prognosen und im wahrscheinlichsten Szenario, in dem auch das Wachstum der KVG-pflichtigen Pflege hoch sein wird, Milliarden von Franken kosten – wir reden von drei bis fünf Milliarden Franken. Und dieser Betrag wird sich, das können Sie mir glauben, bis 2040 noch verdoppeln. Sie können das auch entsprechend in Prämienprozente umrechnen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die mit Efas verbundenen Einsparungen bereits wenige Jahre nach der Einführung zunichtegemacht würden und dass das Wachstum zulasten der Grundversicherung zusätzlich an Tempo zulegen würde. Langfristige Prognosen sind naturgemäss mit Unsicherheiten verbunden. Die zugrunde liegenden Annahmen sind aber transparent und nachvollziehbar. Man kann sich auch ausrechnen, wieso ausgerechnet die Kantone die Pflege unbedingt als *Conditio sine qua non* in der Vorlage haben möchten: Sie hoffen, dass sie damit auch eine Entlastung auf ihrer Seite haben werden und dass die Belastung die Prämienzahler in der OKP treffen wird.

Ich sage Ihnen heute Folgendes: Wenn Sie bei dieser grossen Reform dem Beschluss des Ständerates mit Einbezug der Pflege folgen, werden die Auswirkungen auf die Prämienzahler gravierend sein. Die SVP-Fraktion wird deshalb am Beschluss des Nationalrates ohne Einbezug der Pflege festhalten und alle anderslautenden Minderheitsanträge ablehnen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Es gibt gute Gründe, die Finanzierung der Gesundheitsleistungen zu vereinheitlichen. Der Entscheid, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, sollte gemäss medizinischen Kriterien erfolgen und nicht von finanziellen Zwängen überlagert werden. Und weil aus medizinischen Gründen eben der ambulante Bereich gegenüber dem stationären wächst, wächst der Kostenanteil, der direkt über die Prämien finanziert wird. Das heisst, das Kostenwachstum schlägt sich voll auf die Prämien nieder, was eben auch den Leidensdruck in der Bevölkerung verstärkt.

Es gibt aber auch gute Gründe, die grossen Erwartungen, die an das neue Finanzierungssystem geknüpft werden, zu dämpfen. Rein mit dem Systemwechsel steigt weder die Qualität, noch kann die Fehl- oder Überversorgung gestoppt werden, und es können damit auch keine Kosten eingespart werden. Aber ich glaube,



dass die Einführung von Efas, wie die einheitliche Finanzierung genannt wird, die Basis dafür legen kann, dass weitere notwendige Reformen, die folgen müssen, besser gelingen können. Denn damit werden grundlegende Fehlanreize im System ausgemerzt.

Wir müssen auch ehrlich sein: Efas ohne Einbezug der Langzeitpflege hat kaum Chancen, zum Fliegen zu kommen; das können wir feststellen. Es macht wenig Sinn – ob uns das jetzt Freude macht oder nicht –, eine solch einschneidende und grosse Reform gegen den Willen der Kantone durchzudrücken. Es gibt aber auch gute Gründe, mit dem Einbezug der Pflege neue Schnittstellen zu vermeiden. Die aktuelle Situation in der Pflegefinanzierung ist durchaus unbefriedigend, weil viele Kantone ihre Verantwortung ungenügend wahrnehmen. Das gilt es zu verbessern.

Wir von der SP-Fraktion sind der Meinung, dass wir den Einbezug der Pflege an zusätzliche Bedingungen knüpfen und die Übergangszeit, die wir uns gegeben haben, auch aktiv nutzen müssen. Wir haben uns mit Anträgen, von welchen einige zu Minderheits- und andere zu Mehrheitsanträgen wurden, dafür eingesetzt.

Ich komme zur Haltung der SP-Fraktion zu den Differenzen:

Wir unterstützen die Minderheit Sauter, weil wir es als sinnvoll erachten, die Möglichkeit zu geben, die Akut- und Übergangspflege auf vier Wochen zu verlängern.

Bei Artikel 36a Absatz 3 und Artikel 43 Absätze 4 und 6bis beantragen wir Ihnen, den Kantonen die Möglichkeit zu geben, differenzierte Tarife zur Stärkung der Grund- und Notfallversorgung vorzusehen. Wir wollen eben genau die Bereiche, die im aktuellen System leiden, die unter die Räder kommen, gegenüber der hochspezialisierten Medizin stärken. Das können Sie machen, indem Sie hier unseren Minderheiten I (Maillard) und II (Crottaz) folgen.

Bei Artikel 60 Absatz 3 möchten wir dem Antrag der Minderheit III (Weichelt) folgen. Damit würden die Kantone zusätzlich belastet und die Prämienzahlenden entlastet. Das wäre dann also nicht mehr kostenneutral für die Kantone, aber es würde dazu führen, dass die Einführung von Efas nicht auf dem Buckel der Versicherten, der Patientinnen und Patienten, ausgetragen würde. Wenn die SVP-Fraktion also zu Recht auf eine mögliche Erhöhung der Prämien hinweist, dann könnte sie hier mit der Minderheit III stimmen, um diese Auswirkungen zu mildern.

Wir möchten Sie auch einladen, die Anträge der Minderheiten Glarner und Aeschi Thomas abzulehnen.

Crottaz Brigitte (S, VD): Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est l'un des plus grands projets de réforme depuis l'introduction de la LAMal. Il devrait supprimer des incitations inopportunes dans les soins aigus et permettre une plus grande efficacité avec un transfert judicieux du stationnaire vers l'ambulatoire. Mais, comme nous le savons toutes et tous, la charge des primes est actuellement la principale préoccupation de la population. D'année en année, ces primes augmentent et la concurrence entre les caisses, qui était considérée à l'introduction de la LAMal comme la meilleure solution pour maîtriser les coûts, a démontré sa totale inefficacité. Le manque de transparence dans la gestion des caisses-maladie est pointé du doigt.

Avec le projet Efas, les cantons donneront à l'institution commune LAMal une somme de 10 milliards de francs, en plus des 35 milliards de francs qu'elle a déjà à gérer. Nous croisons donc les doigts pour que cela se passe bien, et surtout pour qu'il y ait plus de transparence dans la gestion de cet argent. Vu le récent sondage démontrant que 80 pour cent des personnes interrogées seraient favorables à une caisse unique, on voit bien que la confiance envers les caisses-maladie s'est érodée. Elles auront à démontrer au plus vite que la décision de leur confier 10 milliards de francs supplémentaires n'est pas une erreur.

En principe, le groupe socialiste pourrait soutenir le projet, s'il a une influence positive sur les coûts, ce qui reste à prouver, s'il permet des tarifs différenciés – comme cela a été développé dans nos propositions de minorité –, s'il favorise le développement des soins intégrés et s'il a un effet stabilisateur dans le domaine des séjours en institution ou des soins à domicile. On pourrait alors espérer une réduction de la complexité du système de santé et des projections plus fiables de la croissance des coûts. L'inquiétude réside toutefois dans le risque d'interventions inutiles en ambulatoire, avec une augmentation des coûts, et donc une répercussion sur les primes.

L'intégration des prestations de soin dans Efas est majoritairement soutenue par notre groupe, et c'est une condition sine qua non pour les cantons, comme nous l'avons entendu, car il permet de stabiliser le financement des prestations dans ce domaine de santé publique, dont la croissance est la plus dynamique.

Pour le groupe socialiste, la priorité est toutefois que les primes n'augmentent pas avec Efas. L'Office fédéral de la santé publique estime probable que le financement uniforme soit plus avantageux à long terme du point de vue des primes que le maintien du statu quo; à suivre...



AB 2023 N 1586 / BO 2023 N 1586

La deuxième priorité est que ce projet permette un rééquilibrage au profit de la première ligne de soins, comme cela a été développé dans nos minorités, avec une revalorisation des médecins de premier recours.

Le projet qui est présenté aujourd'hui, rappelons-le après trois législatures de va-et-vient entre les deux chambres, présente encore quelques points de divergences.

Dans le bloc 1, en plus de la minorité I (Maillard), de la minorité I (Gysi Barbara) et de la minorité II (Crottaz), nous soutiendrons la minorité III (Weichelt) qui vise une participation cantonale de 30 pour cent; sans modifier la participation des assurés, elle aura un léger effet positif sur les primes.

En conclusion, nous vous remercions de soutenir ces diverses minorités et attendons encore l'ensemble des votes pour prendre une décision sur les différentes autres minorités.

Mäder Jörg (GL, ZH): Ich möchte zu Beginn gerne ein paar wichtige Aspekte in Erinnerung rufen: Unser Gesundheitswesen ist gut, aber nicht gut finanziert. Damit meine ich nicht, dass wir zu wenig Geld hätten. Wir können es uns noch leisten. Aber die Art und Weise der Finanzierung ist nicht gut. Je nach Art und Ort der Behandlung sind die Finanzierungsströme anders. Das führt zu Fehlanreizen, die es mit dieser Vorlage zu beseitigen gilt.

Diese Fehlanreize führen bis heute dazu, dass bei vielen Playern im Gesundheitswesen die finanziellen Interessen nicht in einer Linie mit einem qualitativen und effizienten Gesundheitswesen sind. Für den einzelnen Akteur bedeutet das, dass er bei Änderungen immer darauf achtet, dass die Arbeit und der Aufwand – die Kosten – möglichst bei den anderen anfallen und er sich in seinem Gärtchen bequem auf den Liegestuhl setzen kann. Es hat auch dazu geführt, dass sich bei jeder Idee, bei jedem Reförmchen diejenigen, die etwas zu verlieren hätten, Verbündete gesucht haben, jeweils verbunden mit dem Angebot, sie würden, wenn diese ihrerseits etwas zu verlieren hätten, ihnen helfen, die Idee, das Reförmchen zu kippen. Kurzum: bester Nährboden für Nein-Allianzen, für Blockadepolitik vom Feinsten. Diesen Knoten müssen wir zerschlagen.

Kommen wir zum Kernpunkt von Block 1: Soll die Pflege Teil der Vorlage sein oder nicht? 2009, als diese Idee lanciert wurde – die wenigsten werden sich erinnern –, lag der Fokus klar auf "ambulant versus stationär", daher auch der Name Efas. Dass früher oder später auch die Pflege dazugehört, war unbestritten. Man fürchtete aber die Komplexität und wollte verständlicherweise vorwärtsmachen, also zuerst ambulant und stationär, später Pflege. Die Beratungen haben aber gezeigt, dass insbesondere die Kantone die Pflege zwingend dabei haben wollten. Eine Nein-Allianz begann zu wachsen. Unterdessen ist der grösste Teil der Integrationsarbeit gemacht, die Verzögerung fand statt. Das alles wieder herauszunehmen, wäre Verschwendung, man müsste vieles doppelt machen. Wenn Sie hier der Minderheit zustimmen, geben Sie den Nein-Allianzen Auftrieb und gefährden das Ganze.

Bei Ziffer III Absatz 9, Artikel 60 Absatz 3, Artikel 47a Absatz 1, Artikel 36a Absatz 3 sowie Artikel 43 Absätze 4 und 6bis bitte ich Sie, den Anträgen der Mehrheit zu folgen. Eine periodische Überprüfung der Kantonsbeiträge ist sinnvoll, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, wir wollen ja steuern. Die in der Vorlage festgelegte Höhe der Kantonsbeiträge ist ein Wert, der sich im Verlauf der Beratung aufgrund neuer Berechnungen immer wieder geändert hat. Ziel ist eine Kostenneutralität, perfekt wird diese aber nie erreicht werden. So einfach ist unser Gesundheitssystem definitiv nicht. Also, betreiben Sie hier bitte kein Mikromanagement.

Die Minderheitsanträge zur Abschaffung des Patientenbeitrages für Pflegeleistungen, zur Zusammensetzung der neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen und zu den differenzierten Tarifen greifen spannende und interessante Themen auf. Aber wir müssen aufpassen, dass wir diese Vorlage nicht zu stark aufblähen. Ich finde es gut, dass diese Ideen platziert werden. Wir sollten sie durchaus an anderen Orten diskutieren.

Kommen wir zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 und somit zum Minderheitsantrag Sauter. Ich will offen sein: Scheitert dieser Antrag, den ich als sehr sinnvoll und wirksam erachte, wird das an der Unterstützung der Grünliberalen für Efas nicht ein Jota ändern. Wir stehen für Nein-Allianzen nicht zur Verfügung. Im Falle einer Ablehnung werden wir wieder mit der Idee kommen, sie weiterhin unterstützen – später halt, was schade ist. Aber so wird es sein.

Was ist die Idee hinter dem Antrag? Behandlungen sollten dort stattfinden, wo das nötige Wissen, die Kompetenzen und Erfahrungen vorhanden sind. Ein Spital ist jeweils in der Spitzenposition und könnte alles machen. Aber es ist auch der Ort mit den höchsten Kosten. Nun ist es so, dass im Anschluss an eine Behandlung im Spital dasselbe Spital für viele Arten der Pflege nicht mehr zwingend der richtige Ort im Sinne einer qualitativen und effizienten Versorgung ist. Für eine Genesung zuhause mit Spitex ist es noch zu früh. Die Lösung: Pflegeheime, Akut- und Übergangspflege. Also haben wir genau das vor einigen Jahren eingeführt – genial, mit einem kleinen, bedeutenden Makel: Wir haben jeweils nur die ersten zwei Wochen finanziert. Danach



müssen die Betroffenen entweder selber zahlen oder dafür schauen, dass sie wieder ins Spital kommen, oder sie probieren es irgendwie zuhause. Das alles gefährdet entweder die Gesundheit oder steigert die Kosten. Beides ist unsinnig. Fragt man die Fachleute, so sagen diese: In den meisten Fällen wären vier Wochen ideal; mehr als acht Wochen braucht es so gut wie nie. Genau das würde mit dieser Minderheit umgesetzt, die wir entsprechend unterstützen. Je früher wir hier den realen Anforderungen aus der Praxis gerecht werden, desto besser.

Zum Schluss bitte ich Sie, der geänderten Version der Motion 22.3372 der SGK des Ständerates zuzustimmen. Inhaltlich ist sie nicht nur auf die Kantone fokussiert, wie die Version, die der Ständerat beschlossen hat, sondern bezieht auch Versicherer und die Versicherten mit ein. Was daran schlechter sein soll als beim ursprünglichen Motionstext, erschliesst sich mir nicht.

Nach vierzehn Jahren – so alt ist die parlamentarische Initiative hinter diesem Geschäft – ist es an der Zeit, die Ziellinie endlich zu überqueren. Gestern haben wir über die Verteilung der Kosten im Gesundheitswesen gesprochen. Heute geht es darum, unser Gesundheitswesen in Sachen Qualität und Effizienz weiterzubringen. Mit Efas legen wir den Boden für eine sinnvolle und stringente Finanzierung unseres Gesundheitssystems und entziehen somit den Nein-Allianzen den Nährboden. Wir räumen auf. Erst dann haben Vorlagen, die sparen wollen oder mehr Effizienz bringen, überhaupt eine echte Chance. Und dieses Aufräumen ist zwingend notwendig. Wir haben nämlich genügend intrinsische Probleme im Gesundheitssystem. Wir haben eine alternde Bevölkerung, wir haben modernste medizinische Technologien, Innovationen, die uns als Einzelnen sehr stark helfen, aber auch das System belasten, vor allem auch finanziell. Es ist also wichtig, dass wir hier einen grossen Schritt weiterkommen. Aber zuerst müssen wir aufräumen, und Efas ist eine Aufräumvorlage.

Berset Alain, président de la Confédération: Cela a été rappelé à plusieurs reprises au cours de votre débat: il y a maintenant quelques années que le Parlement traite de ce sujet en plénum. La décision du Conseil des Etats en décembre 2022 en a été la dernière étape. Un compromis, ou plutôt une proposition de compromis, a été adoptée, qui nous semble viable et absolument sensée.

Dans ses discussions, le Conseil des Etats a décidé d'intégrer les prestations de soins au projet. C'est un point essentiel sur le plan politique, mais il fait également sens du point de vue de l'efficacité du système.

Pour la préparation du débat d'aujourd'hui, votre commission a analysé à nouveau le projet et y a apporté des éléments judicieux; c'est la raison pour laquelle je vous invite, pour l'essentiel, à suivre la majorité de votre commission. Du point de vue du Conseil fédéral, il y a cependant deux exceptions à cet appel général à soutenir la majorité: la première concerne la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et la deuxième concerne la question des tarifs différenciés.

AB 2023 N 1587 / BO 2023 N 1587

Tout d'abord au sujet de la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins: la majorité de votre commission souhaite que les assurés n'aient plus à payer la contribution spéciale aux prestations de soins due aujourd'hui, c'est-à-dire 20 pour cent de la contribution de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le cadre du financement tripartite. Pour ce faire, la majorité propose que ce soient nouvellement les cantons qui prennent en charge cette contribution. La minorité II (Glarner) propose de soutenir la version du Conseil des Etats et de garder le système actuel.

La réserve que le Conseil fédéral peut avoir à l'égard de la proposition de la majorité – mais ce n'est pas encore un appel à ne pas voter en suivant la majorité – concerne l'effet de cette proposition sur les cantons. Il s'agit dans les faits d'un demi-milliard de francs de contributions nouvelles pris en charge par les cantons, une augmentation qui n'est certes pas négligeable. Or, comme vous le savez, le projet de financement uniforme ne devrait pas se développer sans l'adhésion des cantons. C'est pour cette raison que je voulais rendre votre conseil attentif aux enjeux de la proposition de la majorité, même s'il vous appartient naturellement de décider comment voter; nous pouvons nous en accommoder, mais prêtez attention aux conséquences sur les cantons et menez la discussion avec eux avant de poursuivre.

Le deuxième point concerne les tarifs différenciés. Il y a là deux propositions: une minorité I (Maillard) et une minorité II (Crottaz). Je vous invite à ne pas suivre la minorité I. En revanche, la minorité II nous paraît intéressante, parce qu'il s'agit en fait d'une précision de la loi qui respecte l'autonomie tarifaire en décrivant de manière explicite la possibilité de fixer des tarifs différenciés dans le cas des négociations tarifaires. C'est donc une base légale qui permet de dire ce qu'il est possible de faire. L'autonomie tarifaire étant importante, il est possible de faire cela aussi. Cette précision lève tout doute sur le fait que l'autonomie tarifaire est importante et que cette possibilité existe.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à suivre la minorité II (Crottaz) sur cette question.



Un point très important dans ce débat concerne l'intégration des prestations de soins. Votre commission propose de suivre le Conseil des Etats. Le Conseil fédéral salue cette décision pour plusieurs raisons. Premièrement, l'intégration des prestations de soins permet d'éliminer des incitations inopportunes et de favoriser davantage les soins coordonnés. Par ailleurs, les parts financées par les primes et les impôts seraient également stabilisées de manière durable. Deuxièmement, cette intégration constitue un point déterminant et essentiel pour les cantons. Ainsi, un financement uniforme sans les prestations de soins, tel qu'il ressortait de vos délibérations de première lecture, ne pourrait très probablement pas aboutir, puisque les cantons combattraient âprement la réforme. Par ailleurs, le potentiel d'économies d'un financement uniforme est plus important en cas d'intégration des prestations de soins. Je voulais juste l'indiquer et souligner l'importance de suivre la majorité sur ce point.

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

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: Möglicherweise schreiben wir hier das Ende einer schon fast endlosen Geschichte. Das wird abhängig sein von Ihren Entscheiden. Zumindest haben wir heute die Möglichkeit, diese Vorlage, indem wir für die Integration der Pflege stimmen, nicht zu versenken. Dass Efas ein grosses, wichtiges Projekt ist, wurde von den Vorrednerinnen und Vorrednern mehrfach betont. Dass Ungerechtigkeiten beseitigt werden können, wurde auch gesagt. Oft wurde von Fehlanreizen gesprochen. Ich glaube, ein schlagendes Argument ist tatsächlich, dass bei einer Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Moment nicht unbedingt der gesundheitliche Aspekt im Vordergrund steht, sondern zumindest teilweise die Finanzierungsfrage. Das ist nicht Sinn und Zweck der Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Die Mehrheit ist der Meinung, dass nun – vierzehn Jahre nach der Lancierung dieser parlamentarischen Initiative, nach Einberufung einer Subkommission und nach nun etwa drei Jahren der Behandlung in der Kommission – der Auftrag mit der Beendigung der Arbeit erfüllt werden sollte. Weiter ist die Mehrheit nach wie vor der Überzeugung, dass damit Kosteneinsparungen – und wir müssen über Kosten sprechen – erzielt werden können. Dies sind die Gründe, warum die Mehrheit der Kommission für die Integration der Pflege ist. Wir können es drehen und wenden, wie wir wollen: Ohne die Integration der Pflege versenken wir letztlich diese Vorlage. Für die Mehrheit ist deshalb der Antrag der Minderheit Aeschi Thomas, der die Integration der Pflege eben nicht möchte, der zentrale Punkt in Block 1. Wir bitten Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen, und möchten Sie zugleich darum ersuchen, der Mehrheit zuzustimmen.

In der SGK war es beileibe nicht immer so, dass man für die Integration der Pflege war oder sich damit anfreunden konnte. Wir hatten viele Kontakte und Austausche mit den Gesundheitsdirektoren, mit der GDK. Lange Zeit wurde uns dort gesagt, eigentlich bringe diese Vorlage sowieso eher nichts. Ganz am Schluss, als die Vorlage zum ersten Mal ein bisschen auf der Zielgeraden war, kam die GDK erneut und sagte, ja gut, man könnte darüber sprechen oder sich vielleicht sogar dafür einsetzen, wenn die Integration der Pflege erfolgen würde. Das wurde damals oft auch als "Buebetrickli" erklärt. Das spielt aber keine Rolle mehr, denn die Sachlage ist klar: Die Pflege muss integriert werden, ansonsten hat diese Vorlage bei den Kantonen – und damit übrigens auch im Ständerat – keine Chance mehr.

Bei den Beratungen in der Kommission wurde selbstverständlich auch die bereits angetönte Kostenfrage diskutiert. Zum einen war das Fazit bei der Präsentation des BAG – das wurde vorhin auch schon erwähnt –, dass Mehrkosten entstehen. Das können wir nicht wegdiskutieren. Interessant ist aber, dass die Mehrkosten, obwohl ihre Gesamthöhe oft noch verschieden angesetzt wird, im Vergleich zu den Gesamteinsparungen verknüpfbar sind bzw. dass die Vorlage wegen der Höhe der Einsparungen immer noch Sinn macht. Wenn wir von den Kosten sprechen, glaube ich, dass das ein wichtiger Punkt ist.

In der Kommission haben wir natürlich auch diskutiert, wie scharf wir schon sehen, wohin wir dann gelangen, ob wir nicht in einen dunklen Tunnel oder in die berühmte Blackbox hineinfahren. Deshalb hat unsere Kommission zum einen entschieden, dass die Umsetzung der Integration der Pflege erst dann vonstattengehen kann, wenn seitens der Kantone die Sachlage, die Kostenverhältnisse und die Datenlage bezüglich der Pflegefinanzierung klar auf dem Tisch liegen. Das ist gemäss einer Studie noch nicht der Fall. Das muss gewährleistet sein, damit man sieht, in welchen Dimensionen man sich hier bewegen wird. Zum andern haben wir festgelegt, dass auch die Umsetzung der Pflege-Initiative erfolgt sein muss, bevor wir die Integration der Pflege umsetzen.

Zu den Minderheits- und Mehrheitsanträgen in Block 1: Entscheidend ist aus Sicht der Mehrheit aus den vorgenannten Gründen die Ablehnung des Minderheitsantrages Aeschi Thomas. Wir bitten Sie also, den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas abzulehnen und die Pflege in der Vorlage zu belassen.

Die übrigen Minderheitsanträge sind zum Teil tatsächlich bedenkenswert und geben auch wichtige Anstösse. Sie haben bei einer Annahme nicht zur Folge, dass die ganze Vorlage stirbt. Sie haben zur Folge, und wir sind



ja in der Differenzvereinbarung, dass einige dieser Fragen im Ständerat noch geklärt werden müssen. Deshalb möchte ich hier auch zuhause der Materialien darauf hinweisen, dass die Vorlage wirklich sehr komplex ist und dass die Anträge aus der Kommission Auswirkungen auf etliche weitere Bestimmungen haben. Ich bitte hier deshalb – ich sage das zuhause des Amtlichen Bulletins – unsere Schwesterkommission, nach unseren Beschlüssen die hier im Rat resultierenden Formulierungen noch einmal eingehend zu prüfen und insbesondere im Falle einer Annahme des Minderheitsantrages II (Glarner) zu Artikel 64 Absatz 5ter eine geeignete Formulierung zu suchen.

AB 2023 N 1588 / BO 2023 N 1588

Ein paar Bemerkungen zu einigen Minderheiten: Die Mehrheit ist der Meinung, dass der Minderheitsantrag Sauter zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 an sich bedenkenswert ist. Trotzdem ist sie der Meinung, dass wir hier keine zusätzliche Differenzierung, keine Fristveränderung machen sollten. Die Überlegungen hierzu waren, dass man sich durchaus fragen kann, welche Auswirkungen das auf die Kosten hätte – Stichworte: längerer Spitalaufenthalt, längere Spitalbehandlung – und letztlich auch auf das Wohl der Patientinnen und Patienten, die eigentlich wieder in "eigene Verhältnisse" zurückmöchten.

Zum Minderheitsantrag I (Maillard) mit differenzierten Tarifen: Die Mehrheit ist der Meinung, dass dieser Antrag in dieser Vorlage artfremd ist. Wir sollten die Vorlage nicht überladen. Man kann, wenn man den Kantonen die Möglichkeit geben will, bei den Tarifen einzuwirken, das allenfalls in einer separaten Vorlage oder mit einem separaten Vorstoss behandeln.

Zuletzt noch zum Minderheitsantrag II (Glarner) zu Artikel 60 Absatz 3: Die Mehrheit hat entschieden, dass die Patientenbeiträge nicht mehr erhoben werden sollen. Wenn Sie den Minderheitsantrag II annehmen, hat das zur Folge, dass die Erhebung der Patientenbeiträge nicht mehr wegfällt. Hier ist die Mehrheit der Meinung, dass wir bei ihrem Antrag bleiben und das nicht verändern sollten.

Zum letzten Punkt, zur periodischen Überprüfung des Kantonsbeitrages, die die Minderheit Aeschi Thomas bei Artikel 60 Absatz 3bis streichen will: Da ist die Mehrheit der Meinung, dass eine solche Überprüfung sehr wohl Sinn macht, gerade auch vor dem Hintergrund, dass wir vorhin oft gehört haben, dass wir in eine doch bisweilen unsichere Entwicklung gehen. Die Mehrheit ist der Meinung, dass es richtig ist, eine periodische Überprüfung vorzunehmen und hier eine zusätzliche Differenz zu schaffen.

Zum Minderheitsantrag Aeschi Thomas, der den Einbezug der Pflege nicht will, habe ich schon gesprochen. Ich bitte Sie namens der Mehrheit, die Anträge der Minderheiten abzulehnen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La dernière fois que notre chambre a traité du sujet en question, c'était le 26 septembre 2019; nous évitons ainsi de justesse quatre ans de navette entre les chambres sur un même projet. Le dossier a évidemment beaucoup évolué depuis. Hormis qu'en quatre longues années, nous – et quand je dis "nous", ce sont les assurés et payeurs de primes – avons payé des primes trop élevées. L'augmentation dont nous parlons est à la charge des payeurs de primes de la manière suivante: c'est environ 170 millions de francs payés en trop pour les années 2017 à 2019; depuis 2019, nous avons connu une forte augmentation, avec le transfert vers l'ambulatoire, soit environ 1 milliard de francs en 2021 et 1,25 milliard en 2022. Le grand changement dans le projet qui vous est présenté aujourd'hui, c'est l'intégration dans le financement uniforme (Efas) des soins de longue durée.

C'est ainsi que je commence le bloc 1 en évoquant l'intégration des soins, le grand objet du débat. Lorsque nous avons traité ce dossier dans cette chambre lors de la précédente législature, le 26 septembre 2019, la question de l'intégration s'était posée in extremis en commission. Le prétexte était là pour enterrer le projet, et la commission avait finalement décidé d'adopter une motion, rejetée en décembre de la même année, pour analyser la possibilité d'intégrer les soins dans le projet. A l'époque, Efas paraissait trop urgent pour se permettre d'attendre encore – c'est dire.

Quatre ans plus tard, dans un esprit de compromis, pour répondre à la demande des cantons qui en faisaient une exigence inconditionnelle pour l'adoption d'Efas, la CSSS-N a décidé, après de longs débats, d'intégrer les soins de longue durée dans cette importante réforme des flux financiers du système de santé.

Ainsi, la majorité s'est ralliée au Conseil des Etats, avec quelques ajustements. La commission entend notamment assurer que l'intégration des soins puisse avoir lieu de manière flexible et uniquement sous réserve de l'établissement, dans le secteur des soins, de la transparence des coûts nécessaire.

Un débat polémique s'est déroulé quant à l'effet financier de l'intégration des soins. Selon certaines études publiées dans la presse, l'intégration des soins rendrait à terme l'exercice en cours déficitaire, coûtant davantage aux assurés que le statu quo. L'administration fédérale, de son côté, est convaincue – et a convaincu – du contraire.



In fine, il ressort des travaux de la commission qu'Efás, avec l'intégration des soins, permettra d'éviter l'érosion de la part étatique du financement de la santé. Cette part devrait augmenter jusqu'en 2030, puis se réduire et se stabiliser à 27 pour cent environ, selon les effets de l'initiative sur les soins infirmiers.

Pour la minorité Aeschi Thomas, l'intégration des soins rendrait l'exercice inutile du point de vue des coûts et ferait à terme exploser les primes. L'intégration des soins a été finalement acceptée par 15 voix contre 8 et 2 abstentions.

A l'article 25 alinéa 2 lettre f et alinéa 3, ainsi qu'à toutes les dispositions relatives, nous avons traité de l'adaptation des soins aigus et de transition. Actuellement, les soins aigus et de transition sont traités à l'article 25a alinéa 2 de la LAMal, qui prescrit leur financement jusqu'à deux semaines. La minorité Sauter demande la prolongation de la durée maximale des soins aigus et de transition ainsi que la prise en charge des frais de séjour. Les soins aigus et de transition ont été intégrés avec le nouveau régime de financement des hôpitaux, mais, concrètement, cela n'a jamais été mis en oeuvre, faute d'un cadre législatif adapté en raison de la trop courte durée des prestations, de deux semaines, et du fait que seuls les soins, et non les prestations hôtelières, sont concernés. La proposition de minorité vise à corriger cet état de fait. Sans être directement en lien avec Efás, la proposition améliorerait une situation insatisfaisante, selon l'auteure de la minorité.

Pour la majorité, ces nouvelles dispositions développent les soins aigus et de transition et seraient beaucoup plus chères pour l'assurance-maladie. Par rapport à aujourd'hui, cela signifierait qu'en plus des prestations de soins, le séjour serait désormais également soumis à l'assurance obligatoire des soins (AOS), alors qu'aujourd'hui, seuls les soins, et pas les prestations hôtelières, sont soumis à l'AOS. En outre, la durée maximale de séjour serait quadruplée, passant de deux à huit semaines. Il serait impossible d'estimer ce que cela signifierait sur le plan financier, alors qu'actuellement, on cherche exactement l'inverse. La minorité Sauter a été rejetée en commission par 14 voix contre 11.

Aux articles 36a alinéa 3 et 43 alinéa 4 et 6bis, nous traitons des tarifs différenciés. La minorité I (Maillard) propose de permettre d'adopter un tarif différencié en faveur des fournisseurs de prestations, qui offrent des soins de base ou d'urgence, notamment à des horaires ou dans des conditions particulières. De manière schématique, le but de la proposition est de réduire un peu la médecine élective, spécialisée et très chère, pour donner davantage à la médecine de premier recours, la fameuse première ligne.

La minorité II (Crottaz), qui reprend la proposition de l'administration, est plus simple. Cette proposition mentionne expressément les soins de base et d'urgence. Il y est explicitement exposé que les augmentations et diminutions de la participation cantonale doivent s'équilibrer. Il n'est par ailleurs pas prévu de mandats de prestation. La commission a finalement rejeté cette proposition, complexe à mettre en oeuvre, jugeant qu'elle portait atteinte à l'autonomie tarifaire des parties. Par 15 voix contre 7, la commission a rejeté la minorité I (Maillard) en faveur de la minorité II (Crottaz). En fin de compte, la minorité II (Crottaz) a été rejetée par 13 voix contre 9.

A l'article 47a, il est question de la composition de la nouvelle organisation tarifaire pour les prestations de soins. Il s'agit ici de l'organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Une minorité I (Gysi Barbara) souhaite que le personnel soignant participe à l'autorité de tarification. Pour la minorité, les intérêts des fournisseurs de prestations ne coïncident pas toujours avec ceux du personnel. En particulier, il est souhaité que le personnel infirmier soit intégré dans l'autorité. Pour la majorité, il ne s'agit pas de questions de droit du travail, mais de structure tarifaire. Les travailleurs n'étant pas des agents facturants à

AB 2023 N 1589 / BO 2023 N 1589

ce titre, il n'y a pas de motif de les intégrer dans la structure. Cette proposition a été rejetée par 16 voix contre 7 et 0 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, à l'article 64 alinéa 5bis et aux autres articles mentionnés dans le dépliant, il est question de la suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins. A l'image de ce que l'on connaît pour les séjours hospitaliers, le Conseil des Etats a prévu une participation aux coûts de la part des assurés pour les soins fournis sous forme ambulatoire.

La majorité a relevé que les patients devaient déjà payer la franchise et la quote-part. Une quote-part supplémentaire était par ailleurs prévue en cas d'hébergement en EMS. Cela varie beaucoup d'un canton à l'autre: certains prennent entièrement à charge les coûts des soins à domicile, d'autres les répercutent sur les patients. La majorité a relevé que les coûts individuels pouvaient rapidement atteindre 8500 francs par année. Cela entraîne une augmentation de la part cantonale de 2 pour cent à l'article 60 alinéa 3.

La minorité II (Glarner) propose de maintenir la participation prévue par le Conseil des Etats à l'article 64 alinéas 5bis et 5ter. Cette proposition a été rejetée par 13 voix contre 11 et 1 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, une minorité III (Weichelt) propose d'augmenter encore la part cantonale à 30 pour



cent au moins. Cette augmentation a pour objectif de mettre en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers et d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Du point de vue de notre collègue, les collectivités ont la tâche de financer la mise en oeuvre de l'initiative. Cette proposition alourdit fortement la participation cantonale et est contraire à l'objectif de neutralité des coûts. Elle a été rejetée par 15 voix contre 7.

Au chiffre III alinéa 9, il est question de l'entrée en vigueur flexible de la réforme en cours. La majorité a choisi de faire entrer en vigueur une partie des dispositions trois ans après l'échéance du délai référendaire, et la partie relative aux soins au plus tôt sept ans après l'adoption, mais à condition que l'initiative sur les soins infirmiers soit adoptée et qu'une base tarifaire transparente et uniforme soit adoptée. En termes simples, l'intégration des soins doit avoir lieu, mais à condition que tous les acteurs, notamment les cantons qui l'ont demandée, soient prêts à cela.

Une minorité Aeschi Thomas propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats, à savoir une entrée en vigueur d'Efas trois ans après le délai référendaire et sept ans après pour ce qui concerne l'intégration des soins. Par 18 voix contre 7, la commission a rejeté cette dernière proposition Aeschi Thomas.

Enfin, à l'article 60 alinéa 3bis, il est question de l'examen périodique de la contribution cantonale. Pour la majorité, cette proposition a pour objectif de permettre une augmentation de la participation cantonale si les besoins s'en font ressentir, notamment pour financer la mise en oeuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. Pour la minorité Aeschi Thomas, la proposition retenue n'est pas neutre en matière de coûts et doit être rejetée. Par 12 voix contre 10, la majorité a adopté cette disposition.

Je terminerai en parlant de la motion 22.3372 portant sur l'examen des conséquences financières. Le Conseil des Etats a adopté la motion, par laquelle il veut qu'il soit démontré si l'introduction d'Efas s'est révélée neutre en matière de coûts. Si le principe de l'analyse des conséquences financières est soutenu par la commission, elle ne veut plus que l'analyse porte sur la stricte neutralité des coûts, dès lors que des mesures coûtant 500 millions de francs sont prévues. Une minorité Aeschi Thomas a rejeté cette modification et propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national propose d'adopter la motion modifiée. Par 17 voix contre 7 et 0 abstention, la majorité a décidé de modifier la motion, et, par 18 voix contre 7, elle a décidé de l'adopter avec cette modification.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation)

Art. 25

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2 Bst. a

Gemäss geltendem Recht, aber:

... sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden von:

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 2 Bst. f

f. den Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim bei Akut- und Übergangspflege;

Abs. 3

Als Akut- und Übergangspflege gelten die Pflegeleistungen, die sich während längstens vier Wochen im Anschluss an eine stationäre Behandlung als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet wurden. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden.



Art. 25

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2 let. a

Selon droit en vigueur, mais:

... dispensées dans le cadre d'un traitement hospitalier par:

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 2 let. f

f. le séjour à l'hôpital ou en établissement médicosocial en cas de soins aigus et de transition;

Al. 3

Sont réputés soins aigus et de transition les prestations de soins qui se révèlent nécessaires durant quatre semaines au plus à la suite d'un traitement hospitalier et sont prescrits conjointement à l'hôpital par un médecin et un infirmier. Les soins aigus et de transition peuvent être au besoin prolongés une fois de quatre semaines au plus sur la base d'une prescription médicale.

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas, mit dem die Pflege nicht einbezogen werden soll, befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1, wenn wir die Anträge der Mehrheit und der Minderheiten I bis IV, mit denen die Pflege einbezogen werden soll, bereinigt haben.

Abs. 2 Bst. f, 3 – Al. 2 let. f, 3

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 49 Absatz 4, Artikel 64 Absatz 5, Ziffer III Absätze 4 bis 7 und Ziffer IV Absätze 3 und 4.

AB 2023 N 1590 / BO 2023 N 1590

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27289)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 85 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 36a Abs. 3

Antrag der Minderheit I

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Die Kantone können einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern mit Leistungen der Grund- und Notfallversorgung beauftragen und dafür die Zulassung an Bedingungen wie Kapazitäten, Öffnungszeiten, Aufnahmepflicht und Qualität der Arbeitsbedingungen knüpfen.

Antrag der Minderheit II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 3

Streichen

Art. 36a al. 3

Proposition de la minorité I

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Les cantons peuvent charger des fournisseurs de prestations ou des groupes de fournisseurs de prestations de fournir des prestations de soins de base et d'urgence. Pour ce faire, ils peuvent conditionner l'admission à des critères tels que les capacités, les horaires d'ouverture, l'obligation d'admission et la qualité des conditions de travail.

*Proposition de la minorité II*

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz- Huber, Weichelt)

Al. 3

Biffer

Art. 43*Antrag der Minderheit I*

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 4

... sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Wo unterschiedliche Kosten und Krankheitsrisiken der behandelten Patienten es rechtfertigen, können Preise und Tarife für unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern differenziert werden. Bei Tarifverträgen zwischen ...

Abs. 6bis

Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten auf eine sachgerechte Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung sowie der Aufnahmepflicht. Sie können zu diesem Zweck differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen. Fehlen entsprechende Vereinbarungen oder werden sie vom Kanton als ungenügend betrachtet, können die Kantone zur sachgerechten Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung kantonale Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen, die über einen Auftrag gemäss Artikel 36 Absatz 3 verfügen. Diese sind durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen von nicht betroffenen Fachgebieten oder Gruppen von Leistungserbringern auszugleichen.

Antrag der Minderheit II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz- Huber, Weichelt)

Abs. 4

Streichen

Abs. 6bis

Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten auf eine sachgerechte Abbildung aller Leistungen, unter anderem der Grund- und Notfallversorgung. Sie können, falls zu diesem Zweck erforderlich, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen. Die kantonalen Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern müssen durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen der anderen Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern ausgeglichen werden.

Art. 43*Proposition de la minorité I*

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Al. 4

... de manière appropriée. Lorsque des différences de coûts et de risques de maladie des patients traités le justifient, les prix et les tarifs peuvent être différenciés selon les différents groupes de prestataires de soins. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues ...

Al. 6bis

Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les prestations de soins de base et d'urgence ainsi que l'obligation d'admission soient structurées de manière appropriée. Ils peuvent, à cet effet, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de prestataires de soins. En l'absence de conventions correspondantes ou en présence de conventions jugées insuffisantes par le canton, les cantons peuvent fixer des suppléments cantonaux pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations disposant d'un mandat au sens de l'article 36 alinéa 3 afin de refléter de manière appropriée les prestations des soins de base et d'urgence. Ces suppléments doivent être compensés par des réductions sur les tarifs prévus par les cantons pour des spécialités ou des groupes de fournisseurs de prestations non concernés.

Proposition de la minorité II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz- Huber, Weichelt)

Al. 4

Biffer



*Al. 6bis*

Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que toutes les prestations, entre autres les soins de base et d'urgence, soient représentées de manière appropriée. Ils peuvent, si nécessaire à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certains domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations. Les suppléments cantonaux pour certains domaines de spécialité médicales ou groupes de fournisseurs de prestations doivent être compensés par des réductions des tarifs cantonaux des autres domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27290)

Für den Antrag der Minderheit II ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 68 Stimmen

(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27291)

Für den Antrag der Minderheit II ... 67 Stimmen

Dagegen ... 125 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 47a*Antrag der Mehrheit**Titel, Abs. 1, 3–5, 7*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegg, Schläpfer)

Titel

Unverändert

AB 2023 N 1591 / BO 2023 N 1591

Abs. 1

Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in der Organisation vertreten sein.

Abs. 5, 7

Unverändert

Antrag der Minderheit I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Abs. 1

... Die Verbände der Leistungserbringer, des Pflegepersonals und der Versicherer sowie ...

Art. 47a*Proposition de la majorité**Titre, al. 1, 3–5, 7*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegg, Schläpfer)

Titre

Inchangé

Al. 1

Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures



tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés de manière équitable au sein de l'organisation.

Al. 5, 7

Inchangé

Proposition de la minorité I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Al. 1

... des fournisseurs de prestations, du personnel soignant et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés ...

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27292)

Für den Antrag der Mehrheit ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 60 Abs. 3, 3bis

Antrag der Mehrheit

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 28,6 Prozent.

Abs. 3bis

Der Kantonsbeitrag wird periodisch überprüft.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 24,5 Prozent.

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüeegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 26,9 Prozent.

Antrag der Minderheit III

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia)

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 30 Prozent.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rüeegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3bis

Streichen



Art. 60 al. 3, 3bis

Proposition de la majorité

Al. 3

... Ce taux se monte à 28,6 pour cent au moins.

Al. 3bis

La contribution cantonale est réexaminée périodiquement.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 3

... Ce taux se monte à 24,5 pour cent au moins.

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3

... Ce taux se monte à 26,9 pour cent au moins.

Proposition de la minorité III

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia)

Al. 3

... Ce taux se monte à 30 pour cent au moins.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3bis

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas zu Absatz 3 befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1.

Abs. 3 – Al. 3

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 64 Absätze 5bis, 5ter und 8, Ziffer III Absatz 8 sowie Ziffer IV Absätze 3 und 4.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27293)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27294)

Für den Antrag der Mehrheit ... 125 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit III ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

AB 2023 N 1592 / BO 2023 N 1592





Abs. 3bis – Al. 3bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27295)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Ziff. III Abs. 1–9

Antrag der Mehrheit

Abs. 1–7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 8

Streichen

Abs. 9

Bis zu seiner Aufhebung erfolgt die Vergütung der Leistungen im Pflegeheim und bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a, in Abweichung von Artikel 50 Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 4

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ausgenommen.

Abs. 5

... nach Artikel 25 Absatz 3 werden bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Für die Vergütung der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.

Abs. 6

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 liegt der Prozentsatz ...

Abs. 7

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 gilt das Rückgriffsrecht nach ...

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Abs. 4–9

Streichen

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüeegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüeegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 9

Streichen

Ch. III al. 1–9

Proposition de la majorité

Al. 1–7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 8

Biffer



Al. 9

Jusqu'à son abrogation, la rémunération des prestations fournies dans les établissements médicosociaux et en cas de soins ambulatoires est régie par l'article 25a en dérogation à l'article 50 alinéa 1.

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 4

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 les prestations ...

Al. 5

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 les prestations de soins aigus et de transition visées par l'article 25 alinéa 3 sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins. La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins aigus et de transition est régie par l'article 52.

Al. 6

... de l'article 25a alinéa 1, 3, 4 et 5 le taux visé ...

Al. 7

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 le droit de recours ...

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rügger, Schläpfer)

Al. 4–9

Biffer

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rügger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rügger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 9

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Abs. 9 – Al. 9

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer IV Absätze 3 und 4.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27296)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit IV ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées



Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

a. ... 49a, 50, 51 Absatz 1 ...

b. ... 25a, 33 Absätze 2bis und 2ter, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten

AB 2023 N 1593 / BO 2023 N 1593

Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, sowie die vollständige Umsetzung der Volksinitiative "Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)".

Abs. 4

a. ... 49a, 50, 51 Absatz 1, ... sowie 79a: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach der Abstimmung folgt;

b. ... 25a, 33 Absätze 2bis und 2ter, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, sowie die vollständige Umsetzung der Volksinitiative "Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)".

Antrag der Minderheit II

(Glärner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rügger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8 ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8 ...

Antrag der Minderheit IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glärner, Herzog Verena, Nantermod, Rügger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3

...

a. ... 49a, 51 Absatz 1 ...

b. ... 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

Abs. 4

...

a. ... 49a, 51 Absatz 1 ...

b. ... 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt.

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 3

...

a. ... 21, 25 Absätze 2 Buchstabe f und 3, 25a Absatz 2, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, ... 47b Absätze 1 und 2, 49 Absatz 4, 49a, ..., 60a, 64 Absatz 5 sowie 79a ...



b. ... 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ...

Abs. 4

a. ... 21, 25 Absätze 2 Buchstabe f und 3, 25a Absatz 2, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, ..., 47b Absätze 1 und 2, 49 Absatz 4, 49a, ..., 60a, 64 Absatz 5 sowie 79a:

b. ... 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ...

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeeggler, Schläpfer)

Abs. 3, 4

Festhalten

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

a. ... 49a, 50, 51 alinéa 1 ...

b. ... 25a, 33 alinéas 2bis und 2ter, 41 alinéa 1, 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéa 7 lettre b: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire. Les conditions préalables à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, ainsi qu'une mise en oeuvre complète de l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)".

Al. 4

a. ... 49a, 50, 51 alinéa 1 ... ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après la votation, au 1er janvier;

b. ... 25a, 33 alinéas 2bis et 2ter, 41 alinéa 1, 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 et 64 alinéa 7 lettre b: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Celle-ci a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation. Les conditions préalables à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, ainsi qu'une mise en oeuvre complète de l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)".

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüeeggler, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 ...

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 ...

Proposition de la minorité IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüeeggler, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3

...

a. ... 49a, 51 alinéa 1 ...

b. ... 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéa 7 lettre b entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4

...

a. ... 49a, 51 alinéa 1 ...

b. ... 47c alinéa 2bis, 3, 5 et 7, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 et 64 alinéa 7 lettre b entrent en vigueur sept ans après la votation, au 1er janvier.



Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 3

...

a. ... 21, 25 alinéa 2 lettre f et 3, 25a alinéa 2, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4 ... 47b alinéas 1 et 2, 49 alinéa 4, 49a ... 60a, 64 alinéa 5 ainsi que 79a;

b. ... 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 ...

Al. 4

a. ... 21, 25 alinéa 2 lettre f et 3, 25a alinéa 2, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4 ... 47b alinéas 1 et 2, 49 alinéa 4, 49a ... 60a, 64 alinéa 5 ainsi que 79a;

b. ... 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 ...

AB 2023 N 1594 / BO 2023 N 1594

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Al. 3, 4

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit IV (Aeschi Thomas) wurde soeben bei Ziffer III Absatz 9 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Der Antrag der Mehrheit auf einen Einbezug der Pflege ist nun bereinigt. Wir stellen ihn dem Antrag der Minderheit Aeschi Thomas – kein Einbezug der Pflege – gegenüber.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitung; 47a Titel, Abs. 1, 5, 7; 47b; 60 Abs. 3; Ziff. III Abs. 4–9; IV Abs. 3, 4

Art. 25 al. 2 let. a introduction; 47a titre, al. 1, 5, 7; 47b; 60 al. 3; ch. III al. 4–9; IV al. 3, 4

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27297)

Für den Antrag der Mehrheit ... 130 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Titel

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Festhalten

Titre

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Maintenir



Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde soeben in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Festhalten, aber:

Abs. 2

... und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, ...

Art. 25a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Maintenir, mais:

Al. 2

... et sont prescrits conjointement par un médecin et un infirmier de l'hôpital sont rémunérés ...

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 33

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen berücksichtigt er den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können.

Abs. 2ter

Der Bundesrat regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs und die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und den Pflegefachpersonen.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2bis, 2ter

Streichen

Art. 33

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Dans sa désignation des prestations de soins, il tient compte des besoins en soins des personnes qui souffrent de maladies complexes et de celles qui ont besoin de soins palliatifs. Il définit quelles prestations de soins peuvent être fournies sans prescription ni mandat médical.



Al. 2ter

Le Conseil fédéral fixe la procédure d'évaluation des besoins en soins et règle la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2bis, 2ter

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 47b

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Unverändert

Art. 47b

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AB 2023 N 1595 / BO 2023 N 1595

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 47c

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Massnahmen nach Absatz 1, die Pflegeleistungen betreffen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, sind in gesamtschweizerisch geltende Verträge zu integrieren.

Abs. 3

Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2bis sind der nach ...

Abs. 5

Verträge nach den Absätzen 2 und 2bis legen die von ...

Abs. 7

Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht auf die Integration der Massnahmen in Verträgen nach Absatz 2bis einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.



Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2bis

Streichen

Abs. 3, 5

Unverändert

Abs. 7

Streichen

Art. 47c

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Les mesures visées à l'alinéa 1 qui portent sur des prestations de soins fournies sans prescription ou mandat médical doivent être intégrées dans des conventions valables pour l'ensemble du territoire suisse.

Al. 3

Les conventions visées aux alinéas 2 et 2bis doivent être ...

Al. 5

Les conventions visées aux alinéas 2 et 2bis définissent les facteurs ...

Al. 7

Si les assureurs et les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives, ne parviennent pas à s'entendre pour intégrer les mesures dans des conventions conformément à l'alinéa 2bis, le Conseil fédéral règle les modalités.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2bis

Biffer

Al. 3, 5

Inchangé

Al. 7

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 49 Abs. 4

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

... zur Anwendung. Artikel 25 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Art. 49 al. 4

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

... l'article 50 est applicable. L'article 25 alinéa 3 est réservé.



Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 50

Antrag der Mehrheit

Einleitung

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1

...

a. von einem Pflegeheim;

b. von einem Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben dbis oder e.

Abs. 2–5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Unverändert

Art. 50

Proposition de la majorité

Introduction

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1

...

a. par un établissement médicosocial

b. par un fournisseur de prestations désigné à l'article 35 alinéa 2 lettre dbis ou e.

Al. 2–5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité*

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Unverändert

AB 2023 N 1596 / BO 2023 N 1596

Art. 52 al. 1 let. a ch. 3

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats



Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeeggler, Schläpfer)
Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5bis, 5ter

Streichen

Abs. 8

Unverändert

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 5

... Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital und bei Akut- und Übergangspflege im Spital oder Pflegeheim. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüeeggler, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 5bis, 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5ter

Für Leistungen der Akut- und Übergangspflege schuldet die versicherte Person keinen Beitrag nach Absatz 5bis.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeeggler, Schläpfer)

Abs. 5bis, 5ter

Streichen

Abs. 7 Bst. b, 8

Unverändert

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5bis, 5ter

Biffer

Al. 8

Inchangé

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 5

En cas d'hospitalisation et de soins aigus et de transition à l'hôpital ou en établissement médicosocial, les



assurés versent, en outre, une ...

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüeegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 5bis, 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5ter

Pour les prestations de soins aigus et de transition, aucune contribution au sens de l'alinéa 5bis n'est due par l'assuré.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Al. 5bis, 5ter

Biffer

Al. 7 let. b, 8

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 79a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Festhalten

Art. 79a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Block 2 – Bloc 2

Technische Abwicklung; Vertragsspitäler; Datenweitergabe/Rechnungskontrolle; Verschiedenes

Déroulement technique; hôpitaux conventionnés; transmission des données/contrôle des factures; divers

Glarner Andreas (V, AG): Zu meinem Minderheitsantrag zu Artikel 18 Absatz 2sexies: Ich stelle Ihnen den Antrag, an der Version des Nationalrates festzuhalten, denn der Ständerat hat gegenüber der ursprünglichen Version nebst der gemeinsamen Einrichtung zusätzlich noch einen spezialisierten, autonomen Ausschuss



vorgesehen. Das Gesundheitswesen ist kompliziert genug. Es braucht nun wirklich nicht noch ein weiteres Gremium in Form eines Ausschusses, um die Beiträge aufzuteilen. Die Version des Nationalrates, also unsere Version, ist schlank und einfach. Belassen wir es dabei!

Ich danke Ihnen, wenn Sie meinen Minderheitsantrag unterstützen.

de Courten Thomas (V, BL): Wir sprechen über die Vertragsspitäler. In der Schweiz gibt es rund 280 Spitäler. Es gibt öffentliche Spitäler, es gibt private Spitäler, es gibt Spitäler auf der Spitalliste, und es gibt Spitäler, die nicht auf der Spitalliste sind. Privatkliniken sind nicht per se teurer als öffentliche Spitäler, sie haben auch keine höheren Tarife zulasten der OKP. Sie können das überall auch öffentlich einsehen.

In drei Kantonen, in den Kantonen Zürich, Genf und Waadt, gibt es nun insgesamt etwa zehn Vertragsspitäler, welche

AB 2023 N 1597 / BO 2023 N 1597

nicht auf der Spitalliste stehen und als sogenannte Vertragsspitäler von den Krankenversicherern aus der OKP 45 Prozent der stationären Kosten zurückerstattet bekommen, wobei diese 45 Prozent frankenmässig dem Betrag eines vergleichbaren Listenspitals entsprechen. Die Kantone bezahlen also nichts an die Vertragsspitäler. Die Vertragsspitäler erbringen aber auch ambulante Leistungen, die heute zu 100 Prozent von den Krankenversicherern vergütet werden.

Auch künftig, mit Efas, bezahlen die Kantone nichts an die Vertragsspitäler. Wenn die Krankenversicherer mit Efas künftig 75 Prozent der Kosten übernehmen würden, wäre das gegenüber heute eine kleine Besserstellung im stationären Bereich. Es gibt aber auch eine Schlechterstellung, weil sich die Artikel auf sämtliche Leistungen beziehen. Das heisst also, auch ambulante Leistungen werden künftig zu 75 Prozent und nicht mehr wie heute zu 100 Prozent zurückerstattet. Die Erhöhung im stationären Bereich auf 75 Prozent wird durch die Reduktion von 100 Prozent auf 75 Prozent im ambulanten Bereich kompensiert.

Der Effekt von Efas ist also der, dass der höhere Beitrag an stationäre Leistungen der Vertragsspitäler durch tiefere Beiträge im ambulanten Bereich bei Weitem ausgeglichen wird. Die Kantone und die Krankenversicherer werden also nicht mehr bezahlen müssen. Efas hat insgesamt einen prämiendämpfenden Effekt, fördert die integrierte Versorgung und stellt ambulante und stationäre Behandlungen gleich. Wir sollten deshalb bei der Fassung unseres Rates bleiben.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich möchte Sie einladen, meiner Minderheit bei Artikel 59abis zu folgen. Es geht um die Kontrolle der Spital- und Arztrechnungen. Hier sind die Versicherer zuständig. An dieser Zuständigkeit soll sich auch nichts ändern, aber eine individuelle Rechnungskontrolle, wie sie von meiner Minderheit gefordert wird, soll das gegenwärtige System ergänzen, indem unabhängige Patientinnenverbände einbezogen werden können und es ihnen erlaubt sein soll, subsidiär zu intervenieren.

Patientenverbände erhalten immer mehr Anfragen von Versicherten, eine KVG-Rechnung zu prüfen. Es ist ein gesteigertes Bewusstsein für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu spüren und auch eine Bereitschaft, sich als Patientin aktiv zu beteiligen, um unnötige oder ungerechtfertigte Kosten zu vermeiden. Die Komplexität der Arztrechnungen und der Mangel an individueller Beratung durch die Versicherungen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten ungerechtfertigte Rechnungen für nicht erbrachte Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen. Auch die Krankenkassen und die Kantone übernehmen ungerechtfertigte Kosten. Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass eine verstärkte Einzelrechnungskontrolle ein grosses Sparpotenzial aufweist. In Deutschland beispielsweise führten laut dem vom Bundesrat in Auftrag gegebenen Expertenbericht 50 Prozent der geprüften Rechnungen zu Forderungen und Rückerstattungen. Diese Massnahme hat zu Einsparungen von 3,6 Prozent der Spitalausgaben geführt, also zur Einsparung von Milliardenbeträgen.

Zu meiner zweiten Minderheit bei Ziffer III Absatz 10: Wir wissen, dass die Einführung von Efas für die Kantone ganz unterschiedliche Auswirkungen haben wird, je nachdem, wie stark die "Ambulantisierung" im entsprechenden Kanton fortgeschritten ist. Es wird also einige Kantone geben, die bei den Steuergeldern entlastet, aber bei den Prämien stärker belastet werden.

Efas hat ganz unterschiedliche Wirkungen auf die Verschiebung von Prämien hin zu Steuergeldern und umgekehrt – eben je nach Situation. Ich gebe Ihnen ein Beispiel aus meinem Kanton: In Bern wird allein die Einführung von Efas, also nur die Einführung eines neuen Finanzierungssystems, zu einer Mehrbelastung von 70 Millionen Franken an Prämiegeldern führen. Der Kanton wird um den gleichen Betrag, um 70 Millionen Franken, entlastet. Andere Kantone werden mehr belastet, und dafür sinken die Prämien.

Ich möchte hier mit meiner Minderheit in den Übergangsbestimmungen sicherstellen, dass die Kantone rein aufgrund der Einführung von Efas ihr Engagement bei den Prämienverbilligungen, das wir ja als ungenügend kritisieren, in den ersten fünf Jahren nach Inkrafttreten der Vorlage nicht zurückfahren dürfen.



Ich danke Ihnen, wenn Sie meine Minderheitsanträge annehmen.

Mäder Jörg (GL, ZH): Ich nehme zuerst zu meinen Minderheitsanträgen und anschliessend für die Fraktion Stellung.

Zu den beiden Minderheitsanträgen: Ich habe in beiden Fällen die Linie des Ständerates aufgenommen. Man kann, ja man soll über die Rolle der Kantone im Gesundheitswesen diskutieren. Ich fordere Sie sogar aktiv dazu auf. Wir müssen sie in Bezug auf die Digitalisierung, das EPD, die Planung und vieles mehr überdenken. Die starre Aufteilung zwischen Bund und Kantonen mag funktioniert haben. In der heutigen Zeit ist sie aber mehr Hindernis als Klärung. Hier und jetzt müssen wir für einen guten Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung sorgen, bei dem alle an Bord bleiben. Deshalb bitte ich Sie, dem Weg des Ständerates zu folgen. Und nein: Komplette von der Welt sind die Beschlüsse des Ständerates bei Weitem nicht – im Gegenteil.

Beim ersten Minderheitsantrag zu Artikel 60 Absatz 7 geht es um die Rechnungskontrolle. Der Ständerat will zu Recht ein zuverlässigeres System, das sicherstellt, dass nur echte, bezahlte Rechnungen behandelt werden und nicht etwa falsche, die aus irgendwelchen Gründen, absichtlich oder unabsichtlich, nicht korrekt sind. Neu werden die Versicherer die gesamte Rechnung nach der eigenen, internen Kontrolle bezahlen. Danach ist der richtige Moment, die Kantone mit einzubeziehen – vorher nicht. Neue Prozesse braucht es in beiden Fällen, auch mit dem Mehrheitsantrag. Das ist also kein Gegenargument.

Die Versicherer haben sich nicht gegen diesen Ansatz ausgesprochen. Zudem sind Versicherer im Umgang mit Rechnungen und Administration viel versierter. Das ist ihr Kernbusiness. Die Spitäler haben ihr Kernbusiness in der Behandlung. Also auch von dieser Warte aus ist das ein sinnvoller Ablauf.

Beim zweiten Minderheitsantrag zu Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter geht es um die Einsprachemöglichkeiten der Kantone. Der Ständerat ist darum bemüht, alle Player an Bord zu haben. Es geht also nicht darum, dass einige sehr glücklich, sondern darum, dass alle zufrieden sind. Ich verstehe die Opposition durchaus. Aber es ist der falsche Zeitpunkt. Für die Kantone sind Rechnungskontrolle, Wohnsitz und in letzter Instanz Einsprachemöglichkeiten wichtig, um ihre Funktion wahrzunehmen.

Mag sein, dass das in zehn Jahren ganz anders aussehen wird, wenn das Gesundheitssystem endlich digitalisiert ist, der Fokus auf der Qualität und nicht mehr auf der Quantität liegt und wir agieren statt reagieren. Heute aber ist das noch nicht der Fall. Wir müssen für alle Beteiligten einen Weg dorthin aufzeigen, Schritt für Schritt. Ansonsten wird sich jeder wieder in sein Gärtchen zurückziehen und schmollen. Es ist daher zentral, dass die Kantone ihre aktuelle Rolle auch mit der Umsetzung der Vorlage noch wahrnehmen können – eins nach dem anderen.

Ich komme nun zur Stellungnahme der grünliberalen Fraktion zu den übrigen Mehrheits- und Minderheitsanträgen. Die Empfehlungen der Grünliberalen in diesem Block folgen der gleichen Prämisse wie bei Block 1: Die Blockaden und Fehlanreize in unserem eigentlich recht guten Gesundheitssystem müssen bekämpft werden. Aus diesem Grund sind wir hier auf der Linie des Ständerates, damit nicht noch mehr Diskussionen aufkommen, die nur wieder Nein-Allianzen Auftrieb geben könnten. Insbesondere möchte ich daran erinnern, dass die Vorlage das Thema nicht für zehn oder zwanzig Jahre erledigen wird. Dafür ist das Thema Gesundheit schlicht und einfach viel zu dynamisch, speziell jetzt mit der längst überfälligen Digitalisierung, dem Fachkräftemangel in der Pflege, dem Aufkommen der künstlichen Intelligenz, der Gefährdung der Versorgungssicherheit und, und, und. Wir werden also weiterhin an diesem Thema arbeiten müssen.

Wir müssen aber endlich aufhören, ewig über die bestmögliche Lösung zu diskutieren. Um eine brauchbare Umsetzung, genau darum geht es hier. Nichtstun wird uns auch hier am Schluss am meisten kosten, auch wenn wir es im ersten Moment noch nicht bemerken. Oder wie es so schön heisst:

AB 2023 N 1598 / BO 2023 N 1598

Haben wir etwas Mut zur Lösung, oder, noch besser: Haben wir viel Mut zur Lösung!

Bei Artikel 18 – es geht dort um die technische Abwicklung – unterstützen wir die Mehrheit, also den Ständerat. Er hat sich für eine starke Rolle der gemeinsamen Einrichtung entschieden. Sie soll die verschiedenen Anteile und damit auch die Geldflüsse berechnen. Für gegenseitiges Verständnis, ja gar Vertrauen ist eine gemeinsame Einrichtung ein besserer Weg als einzelne Versicherer. In einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen ist das richtig. Zudem ist eine schlanke Umsetzung dieses Ansatzes angebracht.

Bezüglich der Vertragsspitäler – ich spreche zum Antrag der Minderheit de Courten zu Artikel 49a Absatz 2 – sollten wir der Linie des Ständerates folgen. Diese verhindert, dass die Vertragsspitäler gestärkt werden, was höchstwahrscheinlich mit einem Kostenwachstum von 100 bis 150 Millionen Franken verbunden wäre. Dass die Finanzierung von privaten Spitälern, Vertragsspitalern, öffentlichen Spitälern usw. nicht ganz einfach ist, ist klar. Hier ist aber der falsche Ort, um das ausdiskutieren.



Das Thema Rechnungskontrolle – Artikel 59a – haben wir bereits beim Kostendämpfungspaket diskutiert, leider erfolglos. Soll man das nochmals diskutieren, hoffentlich mit neuen Ansätzen und Erkenntnissen? Falls ja, dann bitte im Rahmen eines separaten Vorstosses und nicht als Teil eines anderen, im Speziellen nicht als Teil von Efas.

Die beiden Minderheitsanträge Mäder habe ich bereits vorgestellt und begründet.

Der Antrag der Minderheit II (Silberschmidt) zu Artikel 60 Absatz 7 ist klar abzulehnen. Wie schon gesagt, sollten wir die Rolle der Kantone diskutieren. Diesen einzelnen Punkt aber vorwegzunehmen, ist der Vorlage nicht förderlich.

Zu guter Letzt lehnen wir auch den Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia zu Ziffer III Absatz 10 ab. Das Thema Prämienverbilligung haben wir gestern diskutiert, leider nicht sehr konstruktiv. Innerhalb von Efas ist das Anliegen dieses Minderheitsantrages ein Fremdkörper, der nur Allergien auslösen würde.

Wie ich schon in Block 1 gesagt habe: Efas ist nicht primär eine Sparvorlage, sondern eine Aufräumvorlage – und es braucht dieses Aufräumen. Seien wir ehrlich, auch in unserem eigenen Leben ist es oft so, dass wir zuerst aufräumen müssen, bevor es mit anderen Schritten weitergehen kann; ansonsten hätten diese keine Chance.

Danke für Ihre Unterstützung.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Bei der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen geht es ja primär um eine Entflechtung der Aufgaben wie auch der Finanzierung. Mir persönlich, meiner Minderheit und auch der FDP-Liberalen Fraktion ist es ein Anliegen, dass wir diese Entflechtung eben auch konsequent vollziehen. Das ist auch dringend notwendig. In der Gesundheitspolitik oder im Gesundheitswesen generell in der Schweiz sprechen sehr viele Akteure bei sehr vielen verschiedenen Themen mit, und es ist oftmals unklar, wer genau wo und wie das Sagen hat. Dies führt zu Unklarheiten, zu Mehrkosten, zu Doppelspurigkeiten, aber auch zu Fehlanreizen. So soll die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Krankenversicherung genau dazu führen, dass Fehlanreize beseitigt werden, sodass mehr Leistungen ambulant angeboten werden und nicht mehr stationär. Das kommt uns allen einerseits gesundheitlich, andererseits aber auch im Portemonnaie zugute.

Wenn man jetzt über die Kompetenzen spricht, dann ist zumindest für die Politik klar, dass die Kantone am kompetentesten sind, wenn es um die Planung geht, um die Steuerung. Die Kantone können in ihrem Hoheitsgebiet vorsehen, wer für die Abrechnung über die OKP zugelassen wird und wie die Spitalplanung aussieht.

Eine andere Kernkompetenz im Gesundheitssystem ist die Rechnungskontrolle. Das ist üblicherweise eine Kompetenz der Versicherungen. Hier geht es darum, zu prüfen, ob die Leistungen, die abgerechnet werden, auch zulasten der obligatorischen Versicherung abgerechnet werden dürfen. Falls nicht, würde die Versicherung intervenieren. Heute ist es so, dass die Versicherungen über 100 Millionen Rechnungen pro Jahr kontrollieren. Sie tun das systematisch mit spezialisierten Programmen. Das kann man gar nicht mehr alles von Hand leisten.

Weil die Kantone einen Beitrag an stationäre Leistungen bezahlen, erhalten sie im heutigen System auch noch eine Rechnungskopie. Das mag im bisherigen System, in dem die Rollen nicht entflochten sind, Sinn ergeben, ist aber im neuen System unserer Meinung nach nicht mehr notwendig. Im neuen System nehmen wir Kantone wie Versicherungen gleichmässig in die Pflicht, zu finanzieren, wollen aber die Kompetenzen auch klar dort lassen, wo sie sind. Wir wollen, dass einerseits die Versicherungen die Kompetenz zur Rechnungskontrolle für ambulante wie auch für stationäre Leistungen behalten und sich andererseits die Kantone auf die Steuerung und auf die Planung fokussieren.

Unserer Meinung nach ergibt es keinen Sinn, den Kantonen die Rechnungen für stationäre Leistungen zuzuschicken, aber jene für ambulante nicht. Wir sind uns ja einig, dass die Kantone nicht von allem eine Rechnungskopie erhalten sollen. Wenn wir das System entflechten wollen, ist es etwas willkürlich, zu sagen, dass sie von den Rechnungen stationärer Leistungen Kopien erhalten, bei den ambulanten Leistungen aber den Versicherungen vertrauen müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meine Minderheit II zu unterstützen. Wir müssen schauen, dass dieser Kompromiss, der hoffentlich bis Ende Jahr durch beide Räte verabschiedet wird, nicht gefährdet wird. Wir haben uns sehr kompromissbereit gezeigt, wenn es darum geht, die Pflege in Efas zu integrieren, finden aber auch, dass man das Fuder nicht überladen und die Bürokratie nicht mit Rechnungskopien an die Kantone überstrapazieren sollte. In diesem Sinne bitte ich Sie, meine Minderheit II zu unterstützen.

Was die restlichen Anträge betrifft, wird die FDP-Liberale Fraktion mit einer Ausnahme überall der Mehrheit folgen. Die eine Ausnahme ist der Minderheitsantrag de Courten, bei dem es um die Vergütung für Vertrags-spitäler geht. Hier wird die FDP-Liberale Fraktion die Minderheit de Courten unterstützen. Für uns ist klar, dass



dieser Minderheitsantrag den Wettbewerb unter den öffentlichen und privaten Spitälern stärken wird. Sofern die Leistung eines Spitals von der Grundversicherung gedeckt wird und es sich um ein Spital handelt, das auf der Spitalliste ist, sollen die Versicherten ein Anrecht darauf haben, dass sich die Kostenbeteiligung gleichmässig gestaltet – sei es ein öffentliches oder ein privates Spital, das diese Leistung erbracht hat. In diesem Sinne würde es mich freuen, wenn Sie ebenfalls diese Meinung vertreten.

Weichelt Manuela (G, ZG): Beim Antrag der Minderheit II (Weichelt) geht es um die Beschwerderechte der Kantone. Erachtet ein Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, dann darf er unter bestimmten Voraussetzungen eine Beschwerde machen. Analog zur Minderheit I (Mäder) und analog zum Ständerat will die Minderheit II, dass die Kantone Beschwerde erheben können, wenn erstens der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt, zweitens ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird, drittens die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden. Die Minderheit II möchte aber, dass ein Kanton auch in einem vierten Punkt Beschwerde erheben darf, nämlich wenn der Leistungserbringer Auflagen im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag nicht einhält.

Es handelt sich also um eine sehr wichtige Abstimmung. Sie entscheiden mit dieser Abstimmung, ob die Kantone eine Beschwerde machen können, wenn ihre eigenen Auflagen von den Leistungserbringenden nicht eingehalten werden – eigentlich eine Selbstverständlichkeit, würde man meinen. Wenn man die Einhaltung der Auflagen rechtlich nicht einfordern kann, dann machen wir die Kantone zu Marionetten, die nicht mehr ernst genommen werden. Wollen wir Kantone als Marionetten? Ich glaube nicht.

Besten Dank für die Unterstützung der Minderheit II (Weichelt).

AB 2023 N 1599 / BO 2023 N 1599

Bircher Martina (V, AG): In Block 2 geht es um die technische Abwicklung der einheitlichen Finanzierung. Daraus ergeben sich viele Fragen. Bis anhin zahlten die Kantone nur für die stationären Aufenthalte, neu auch für die ambulanten Behandlungen. Daraus ergeben sich Fragen zur Kontrollaufgabe der Kantone und zur Datenweitergabe der Versicherer. Dann stellen sich aber eben auch Fragen bezüglich des Umgangs mit den Vertragsspitalern. Entsprechend liegen diverse Minderheitsanträge vor.

Zuerst zum Antrag der Minderheit Glarner zu Artikel 18 Absatz 2sexies: Die SVP-Fraktion ist der Ansicht, dass diese Minderheit zu unterstützen ist, weil wir nicht noch einen autonomen Ausschuss brauchen, mit welchem wir die Bürokratie nur zusätzlich ausbauen.

Zu Artikel 49a Absatz 2 liegt ein Minderheitsantrag de Courten bezüglich Vergütung der Vertragsspitäler vor. Die Beibehaltung einer differenzierten Finanzierung zur Deckung der Leistungskosten von Vertragsspitalern ist im Hinblick auf das angestrebte Ziel nicht gerechtfertigt. Die Anwendung einer einheitlichen Finanzierung auch auf diese Art von Spitälern ermöglicht es nämlich, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu stärken, was letztlich zu Kosteneinsparungen führt. Auch werden die öffentlichen Spitäler für ihre gemeinwirtschaftlichen Leistungen bereits separat und zusätzlich aus Steuergeldern entschädigt.

Ein Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia zu Artikel 59abis bezüglich individueller Rechnungskontrolle fordert, dass versicherte Personen sich an eine Patientenorganisation wenden können, die Finanzhilfen beantragen können. Die SVP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia ab. Schon heute steht es jeder Person frei, sich an eine Patientenorganisation zu wenden. Ebenfalls kann jede Person in der Schweiz eigenverantwortlich beispielsweise eine Rechtsschutzversicherung abschliessen.

Bei Artikel 60 Absatz 7 bestehen zwei Minderheitsanträge zur Rechnungskontrolle. Die Versicherer sollen den Kantonen unverzüglich Zugriff auf alle Rechnungen zu stationären Leistungen ermöglichen. Ein Teil der SVP-Fraktion unterstützt die Minderheit II (Silberschmidt), welche diese Rechnungskontrolle streichen will. Die SVP-Fraktion sieht dies als Aufgabe der Krankenkasse.

Es gibt weiter die Minderheit I (Mäder) bei Artikel 60 Absatz 7. Eine Übertragung der systematischen Rechnungskontrolle an die Kantone oder an eine zentrale Organisation ist eine Kernaufgabe der Krankenversicherer. Auch sind teure Doppelspurigkeiten bei der Rechnungskontrolle zu vermeiden.

Wir lehnen ebenfalls den Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia zu Ziffer III Absatz 10 ab. Er will vorschreiben, dass die Prämienverbilligung nicht sinken darf, selbst wenn die Kosten anteilmässig sinken würden. Diesen Minderheitsantrag lehnt die SVP-Fraktion ab; die Kantone entscheiden selber, wie viel Prämienverbilligung sie zur Verfügung stellen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Bei Artikel 18 sind wir Grünen bei der Mehrheit. Hier geht es unserer Meinung nach um ein Minimum, nämlich darum, dass die Kantone in diese gemeinsame Einrichtung, die entstehen soll, mit eingebunden werden.



Seitens der Kantone wird mit Efas sehr viel an die Krankenkassen bezahlt. Gemäss dem neuen Konzept sollen die Kantone auch in die Tarifgebung mit eingebunden sein; sie sollen also nicht nur zahlen, sondern auch mitentscheiden. Für uns ist das wirklich ein Minimum. Wir meinen eigentlich, dass deutlich mehr demokratischer Einbezug, deutlich mehr demokratische Mitbestimmung und deutlich mehr demokratischer Einfluss gewährt werden müssten als das, was uns hier vorliegt.

Einig sind wir uns: Eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen ist nicht infrage gestellt. Das müsste klar sein. Nicht ersichtlich ist aber, warum das Geld an die Krankenkassen und nicht direkt an die Leistungserbringenden mit einem Leistungsauftrag gehen soll. Aber immerhin, wie erwähnt: Die Kantone müssen eingebunden sein.

Bei Artikel 49a sind wir ebenfalls bei der Mehrheit. Auch das ist ein wichtiger Artikel für uns. Wir wollen keine Übersteuerung der kantonalen Spitalplanung, und wir wollen auch keine Übervorteilung der Privatspitäler. Diese sind schon heute privilegiert und können rentieren, weil sie ein Minimum an Allgemeinpatienten und -patientinnen und ein Maximum an Privatpatienten und -patientinnen aufnehmen, und bei Komplikationen können sie sie abgeben, beispielsweise an ein Unispital. Wir wollen hier eine klare Festlegung mit einer Vergütung von maximal 45 Prozent.

Auch Artikel 59abis zur individuellen Rechnungskontrolle ist für uns ein zentraler Punkt. Wir wollen den versicherten Personen die Möglichkeit geben, die Rechnung durch eine Patienten- und Patientinnenorganisation überprüfen zu lassen, weil die Rechnungen nicht immer sehr einfach zu lesen sind. Für viele sind sie unverständlich. Das sät Zweifel, und das ist nicht gut für das Gesundheitssystem. Mit der Überprüfung durch eine Patienten- und Patientinnenorganisation könnten wir sehr viel Ruhe für die Patienten und Patientinnen bewirken. Selbstverständlich müssen dann diese Leistungen bezahlt werden können, und es braucht einen klaren Leistungsauftrag und die Dateneinsicht. Hier unterstützen wir die Minderheit Wasserfallen Flavia.

Bei Artikel 60 Absatz 7 unterstützen wir die Minderheit I (Mäder) bzw. folgen wir dem Beschluss des Ständerates. Es sollte doch eine Selbstverständlichkeit sein, dass die Versicherer ihre Daten unverzüglich an die Kantone weiterleiten, damit diese eine Übersicht erhalten.

Bei Artikel 60 sind die Absätze 7bis und 7ter für uns auch wichtig. Die Kantone müssen selbstverständlich die Möglichkeit haben, es beanstanden zu können, wenn Leistungen nicht regelkonform erbracht werden. Im schlimmsten Fall sollen sie sogar eine Beschwerde einreichen können. Für uns ist hier die Minderheit II (Weichelt) die erste Priorität, weil es hier um die Qualität geht. Wenn diese von Leistungserbringenden nicht eingehalten wird, muss eine Beschwerde möglich sein. In zweiter Priorität – das wäre quasi das Minimum – würden wir die Minderheit I (Mäder) unterstützen.

Zum Abschluss zu Ziffer III Absatz 10: Für uns ist klar, dass wir mit dieser Vorlage keine Verschlechterung bei den Krankenkassenprämienverbilligungen wollen. In den letzten zehn Jahren haben verschiedene Kantone immer weniger bezahlt – für viele zu wenig, das ist leider eine Realität. Das Mindeste muss es sein, das zu behalten, was die Kantone heute leisten, es darf nicht noch weniger werden.

Wir bitten Sie, unseren Anträgen zu folgen.

Rechsteiner Thomas (M-E, AI): Die Mitte-Fraktion setzt sich für Efas ein. Seit der Einreichung der parlamentarischen Initiative Humbel im Jahr 2009 haben wir Efas immer unterstützt. Die Mitte-Fraktion wird auch weiterhin für die Kostenbremse und Kostendämpfung im Gesundheitswesen eintreten.

Die Krankenkassenprämien fressen ein immer grösseres Loch in die Portemonnaies des Mittelstandes und der Familien. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine der Hauptsorgen der Bevölkerung. Wir wollen uns für ein qualitativ hochstehendes, aber zugleich bezahlbares Gesundheitswesen für alle einsetzen. Eine zentrale Massnahme dazu ist die einheitliche Finanzierung im Gesundheitswesen. Uns ist es wichtig, das vorliegende Geschäft fertig zu beraten und es nicht zu überladen, damit dieser wichtige Schritt endlich getan werden kann.

Zu den Differenzen: Bei der technischen Abwicklung des Finanzierungsmodells – wir sind bei Artikel 18 Absatz 2sexies – unterstützen wir die Mehrheit und folgen damit dem Ständerat. Die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrages sowie die Verteilung auf die Versicherer machen unseres Erachtens Sinn. Dass die Kantone da auch mitreden können, unterstützen wir. Der autonome Ausschuss unter Beteiligung der Kantone ist die entsprechende Konsequenz daraus.

Bei der Abgeltung der stationären Leistungen an die Spitäler – Artikel 49a Absatz 2 – ist die Mitte-Fraktion gespalten. Einerseits gibt es gute Gründe, der Minderheit de Courten zuzustimmen, z. B. die Gleichstellung von Listen- und Vertragsspitälern beim Finanzierungsanteil der OKP. Vertragsspitäler unterliegen im gesundheitspolizeilichen Bereich, z. B. in Bezug auf Qualität und Zulassung, auch den gleichen KVG-Vorschriften wie die Listenspitäler. Vertragsspitäler verfügen

**AB 2023 N 1600 / BO 2023 N 1600**

auch nicht über das Privileg kantonaler Leistungsaufträge und staatlicher Finanzierung, also Vorhalteleistungen, und müssen sich im Wettbewerb über Qualität und Kosteneffizienz auszeichnen. Andererseits haben Vertragsspitäler eben eine andere Ausgangslage bei den Leistungen, sie könnten im neuen Modell wesentlich mehr Einnahmen generieren, als dies heute der Fall ist. Deshalb ist die Mitte-Fraktion gespalten.

Die Minderheit Wasserfallen Flavia bei Artikel 59abis unterstützen wir nicht und folgen der Mehrheit. Die Administration, die Kosten und auch die Dauer bis zur Bezahlung der Rechnung steigen massiv an, wenn eine Patientenschutzorganisation als Anlaufstelle für eine Rechnungsprüfung angerufen werden kann. Dass diese Organisationen unter gewissen Umständen dann auch noch Finanzhilfe vom EDI erhalten sollen, hilft nicht, die gesamten Kosten zu senken. Diesen Umweg wollen wir den Versicherten wie den Patientenschutzorganisationen ersparen – und dem Bund die daraus entstehenden Mehrkosten.

Zur Rechnungskontrolle: Wir von der Mitte-Fraktion wollen nicht, dass die Versicherer den Kantonen Kopien der Rechnungen für die Spitalbehandlungen zustellen müssen. Die Rechnungsersteller, also die Spitäler, sollen das direkt vornehmen können. Allerdings ist auch hier der Grundsatz "Wer zahlt, befiehlt" nicht ganz falsch. Mit dem Antrag der Mehrheit wurde ein Kompromiss gefunden, welcher den Kantonen entgegenkommt und für die Planung der Versorgung genügt. Die Mitte-Fraktion wird bei Artikel 60 Absatz 7 fast einstimmig der Mehrheit folgen.

Die Möglichkeit zur Verweigerung der Kostenübernahme durch Kantone, falls formelle Voraussetzungen nicht erfüllt sind, unterstützen wir nicht und werden deshalb bei Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter der Mehrheit folgen. Bei den Übergangsbestimmungen werden wir bei Ziffer III Absatz 10 der Mehrheit folgen. Die Prämienverbilligung durch die Kantone soll nicht eingefroren werden für den anzunehmenden positiven Fall, dass die Kosten sinken, oder anders gesagt: Wenn die Kosten tatsächlich sinken, haben wir das Hauptziel erreicht, was dann bei den Prämienzahlern auch direkt ankommen muss. Dafür setzt sich die Mitte-Fraktion ein.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche für die SP-Fraktion zu Block 2. Ich beginne mit Artikel 18 Absatz 2sexies, mit dem Minderheitsantrag Glarner, der sich ja auf die technische Abwicklung des Finanzierungsmodells bezieht. Hier möchte ich Sie namens unserer Fraktion bitten, der Mehrheit und dem Ständerat zu folgen. Ein genügender Einbezug der Kantone ist uns wichtig, da mit Efas neu nicht nur im stationären, sondern eben auch im ambulanten Bereich mit öffentlichen, also mit Steuermitteln mitfinanziert wird. Die Kantone müssen die Gewähr haben, dass die öffentlichen Mittel korrekt eingesetzt werden; das ist auch im Sinne der Steuerzahlenden. Die SVP-Fraktion hat es heute Nachmittag schon einmal gesagt: Offensichtlich will sie hier den Kantonen gewisse Möglichkeiten, das gut zu prüfen, nicht geben.

Artikel 49a Absatz 2, die Vergütung der Vertragsspitäler, ist für uns ein absolut zentraler Punkt in Block 2. Hier bitte ich Sie ebenfalls, der Mehrheit und dem einstimmigen Ständerat zu folgen, der in dieser Frage keinen Minderheitsantrag vorliegen hatte. Es kann nicht sein, und es ist nicht nachvollziehbar, dass Vertragsspitäler mit zusätzlichen Prämiegeldern finanziert, also gegenüber der heutigen Situation bessergestellt werden sollen; das hat mit Efas eigentlich nichts zu tun. Es kann nicht sein, dass der Kostenanteil, der über die Prämien finanziert wird, jetzt einfach um fast 60 Prozent ansteigen soll. Es kann nicht sein, dass mit dem Prämiegeld einer Handwerkerin oder einer Reinigungsfachfrau jetzt plötzlich zusätzliche Abgeltungen für Vertragsspitäler, für Privatspitäler finanziert werden – für Spitäler notabene, die keine Aufnahmepflicht haben. Es kann nicht sein, dass hier zusätzliches Prämiegeld hinfließt. Ich möchte Sie wirklich sehr bitten, hier beim Status quo zu bleiben. Es wurde von der Sprecherin der grünen Fraktion auch gesagt: Wenn Sie hier die Vertragsspitäler besserstellen, dann unterlaufen Sie die Spitalplanung der Kantone. Das kann es ja auch nicht sein.

Bei Artikel 59abis möchte ich Sie bitten, die Minderheit Wasserfallen Flavia zu unterstützen. Die individuelle Rechnungskontrolle ist wichtig. Sie alle haben sicher auch schon einmal eine Spitalrechnung oder eine Rechnung für eine ambulante Leistung gesehen; diese Rechnungen sind nicht immer selbsterklärend. Da ist es eben wichtig, dass ein Mensch Beratung bekommen kann. Das ist Aufgabe der Patientinnenorganisationen, die dafür aber auch mit öffentlichen Mitteln entschädigt werden sollen.

Bei Artikel 60 Absatz 7 möchte ich Sie bitten, der Minderheit I (Mäder) zu folgen und den Antrag der Minderheit II (Silberschmidt) abzulehnen. Wir unterstützen es, dass die Kantone im ambulanten und im stationären Bereich Zugang zu den Rechnungen erhalten. Es geht ja wirklich um Kontrollmöglichkeiten.

Bei Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter bitte ich Sie, die Minderheiten zu unterstützen, und zwar in erster Linie die Minderheit II (Weichelt) und in zweiter Linie die Minderheit I (Mäder). Es braucht auch hier Spielraum für die Kantone, damit sie handeln können, wenn die formellen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Zum Schluss bitte ich Sie, die Minderheit Wasserfallen Flavia bei Ziffer III Absatz 10 zu unterstützen. Es kann



nicht sein, dass diese Vorlage dazu führt, dass sich die Kantone allenfalls bei der Prämienverbilligung zurückziehen. Es besteht immer noch ein sehr unsoziales System bei der Finanzierung der Krankenkassenprämien. Dem möchten wir einen Riegel vorschieben. Es gibt Kantone, die heute für die Prämienverbilligung weniger bezahlen als vor zehn Jahren. So etwas darf mit dieser Vorlage nicht passieren.

Berset Alain, président de la Confédération: J'aimerais me concentrer sur deux points qui me paraissent importants dans ce bloc 2.

Le plus important est sans conteste la question des hôpitaux conventionnés. Aujourd'hui, ces derniers sont financés par l'assurance obligatoire des soins, à hauteur de maximum 45 pour cent. La majorité de votre commission a proposé de reprendre la décision du Conseil des Etats afin de maintenir la part de financement à 45 pour cent. A l'inverse, la minorité de Courten propose de maintenir la décision du Conseil national de 2019, et donc d'augmenter la part de financement des hôpitaux conventionnés à environ 75 pour cent.

J'aimerais vous inviter à suivre clairement la majorité de votre commission avec trois arguments principaux. Premièrement, en augmentant la part qui devrait être payée aux hôpitaux conventionnés, on a comme incidence directe sur les primes 100 à 150 millions de francs par année. Cela n'est pas opportun et pas nécessaire. Deuxièmement, cette hausse des primes de 100 à 150 millions de francs par année, d'un coup, aurait comme conséquence d'augmenter automatiquement les contributions de la Confédération à la réduction des primes. Cela n'est pas non plus opportun. Troisièmement, en réduisant la différence entre les hôpitaux listés et les hôpitaux conventionnés – toute chose étant égale par ailleurs –, on affaiblirait massivement la portée des planifications hospitalières cantonales. On peut discuter de l'outil de la planification hospitalière cantonale. On peut mener ce débat. Si vous voulez la modifier, il faut la modifier; si vous voulez la supprimer, il faut la supprimer et dire par quoi la remplacer. Mais en affaiblir massivement la portée dans le cadre de ce projet, qui n'était pas pensé pour cela, paraît aussi inopportun au Conseil fédéral.

Pour ces raisons, nous avons beaucoup travaillé, depuis trois ans, notamment avec le Conseil des Etats, pour corriger ou vous proposez de corriger cette décision remontant à 2019. Votre commission a reconnu la pertinence de ces arguments et propose de laisser les choses comme elles le sont aujourd'hui et de ne pas profiter, en passant, de ce projet.

Ce projet est essentiel pour le système de santé; il est extrêmement important. Ce n'est pas très juste d'en profiter pour changer, en passant, un élément qui a les conséquences dont je viens de vous parler, et qui notamment affaiblirait la planification hospitalière cantonale. Cela vous surprendra peut-être que je m'engage à ce point pour le rôle des cantons dans le domaine de la santé, mais la Confédération et

AB 2023 N 1601 / BO 2023 N 1601

les cantons sont dans le même bateau en matière de gestion de la santé et de gestion des coûts de la santé. C'est de loin le point le plus important et j'aimerais donc vous inviter sur cet élément à suivre la majorité de votre commission et à rejeter la minorité de Courten. J'aimerais aussi vous rappeler qu'au Conseil des Etats la décision de ne pas toucher à cet élément, de le laisser tel qu'il est aujourd'hui et tel qu'il fonctionne aujourd'hui, a été prise à l'unanimité. Cela doit quand même aussi vous pousser à mener quelques réflexions; ce n'est pas un hasard si dans ce domaine le Conseil des Etats a pris une décision aussi claire. Votre commission vous propose de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, ce que le Conseil fédéral vous invite aussi à faire clairement aujourd'hui.

Le second point sur lequel je souhaiterais intervenir concerne l'accès aux données pour les cantons et les possibilités de contestation. Je ne veux pas entrer dans les détails, mais simplement vous dire que le Conseil fédéral soutient la proposition du Conseil des Etats. En fait, au cours des travaux de votre commission, elle a été reprise par la minorité I (Mäder). Il s'agit d'un compromis qui nous paraît stable, solide et sensé; il prévoit que les cantons peuvent vérifier certaines conditions formelles de prise en charge des coûts telles que le respect du mandat de prestations, qu'ils sont seuls en mesure de faire, sans toutefois recevoir 130 millions de francs de factures supplémentaires du domaine ambulatoire. C'est un élément qui nous paraît important.

J'aimerais donc vous inviter, au nom du Conseil fédéral, pour ce second point, à soutenir la proposition I (Mäder).

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans le bloc 2, nous commençons par discuter du déroulement technique du modèle de financement, à l'article 18 alinéa 2sexies. Ici, la minorité Glarner propose de maintenir la version de notre conseil; cette approche a été refusée par 14 voix contre 7 et 3 abstentions. Il s'agissait d'établir les compétences de l'institution commune.

A l'article 49a alinéa 2, on traite des hôpitaux conventionnés. Il s'agit là d'un point qui avait déjà fait l'objet d'un



débat houleux en première lecture. Actuellement, les hôpitaux qui ne figurent pas dans la liste de planification hospitalière peuvent être remboursés par les assurances, moyennant une convention. Ils touchent la part payée par l'assurance obligatoire des soins (AOS), soit 45 pour cent pour les interventions stationnaires. Les interventions ambulatoires sont en principe prodiguées par des médecins autorisés, qui touchent donc l'intégralité de la part AOS et toucheront toujours, demain, cette intégralité, puisqu'ils sont autorisés à pratiquer. Dans le nouveau régime, la part AOS augmente considérablement, à 75 pour cent environ, rendant plus intéressant pour des hôpitaux hors planification de fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Notre conseil avait proposé d'appliquer le nouveau taux, ce qui permettait à beaucoup d'hôpitaux conventionnés de fournir des prestations stationnaires. Le Conseil fédéral proposait, de son côté, de plafonner le taux à 45 pour cent, comme c'était le cas jusqu'à ce jour. Le Conseil des Etats a suivi le Conseil fédéral, inspiré par les cantons à ce sujet.

La majorité de la commission, changeant son fusil d'épaule, propose de suivre maintenant le Conseil des Etats. La minorité de Courten propose, quant à elle, de maintenir la version d'origine. Ce point constitue un aspect central du point de vue des cantons, qui ne souhaitent pas voir les hôpitaux conventionnés travailler davantage à charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour l'administration, cet article entraînerait une augmentation à la charge de l'AOS de 150 millions de francs environ par année et affaiblirait aussi la planification hospitalière cantonale.

Pour la minorité de Courten, un meilleur remboursement des prestations des hôpitaux conventionnés renforcerait la concurrence et ne coûterait pas plus cher, dès lors que les assurés auraient droit à la même participation de l'assurance obligatoire des soins, quel que soit l'hôpital choisi. Par 11 voix contre 11 – donc à égalité – et 3 abstentions, avec la voix prépondérante de la vice-présidente de la commission, la version du Conseil des Etats a finalement été préférée.

A l'article 59a bis, il est question du contrôle individuel des factures. La minorité Wasserfallen Flavia propose d'introduire un contrôle individuel des factures, donc par les patients, avec une aide financière qui, dans ce but, appuie les organisations de patients. Ce point avait déjà été discuté dans le paquet de mesures 1a au Conseil national et a été rejeté par 13 voix contre 9 et 3 abstentions en commission.

A l'article 60 alinéa 7, il s'agit du contrôle des factures, qui fait l'objet d'un grand débat, depuis plusieurs mois, par rapport à Efas. La question de la facturation est centrale pour les cantons. Ils ont en effet en principe défendu la position selon laquelle ils ont besoin des factures, aussi bien dans le domaine ambulatoire, que dans le domaine hospitalier, pour pouvoir contrôler ce qu'ils paient. En revanche, la position de principe des assureurs est tout autre: les cantons ne doivent pas recevoir de factures du tout. Les cantons ont fait savoir qu'ils n'accepteraient pas de ne plus pouvoir maintenir les acquis à l'avenir, c'est-à-dire de ne plus pouvoir au moins contrôler les factures stationnaires. En matière de chiffres, il faut savoir qu'il y a 1,5 million de factures stationnaires contre 130 millions de factures dans le secteur ambulatoire.

Pour la majorité de la commission, les cantons disposent des outils pour contrôler les factures et doivent le faire. Il est ainsi prévu que les hôpitaux doivent adresser une copie de leurs factures aux cantons pour les traitements hospitaliers. Cela n'est par contre pas le cas pour les factures de traitements ambulatoires. Pour la minorité I (Mäder), les assureurs doivent livrer toutes les factures aux cantons. Pour la minorité II (Silberschmidt), les assureurs sont les seuls à même de faire le contrôle de la facturation. C'est même leur tâche principale. Dès lors, ils refusent de livrer ces données.

La proposition défendue par la minorité I (Mäder), dont le but est un accès total, a été rejetée par 15 voix contre 10. La proposition défendue par la minorité II (Weichelt), dont le but est de ne donner aucun accès à, quant à elle, été rejetée par 15 voix contre 4 et 4 abstentions.

A l'article 60 alinéas 7bis et 7ter, il est question de la possibilité, pour les cantons, de refuser la prise en charge des coûts si les conditions formelles ne sont pas remplies. Le Conseil des Etats a prévu ici la disposition applicable en cas de contestation par les cantons des prestations facturées par les assurances. La procédure est aussi prévue à l'alinéa 7ter.

Si la majorité de la commission a accepté le principe du contrôle des factures dans une forme allégée, la sanction n'a pas été admise. La minorité I (Mäder) vous invite à suivre le Conseil des Etats, soit à maintenir la sanction. Cette proposition a été rejetée par 14 voix contre 11. La minorité II (Weichelt) propose, quant à elle, de maintenir la procédure, mais de la compléter avec la possibilité d'un recours au cas où le fournisseur de prestations ne remplirait pas le mandat de prestations. Cette proposition a été rejetée par 7 voix contre 17.

Enfin, au chiffre III alinéa 10, il est question de la prescription pour les cantons en matière de réduction individuelle des primes. La minorité Wasserfallen Flavia exige que, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, la réduction des primes par les cantons ne diminue pas proportionnellement aux coûts des prestations fournies. Efas aura des effets sur les finances cantonales. L'auteure de la proposition souhaite empêcher



les cantons de s'appuyer sur Efas pour diminuer ces réductions individuelles de primes dans un délai de cinq ans. Cette proposition a été rejetée par 8 voix contre 17.

Bläsi Thomas (V, GE): Cher collègue, si l'on augmente le travail des hôpitaux conventionnés, ce qui est l'objectif de la minorité de Courten, qu'en est-il du cas particulier des hôpitaux universitaires? Comme vous le savez, les certifications FMH par spécialité, que ce soit l'ophtalmologie ou la cardiologie, et la capacité à former dépendent du nombre de cas à traiter. Les hôpitaux universitaires ont donc besoin de conserver un nombre de cas minimum pour avoir la certification et la formation dans leur sein. Ce point a-t-il été pris en compte par la commission?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La majorité de la commission refuse d'augmenter la part touchée

AB 2023 N 1602 / BO 2023 N 1602

par les hôpitaux conventionnés. Elle ne va donc pas dans le sens de faire davantage pour les hôpitaux conventionnés que ce qui est possible aujourd'hui. Aujourd'hui, les hôpitaux conventionnés touchent 45 pour cent, soit la part payée par l'AOS, pas davantage, en cas de traitements stationnaires exclusivement. Dans la nouvelle version, qui a été retenue par la commission, on reste à 45 pour cent.

La minorité de Courten propose d'augmenter cette part à 75 pour cent, comme ce qui est prévu dans Efas. Par contre, il n'a pas été prévu d'analyser cela sous l'angle de la planification hospitalière, mais uniquement sous l'angle de la concurrence. Le but de la minorité de Courten est de favoriser cette concurrence – M. de Courten, en tant que porte-parole de la minorité, aurait répondu bien mieux que moi à cette question – et de donner plus de pouvoir aux assurances dans le cadre de la signature de conventions avec les hôpitaux.

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: In Block 2 geht es bei den meisten Fragen darum, wie viel Mitsprache die Kantone wünschen, wo die Kommission ihnen entgegenkommt und wo eher nicht. Wir wollen uns an die Vorgaben der Kantone annähern.

Bei Artikel 18 Absatz 2sexies bezüglich der technischen Abwicklung des Finanzierungsmodells ist die Mehrheit der Meinung, dass die gemeinsame Organisation sehr wohl einen Ausschuss bilden kann und soll – mit Einbezug der Kantone, weil sie eben jetzt auch eine neue Aufgabe haben.

Bei Artikel 49a Absatz 2, wo es um die Vergütung der Vertragsspitäler geht, hat die Kommission den von der Minderheit de Courten aufgenommenen Antrag mit 11 zu 11 Stimmen mit Stichentscheid der Präsidentin abgelehnt. Wie schon gehört, wird zum einen die finanzielle Sicht diskutiert, zum andern geht es um die Bedeutung der Vertragsspitäler, was Qualität, Konkurrenz und Gleichbehandlung der Kantone anbelangt. Die Mehrheit empfiehlt Ihnen die Ablehnung des Minderheitsantrages de Courten.

Bei Artikel 59abis, wo es um die individuelle Rechnungskontrolle geht, ist die Mehrheit der Meinung, dass der Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia abzulehnen ist. Es ist verständlich, dass die Patientenorganisationen gestärkt werden sollen, aber sie sollten nicht zur Rechnungsprüfung beigezogen werden.

Bei Artikel 60 Absatz 7 und bei den Minderheiten I (Mäder) und II (Silberschmidt) geht es um die Rechnungskontrolle. Die Debatten bewegten sich zwischen der Position, die eine zusätzliche totale Rechnungskontrolle durch die Kantone vorsah – was nicht mehrheitsfähig wäre –, und der Position, dass die Kantone gar keine Einsicht in die Rechnungen haben sollten. Was hier in Artikel 60 Absatz 7 vorliegt, ist ein Kompromiss, in dem es nicht mehr darum geht, dass die Versicherer den Kantonen Daten liefern und die Kantone dann eine zweite Kontrolle durchführen, sondern darum, dass die Spitäler den Kantonen Rechenkopien liefern. Das ist auch richtig so und problemlos machbar. Wir bitten Sie, diesem Kompromiss der Mehrheit zuzustimmen und die Minderheitsanträge I (Mäder) und II (Silberschmidt) abzulehnen.

Bei Artikel 60 Absatz 7bis und Absatz 7ter geht es um die Möglichkeit der Verweigerung der Kostenübernahme durch die Kantone. Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass wir kein solches zusätzliches Verfahren einbauen sollten, bei dem der Aufwand bzw. die Administration sehr wahrscheinlich in einem Missverhältnis zum Ertrag bzw. zu den Resultaten stehen würde. Deshalb empfehlen wir Ihnen auch hier, die Minderheitsanträge abzulehnen.

Bei Ziffer III Absatz 10 ist die Kommissionsmehrheit der Meinung, dass man den Kantonen nicht vorschreiben sollte, während fünf Jahren keine Senkung der Prämienverbilligung vorzunehmen. Die Kommission empfiehlt Ihnen deshalb mit 17 zu 8 Stimmen, den Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia abzulehnen.

Bitte folgen Sie jeweils dem Antrag der Kommissionsmehrheit.



Art. 18 Abs. 2sexies

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rügger, Schläpfer)

Festhalten

Art. 18 al. 2sexies

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rügger, Schläpfer)

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 60 Absätze 5 und 8.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27298)

Für den Antrag der Mehrheit ... 139 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 51 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 21

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2 Bst. d

...

d. ... Geburtshäuser, zur Prüfung, ob ein Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt und ob der angewendete Tarif zulässig ist, sowie zur Festlegung ...

Abs. 3–5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 21

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2 let. d

...

d. ... les maisons de naissance, pour examiner si un fournisseur de prestations remplit les conditions d'admission et si le tarif utilisé est autorisé, ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

Al. 3–5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

Abs. 2quater

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine ...



Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Abs. 1

Unverändert

Art. 41

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni lorsqu'ils se soumettent à ...

AB 2023 N 1603 / BO 2023 N 1603

Al. 2quater

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une ...

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegger, Schläpfer)

Al. 1

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Nantermod, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Nantermod, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Maintenir

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27299)

Für den Antrag der Minderheit ... 107 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 85 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 55b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 59abis

Antrag der Minderheit

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Studer, Weichelt, Wyss)

Titel

Individuelle Rechnungskontrolle

Abs. 1

Eine versicherte Person, die gemäss Artikel 42 Absatz 3 eine Rechnung erhalten hat, kann sich an eine Patientenorganisation wenden, damit diese sie bei der Prüfung der Rechnung unterstützt.

Abs. 2

Das EDI legt die Voraussetzungen fest, unter denen Patientenorganisationen für diese Tätigkeit Finanzhilfe gewährt wird. Finanzhilfe können Organisationen beantragen, die sich statutengemäss und ausschliesslich dem Patientenschutz widmen sowie unabhängig sind.

Abs. 3

Organisationen, die Finanzhilfe beanspruchen, müssen dem EDI unter Vorbehalt des Schutzes der Versichertendaten alle erforderlichen Auskünfte erteilen und Einblick in die Unterlagen gewähren.

Art. 59abis

Proposition de la minorité

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Studer, Weichelt, Wyss)

Titre

Contrôle individuel des factures

Al. 1

L'assuré ayant reçu une facture conformément à l'article 42 alinéa 3 peut s'adresser à une organisation de patients afin qu'elle le soutienne dans le contrôle de la facture.

Al. 2

Le DFI définit les conditions permettant qu'une aide financière soit accordée aux organisations de patients pour cette activité. Des aides financières peuvent être demandées par les organisations qui se consacrent statutairement et exclusivement à la protection des patients et qui sont indépendantes.

Al. 3

Les organisations qui demandent des aides financières doivent fournir au DFI tous les renseignements nécessaires et lui permettre de consulter les pièces justificatives, sous réserve de la protection des données des assurés.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27305)

Für den Antrag der Minderheit ... 70 Stimmen

Dagegen ... 122 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 60 Abs. 2, 4, 5, 6, 7, 7bis, 7ter, 8

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. a, b Ziff. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2 Bst. b Ziff. 2

2. ... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und bei ...

Abs. 4

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die ...

Abs. 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Abs. 7

Die Spitäler stellen dem Kanton Rechnungskopien zu, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7bis, 7ter

Streichen

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüeegg, Schläpfer)

Abs. 2 Bst. a

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüeegg, Schläpfer)

Abs. 5

Festhalten

Abs. 8

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

AB 2023 N 1604 / BO 2023 N 1604

Antrag der Minderheit II

(Silberschmidt, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Sauter)

Abs. 7

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Abs. 7bis, 7ter

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit II

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wyss)

Abs. 7bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 7ter

Gemäss Ständerat, aber:

abis. dass der Leistungserbringer Auflagen im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag nicht einhält;

Art. 60 al. 2, 4, 5, 6, 7, 7bis, 7ter, 8

Proposition de la majorité

Al. 2 let. a, b ch. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2 let. b ch. 2

2. ... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et dont le ...

Al. 4

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent ...



Al. 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 7

Les hôpitaux livrent au canton les copies des factures qui concernent un traitement hospitalier ...

Al. 7bis, 7ter

Biffer

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2 let. a

Maintenir

Proposition de la minorité

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüegger, Schläpfer)

Al. 5

Maintenir

Al. 8

Biffer

Proposition de la minorité I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité II

(Silberschmidt, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Sauter)

Al. 7

Biffer

Proposition de la minorité I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Al. 7bis, 7ter

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité II

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wyss)

Al. 7bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 7ter

Selon Conseil des Etats, mais:

abis. que le fournisseur de prestations ne respecte pas les conditions relatives au mandat de prestations;

Abs. 2 Bst. a, 5, 8 – Al. 2 let. a, 5, 8

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden. Über den Antrag der Minderheit Glarner wurde bei Artikel 18 Absatz 2sexies abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



Abs. 7 – Al. 7

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27300)

Für den Antrag der Minderheit I ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 77 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27301)

Für den Antrag der Minderheit II ... 103 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 89 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7bis, 7ter – Al. 7bis, 7ter

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27302)

Für den Antrag der Minderheit I ... 125 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27303)

Für den Antrag der Mehrheit ... 106 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 87 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. III Abs. 10

Antrag der Minderheit

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 10

Die Prämienverbilligung durch die Kantone nach Artikel 65 darf in den einzelnen Kantonen in den fünf Jahren nach Inkrafttreten der Bestimmungen in IV Absatz 3 Buchstabe a beziehungsweise IV Absatz 4 Buchstabe a im Vergleich zu den Kosten der Leistungen nach Artikel 60 Absatz 2 anteilmässig nicht sinken.

Ch. III al. 10

Proposition de la minorité

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt)

Al. 10

Dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur des dispositions visées au ch. IV alinéa 3 lettre a et au ch. IV alinéa 4 lettre a la réduction des primes par les cantons au sens de l'article 65 ne doit pas, dans les cantons, diminuer proportionnellement aux coûts des prestations visées à l'article 60 alinéa 2.

AB 2023 N 1605 / BO 2023 N 1605

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27304)

Für den Antrag der Minderheit ... 68 Stimmen

Dagegen ... 125 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.





09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Art. 21 Abs. 2 Bst. d

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 21 al. 2 let. d

Proposition de la commission

Maintenir

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich darf über die Beratung unserer Kommission zur Differenzbereinigung berichten. Ich mache zuerst noch zwei, drei generelle Ausführungen, bevor ich dann der Fahne entlanggehe. Die Fahne ist ja nicht so einfach verständlich; ich versuche dann, in den einzelnen Punkten unsere Beratung darzulegen bzw. jeweils die Mehrheitsmeinung aufzuzeigen. Wir haben ja nur in einem Punkt eine Minderheit.

Der Nationalrat hat in der vergangenen Herbstsession als Erstrat die erste Differenzbereinigung durchgeführt. Er ist insbesondere bei der gewichtigen Frage, ob die Langzeitpflege in die Efas-Vorlage aufzunehmen ist, dem Beschluss des Ständerates gefolgt. Beide Räte wollen die Pflege in der Efas-Vorlage integriert haben. Das ist so weit erfolgt; zum Grundsatzbeschluss des Einbezugs der Pflege liegen somit übereinstimmende Beschlüsse der beiden Räte vor. Bei einigen wesentlichen Themen – es sind deren fünf – bestehen noch Differenzen. Wir werden sie dann anhand der Fahne durchgehen.



Anders als der Ständerat hat der Nationalrat beschlossen, den Patientenbeitrag abzuschaffen und als Konsequenz den Kantonsbeitrag zu erhöhen; ich komme dann beim Kantonsbeitrag dazu. Er hat beschlossen, festzuschreiben, dass der Kantonsbeitrag periodisch überprüft wird. Er hat insbesondere auch beschlossen, das Inkrafttreten der Bestimmung zum Einbezug der Pflege von Bedingungen abhängig zu machen, nämlich vom Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistung und vor allem von der erfolgten Umsetzung der Pflege-Initiative. Weiter hat der Nationalrat redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Differenzen gibt es noch bei den

AB 2023 S 1076 / BO 2023 E 1076

Datenbedürfnissen der Kantone für die Rechnungskontrolle sowie bei der Vergütung für Vertragsspitäler. Ich denke, diese beiden Punkte sind sehr wichtig, vermutlich auch für den Erfolg der Vorlage im Parlament.

Weniger problematisch sind Anpassungen aufgrund des Abkommens mit dem Vereinigten Königreich. Die Folgen des Brexit sind auch für uns bei einer Vorlage wie der Efas spürbar. Wichtig ist, hier festzuhalten, dass der Ständerat bisher die Pflegeleistungskostenbeiträge der Pflegebedürftigen nicht behandelt hat; ich komme später darauf zurück. Er hat dies aufgrund der Differenz nachgeholt.

Ihre Kommission hat die Beratung am 7. November 2023 abgeschlossen, mit der Aussicht, die Vorlage in der Wintersession zu bereinigen – das ist so vorgesehen – und in die Schlussabstimmung zu bringen. Zwischen den Sitzungen vom 12. Oktober 2023 und vom 7. November 2023 haben wir von den Pflegeinstitutionen eine Stellungnahme zum zeitlichen Ablauf der Integration der Pflege eingeholt. Wir wollten von ihnen wissen, ob sie mit der Lösung, die der Ständerat vorgesehen hat, einverstanden sind.

Nachträglich zu unserer Beratung erlaube ich mir, als Berichterstatter noch etwas Generelles zu sagen: Sie haben zwei Informationen erhalten, wonach die Prämien mehr belastet würden. Wir haben uns in der gesamten Beratung von der Verwaltung sowohl in der nationalrätlichen als auch in der ständerätlichen Kommission immer auch aufzeigen lassen, ob die Auswirkungen von der Efas auf die Prämien so sind, wie wir sie vorgesehen haben. Es ist klar in diesem Bericht aufgezeigt worden: Mit der Efas gibt es keine Mehr-, sondern eine Minderbelastung der Prämienzahler. Bereits 2028 sollte es aufgrund der Berechnungen und Berichte der Verwaltung zu spürbaren Verminderungen der Prämienhöhungen kommen, vor allem auch, weil die aufgelaufene Verlagerung von der Steuer- zur Prämienfinanzierung rückgängig gemacht wird. Langfristig sollte das – das haben wir uns auch immer aufzeigen lassen, das ist ja die Grundidee der Efas – zu mehr integrierter Versorgung und damit zu besserer Kosteneffizienz im Gesundheitswesen führen. Denn der Grundgedanke der Efas ist die Finanzierung aus einer Hand; es sollen nicht zwei Systeme betrieben werden. Das ist ja weiterhin die Grundidee, die wir verfolgen.

Dass die Kostenbeteiligung der Patienten in der Pflege und damit der Höchstbetrag aufgehoben werde, was auch behauptet wurde, stimmt nicht. Das Gegenteil ist der Fall. Ich werde es bei dieser Bestimmung aufzeigen. Diejenigen, die entsprechende Zuschriften verfasst haben, haben die Fahne nicht verstanden. Das ist nicht erstaunlich; die Fahne ist kompliziert. Ich versuche dann, sie für Sie Punkt für Punkt durchzugehen, damit wenigstens Sie die Fahne verstehen und hier nicht falsche Schlussfolgerungen ziehen. So viel zu diesen beiden Punkten.

Wir sind auf Seite 2 der Fahne. Der angesprochene Artikel 21 ist ein Element, bei dem es um den Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geht. Bei diesem Datenaustausch muss man zwei Elemente unterscheiden: Bei Artikel 21 geht es um die Daten, welche die Kantone für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach KVG brauchen. Bei Artikel 60 – das werde ich dann dort erläutern – geht es um die Daten aus den Originalrechnungen, also darum, dass die Kantone auch die Originalrechnungen erhalten. Das werde ich bei Artikel 60 aufzeigen.

Bei Artikel 21 geht es nur darum, dass die Daten in aggregierter Form, so der Beschluss des Ständerates, an die Kantone gehen. Die Kantone können sie in Ausnahmefällen auch als Individualdaten erhalten. Das ist der Prozess, den man vereinbart hat. Also ist Artikel 21 in Kombination mit Artikel 60 anzusehen. Wir haben dem ganzen Konzept in der Kommission einstimmig zugestimmt. Die Kommission beantragt einstimmig, bei Artikel 21 und Artikel 60, in dem man den Rechnungsaustausch vorsieht, am Beschluss des Ständerates festzuhalten. Vielleicht noch einen Zahlenkranz zum ganzen Thema: Heute haben die Kantone die Rechnungen, die sie für die Spitalfinanzierung erstellen. Die Kantone tragen ja heute 55 Prozent zur stationären Versorgung bei. Wenn jemand im Spital ist, zahlen die Kantone 55 und die Versicherer 45 Prozent. Wenn eine ambulante Versorgung stattfindet, zahlen die Kantone nichts. Neu zahlen die Kantone für alle Leistungen etwa 26 Prozent und die Versicherer den Rest. Heute verfügen die Kantone, weil sie nur für stationäre Leistungen bezahlen, auch nur über diese Rechnungen. Das entspricht etwa 1,3 Millionen Rechnungen pro Jahr. Wenn die ambulanten Leistungen dazukommen würden, dann wären das insgesamt etwa 130 Millionen Rechnungen pro Jahr. Das sind die Grössenordnungen, von denen wir hier sprechen: Wenn man den Kantonen neu auch die ambulanten



Rechnungen schicken würde, dann kämen etwa 130 Millionen Rechnungen dazu. Darauf komme ich bei Artikel 60 nochmals zurück.

Bei Artikel 21 beantragt Ihnen die Kommission einstimmig, am Beschluss des Ständerates festzuhalten.

Angenommen – Adopté

Art. 33 Abs. 2bis, 2ter

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 33 al. 2bis, 2ter

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist eine rein redaktionelle Anpassung. Bei diesen Bestimmungen – es geht um mehrere Artikel – ist aufgrund der Umsetzung der ersten Etappe der Pflege-Initiative eine redaktionelle Anpassung notwendig. Es handelt sich um eine Anpassung an die Gesetzgebung, die mittlerweile beschlossen wurde und die hier im KVG nachvollzogen wird. Es ist kein Problem. Zwischen geltendem Recht und der jetzigen Beratung ist einfach noch die Pflege-Initiative hinzugekommen. Es geht nur um eine redaktionelle Anpassung.

Angenommen – Adopté

Art. 41 Abs. 2bis, 2quater

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41 al. 2bis, 2quater

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier wird das angesprochene Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich nachgebildet. Sie sehen, dass man das Vereinigte Königreich immer separat ausweist. Das hat mit dem Brexit zu tun. Das UK ist nicht mehr in der EU.

Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 3

Antrag der Kommission

... zu können. Im System des Tiers payant muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 42 al. 3

Proposition de la commission

... le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. Le Conseil fédéral règle les modalités.

AB 2023 S 1077 / BO 2023 E 1077

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist reine Fahnenteknik, das macht es für Sie nicht einfacher. Das geltende Recht hat geändert, aber man hat es verpasst, das in der Fahne aufzuzeigen. Das geltende Recht war bei unserer früheren Beratung bereits geändert. Das hat aber keinen Einfluss auf unsere Beratung.





In der hinteren Spalte der Fahne hat man das geltende Recht nochmals abgebildet bzw. nachgeholt, die Änderung per 1. Januar 2022 zu integrieren.

Angenommen – Adopté

Art. 47c Abs. 2bis, 3, 5, 7

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 47c al. 2bis, 3, 5, 7

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la commission

Maintenir

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Dieser Absatz ist wichtig. Ihre Kommission hat einstimmig an Ihrer Version festgehalten. Ich versuche, zu vereinfachen, was der Nationalrat in seiner letzten Beratung vorgesehen hat, damit Sie das gesetzestechnisch nachvollziehen können:

Vertragsspitäler sollen neu eine andere Vergütung erhalten. Vertragsspitäler sind nicht unbedingt nur Privatspitäler, sondern Spitäler, die nicht auf der Spitalliste der Kantone stehen. Wenn heute ein Spital nicht auf der Spitalliste eines Kantons steht, erhält dieses Spital, wenn überhaupt, einen Vergütungsanteil der Versicherer von 45 Prozent, nicht aber den Kantonsbeitrag. Das ist logisch, weil das Spital nicht auf der Spitalliste steht. Der Kantonsanteil von 55 Prozent fehlt.

Die SGK-S und der Ständerat haben gesetzestechnisch vorgesehen, dass es bei einem Vergütungsanteil von 45 Prozent bleiben soll. Die Finanzierungsflüsse können sich ändern: Neu ist es ja so, dass der Anteil der Versicherer ungefähr 75 Prozent und der Anteil der Kantone ungefähr 25 Prozent beträgt. Die Zahlen stimmen nur ungefähr, sie betragen 73 Komma irgendwas und etwa 26. Obwohl sich die Finanzierung der Versicherer ändert, haben wir bei den Vertragsspitalern an den 45 Prozent festgehalten.

Der Nationalrat hat beschlossen, dass die Vertragsspitäler neu 75 Prozent erhalten würden, dies ohne Kantonsbeitrag. Das würde dazu führen, dass der Vergütungsanteil von 45 Prozent auf 75 Prozent ansteigt. Das führt zu Mehrkosten von 150 Millionen Franken für die Prämienzahler. Das wurde uns so vorgerechnet. Deshalb hat Ihre Kommission einstimmig beschlossen, bei der bisherigen Lösung mit 45 Prozent zu bleiben. Hier haben wir eine Differenz zum Nationalrat, der, wie gesagt, einen höheren Anteil von 75 Prozent vorsieht. Ich bitte Sie hier auch, Ihrer Kommission zu folgen. Es liegt kein Minderheitsantrag vor.

Angenommen – Adopté

Art. 50 Abs. 1 Bst. a, b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 50 al. 1 let. a, b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



Art. 60

Antrag der Kommission

Abs. 2 Bst. b Ziff. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

Festhalten

Abs. 3bis

Der Bundesrat überprüft periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrages nach Absatz 3 und erstattet der Bundesversammlung Bericht.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 7, 7bis, 7ter

Festhalten

Art. 60

Proposition de la commission

Al. 2 let. b ch. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

Maintenir

Al. 3bis

Le Conseil fédéral réexamine périodiquement le taux minimal de la contribution cantonale visé à l'alinéa 3 et fait rapport à l'Assemblée fédérale à ce sujet.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 7, 7bis, 7ter

Maintenir

Abs. 3 – Al. 3

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist jetzt der Teil, in dem es indirekt um die Abschaffung des Patientenbeitrages geht. Sie sehen auf der Fahne: Der Ständerat hat in Absatz 3 vorgesehen, dass der Beitrag der Kantone 26,9 Prozent beträgt, dies aufgrund der Berechnungen, was es ausmachen würde, wenn die Kantone ambulant und stationär mitfinanzieren würden. Wir haben das in der letzten Beratung ja so beschlossen. Auch dem Anhang haben wir zugestimmt. Wir wissen, es gibt eine Phase von vier Jahren, in welcher der Prozentsatz angepasst wird, um sich langsam dem Ziel zu nähern; so weit also zu den 26,9 Prozent.

Jetzt sehen Sie: Der Nationalrat hat 28,6 Prozent beschlossen. Diese 28,6 Prozent sind notwendig, weil der Nationalrat in Artikel 60 Absatz 3 in Verbindung mit Artikel 64 Absätze 5bis, 5ter und 8 vorgesehen hat, dass die Patientinnen und Patienten, die heute für die Pflege bezahlen müssen, keinen Beitrag mehr leisten. Das soll durch die anderen Finanzierer bezahlt werden. Patientinnen und Patienten zahlen heute ungefähr 672 Millionen Franken. Einen Teil übernehmen die Kantone bereits heute über die Ergänzungsleistungen. Weil sich die Mehrkosten bei Abschaffung der Patientenbeiträge auf die Kantonsbeiträge auswirken würden, müsste man den Anteil auf 28,6 Prozent erhöhen.

Ihre Kommission empfiehlt Ihnen, beim Beschluss des Ständerates zu bleiben. Sie lehnt die Übernahme des Patientenbeitrages durch die Kantone mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung ab. Die Kommission bleibt bei der ständerätlichen Lösung und beantragt Ihnen, dass die Beiträge der Patienten unverändert bleiben. Heute sind diese Beiträge bei 23 Franken gedeckelt. Die Pflegebedürftigen bezahlen für die Pflege also maximal 23 Franken pro Tag. Die Übernahme der Pflegeleistungen durch die Kantone würde zu einer Mehrbelastung von einer halben Milliarde Franken führen – eine Mehrbelastung von einer halben Milliarde Franken für die Kantone.

Dazu kommt, dass die Abschaffung des Patientenbeitrages für Pflegeleistungen primär denjenigen Versicherten nützen würde, welche in relativ guten Verhältnissen stehen und keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Heute sind diejenigen, welche Ergänzungsleistungen haben, von den 23 Franken pro Tag nicht betroffen. Nur diejenigen, die keine Ergänzungsleistungen haben, bezahlen maximal 23 Franken. Diese Personen



würden nun entlastet werden. Das sind die Leute, die über dem Ergänzungsleistungsminimum stehen.

AB 2023 S 1078 / BO 2023 E 1078

Wie gesagt, die Beteiligung der Versicherten ist heute auf höchstens 20 Prozent des höchsten Beitrages der OKP beschränkt, das sind aktuell 23 Franken pro Tag. Dieser Betrag ist vom Bundesrat gedeckelt, er kann sich aber verändern. Zusätzlich ist an die Pflegeleistung die ordentliche Kostenbeteiligung zu leisten. Man muss unterscheiden, ich sage es einfach der Klarheit halber: Für andere Leistungen, die auch mit einer Pflegebedürftigkeit zusammenhängen können, müssen die Versicherten weiterhin – auch mit der nationalrätlichen Lösung – selbst aufkommen. Das sind Betreuung, hauswirtschaftliche Leistungen und Pension im Pflegeheim. Es geht hier also nur um die Pflegeleistungen selbst und, wie gesagt, um eine Mehrbelastung von etwa einer halben Milliarde Franken für die Kantone.

Noch etwas zu den Äusserungen, die gemacht wurden, wonach klar sei, dass man im Rat – es wird nicht aufgezeigt, ob Nationalrat oder Ständerat – den Deckel von 23 Franken aufgehoben habe, was zu einer Mehrbelastung der Gepflegten führe: Das Gegenteil ist der Fall. Natürlich konnte man mit der Lösung des Nationalrates diesen Maximalbetrag aufheben, weil ja gar keine Beiträge mehr notwendig sind. Der Nationalrat hat es gesetzestechnisch so gemacht und wie folgt begründet: Da die Gepflegten keine Beiträge mehr leisten müssen, braucht es auch keinen Deckel. Im Schreiben, das wir erhalten haben, steht aber, der Deckel sei aufgehoben worden, was zu einer Mehrbelastung führe. Ich habe bei solchen Schreiben jeweils eine gewisse Bewunderung dafür, dass man die Chuzpe hat, so etwas zu schreiben. Vielleicht hat man es auch nicht verstanden; das könnte man noch nachvollziehen, denn die Fahne ist kompliziert. Also noch einmal: Die Limite von 23 Franken wird gemäss nationalrätlichem System aufgehoben, weil sie nicht notwendig ist, weil alle Leistungen von den Kantonen übernommen werden. Das führt aber zu einer Mehrbelastung der Kantone von einer halben Milliarde Franken.

Die ständerätliche Kommission empfiehlt Ihnen mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung, festzuhalten. In der ständerätlichen Version bleiben die Beiträge und der Deckel von 23 Franken. Er wird sogar im Gesetz festgeschrieben. Er ist also sicherer als heute. Er gilt nur für die nächsten vier Jahre, aber er wird immerhin neu im Gesetz festgeschrieben. Danach liegt es am Bundesrat, die 23 Franken allenfalls nach oben anzupassen, wenn es denn notwendig sein sollte.

Insofern bitte ich Sie, hier bei Ihrer Kommission zu bleiben und die Differenz zum Nationalrat beizubehalten. Wir wollen nichts am geltenden System ändern. Das wäre, wie gesagt, auch nicht sinnvoll, weil diejenigen, die Ergänzungsleistungen beziehen, davon nichts spüren würden. Bevorzugt würden die Leute ohne Ergänzungsleistungen, also diejenigen, die es – ich sage das jetzt einmal so – gar nicht nötig haben.

Angenommen – Adopté

Abs. 3bis – Al. 3bis

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: In Absatz 3bis hat der Nationalrat eingeführt, dass der Kantonsbeitrag periodisch überprüft wird. Wir übernehmen das. Ihre Kommission nimmt lediglich eine textliche Anpassung vor und hält fest, dass der Bundesrat periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrages überprüft, nicht den Kantonsbeitrag an sich. Die Kantone dürfen mehr zahlen, das ist nicht verboten. Insofern müssen wir nur prüfen, ob der Mindestprozentsatz eingehalten ist. Wir haben diese klarere Anpassung unserer Vorlage einstimmig angenommen und hier keinen grossen Diskussionsbedarf gehabt.

Angenommen – Adopté

Abs. 7, 7bis, 7ter – Al. 7, 7bis, 7ter

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich möchte hier noch etwas sagen: Es ist entschieden, aber wir haben nichts dazu gesagt. Ich glaube, dass Artikel 21 und Artikel 60 Absatz 7 Kernbestimmungen sind. Ich habe bei Artikel 21 darauf verwiesen. Wir haben lange diskutiert, welche Rechnungen – hier geht es nicht um Daten, sondern es geht um Rechnungen – die Kantone weiterhin erhalten sollen.

Als wir in die Diskussion einstiegen, verlangten die Kantone den Zugang zu allen Rechnungsdaten. Sie argumentierten, dass sie neu über 26 Prozent an die gesamten Gesundheitskosten, also auch an die ambulante Versorgung, beitragen würden und deshalb alle Rechnungen einsehen möchten. Ich habe Ihnen aufgezeigt, dass dies im Vergleich zu den aktuell 1,5 Millionen Rechnungen für die stationäre Versorgung neu insgesamt 130 Millionen Rechnungen betreffen würde. Dann gab es ein Hin und Her. Wir haben Diskussionen an runden



Tischen veranlasst. Wir haben das BAG gebeten, mit den Kantonen zusammensitzten und eine Lösung zu suchen, die für sie annehmbar ist. Natürlich sagen die Kantone bzw. die GDK, sie hätten gern noch mehr Zugang zu den Rechnungen. Unsere Kommission erhielt aber die Rückmeldung, dass der Weg, den die Kommission gewählt habe, gangbar sei.

Unsere Kommission wählt die Variante, dass die Kantone die Rechnungen für die stationäre Versorgung erhalten. Wir haben die Kantone verstanden. Sie erhalten heute die Rechnungen für die stationäre Versorgung. Dass es nicht nachvollziehbar ist, dass man ihnen diese nicht mehr geben soll, haben wir verstanden. Also haben wir gesagt: Okay, was ihr heute schon habt, sollt ihr weiterhin haben.

Die Kantone wollten dann auch die Möglichkeit erhalten, gegen eine Rechnung vorzugehen, wenn sie das Gefühl haben, diese sei nicht korrekt. Sie wollten also die Möglichkeit erhalten, quasi eine zweite Prüfung vorzunehmen. Ich sage nun noch, wie die Diskussion in der Kommission verlief: Wir haben lange um eine Lösung gerungen. Bei den Anhörungen der Kantone wurden uns Beispiele gezeigt. Es waren meistens Beispiele von Fehlern: Eine Versicherung bezahlte die Rechnung für eine versicherte Person, und der Kanton meldete dann, dass diese Person gar keinen Wohnsitz im entsprechenden Kanton habe. Gemäss Artikel 60 Absatz 6 kann sich der Kanton wehren, wenn die Angabe des Wohnkantons falsch ist.

Die Kantone möchten die Rechnungen mehr überprüfen können. Die Sorge der Kommission war immer, dass dann zwei Institutionen auf dem Buckel der Versicherten die Rechnungen prüfen: die Versicherer und die Kantone. Wenn die sich streiten, kriegt der Versicherte das Geld nicht. Wir haben gesagt, sie sollen eine Lösung finden, bei der es für den Versicherten kein Problem gibt.

Artikel 60 Absatz 7 besagt, dass die Versicherer und die Kantone über die Rechnungen im Austausch stehen. Artikel 60 Absatz 7bis regelt, dass der Kanton nach Erhalt der Rechnung den Versicherer informiert, wenn er die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt erachtet. Es gibt also immer einen Austausch zwischen Kanton und Versicherer. Gemäss Artikel 60 Absatz 7ter ist der Kanton zur Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherers berechtigt. Das sind klar eingeschränkte Verhältnisse. Es steht dort, der Kanton könne nur im Fall rügen, "[...] a. dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt; b. dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird; c. dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden." Das ist die Konstruktion, die der Ständerat in Zusammenarbeit mit der Verwaltung erarbeitet hat.

Der Nationalrat beschloss die Streichung. Der Nationalrat will, dass gar keine Rechnungen zu den Kantonen gehen. Hier besteht eine fundamentale Differenz. Wir möchten, dass die Kantone diese Rechnungen erhalten, aber auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage. Wir sind hier der Meinung, dass sich der Ständerat da auch durchsetzen sollte. Ihre Kommission ist, wie gesagt, diesem Konzept einstimmig gefolgt.

Die WZW-Kriterien, das muss ich noch sagen, werden bei der Prüfung der Kantone nicht angewandt. Die Kantone können nicht hingehen und prüfen, ob die Behandlung wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam ist. Das prüfen die Versicherer schon. Es wäre eigenartig, wenn die Kantone noch einmal die gleiche Frage – war die Behandlung so überhaupt notwendig? – prüfen. Das sollten nicht zwei Institutionen auf dem Buckel der Versicherten tun.

AB 2023 S 1079 / BO 2023 E 1079

Schmid Martin (RL, GR): Ich ergreife zu Artikel 60 Absatz 7 das Wort, weil diese Bestimmung, wie der Kommissionssprecher dargelegt hat, einen Zusammenhang mit Artikel 21 hat. Ich wurde seitens der Kantone angefragt, ob wir nicht im Differenzbereinigungsverfahren noch einmal einen Antrag einbringen können. Diese Frage habe ich auch mit den Kommissionsmitgliedern nochmals geprüft. Ich habe das Wort nun ergriffen, um Missverständnisse zu klären.

Aus meiner Sicht hat der Kommissionssprecher klar dargelegt, dass aufgrund von Artikel 21 der Datenaustausch mit den Kantonen unmissverständlich gesichert ist. Die Kantone können die Spitalplanung, aber auch die ambulante Planung vornehmen. Ihnen werden die dafür notwendigen Daten in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Darüber haben wir diskutiert: Die Kantone brauchen diese Informationen, ansonsten können sie die Aufgaben, die ihnen gesetzlich und verfassungsmässig zugewiesen sind, nicht erfüllen. Gemäss Artikel 21 verfügt auch das BAG über diese Daten.

Es war mir wichtig, das hier zu klären, weil ich in Gesprächen festgestellt hatte, dass die Kantone die Auffassung vertreten, dass ihnen diese Daten so nicht zustehen würden. Mit diesen Bestätigungen – auch zuhanden der Materialien – hat der Kommissionssprecher explizit gesagt, dass diese Daten den Kantonen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Eine andere Frage ist dann, ob man die Rechnungskontrolle auch nochmals auf die Kantone übertragen soll-



te. Das erscheint mir nicht sachgerecht: Eine doppelte Kontrolle macht keinen Sinn. Es braucht jemanden, der dafür verantwortlich ist. Erst wenn es systemische Probleme gibt, sollen die Kantone dort eingreifen. Ich habe deshalb darauf verzichtet, hier nochmals Anträge einzubringen. Aber mit dieser Präzisierung ist meines Erachtens diesem Anliegen auch Rechnung getragen worden.

Angenommen – Adopté

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 64 Abs. 5bis, 5ter, 8

*Antrag der Kommission
Festhalten*

Art. 64 al. 5bis, 5ter, 8

*Proposition de la commission
Maintenir*

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Zur Absicherung für Sie: Die Bestimmungen von Absatz 5bis und Absatz 5ter hängen mit der Patientenbeteiligung zusammen, und wir haben dort eine Differenz zum Nationalrat.

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 8, 9

*Antrag der Kommission
Abs. 8
Festhalten
Abs. 9
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates*

Ch. III al. 8, 9

*Proposition de la commission
Al. 8
Maintenir
Al. 9
Adhérer à la décision du Conseil national*

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Zu Absatz 9 werde ich bei den Bestimmungen zum Inkrafttreten noch etwas sagen. Es gibt einen gesetzestechnischen Zusammenhang mit dem Inkrafttreten bzw. mit der Übernahme der Pflegekosten.

Angenommen – Adopté

Ziff. IV

*Antrag der Mehrheit
Abs. 3 Bst. a
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 3 Bst. b*

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

*Abs. 4 Bst. a
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 4 Bst. b*

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt.

*Antrag der Minderheit*

(Hegglin Peter)

Abs. 3 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Ch. IV*Proposition de la majorité**Al. 3 let. a*

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 let. b et 8 entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4 let. a

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 let. b et 8 entrent en vigueur sept ans après la votation, au 1er janvier.

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter)

Al. 3 let. b

b. ... et 8: Le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire. La condition préalable à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales.

Al. 4 let. b

b. ... et 8: Le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation. La condition préalable à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales.

AB 2023 S 1080 / BO 2023 E 1080

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier haben wir einen Minderheitsantrag. Unbestritten ist, dass wir die Pflege in die Vorlage aufnehmen. Die Pflege kommt in die Efas-Vorlage. Die Frage war nur, ob die Pflege wie die generelle Kostenübernahme der ambulanten Leistungen gleich in die Vorlage kommt. Wir haben in der Kommission immer gesagt, dass bei der Pflege eine einheitliche Tarifierung möglich sein muss. Die Kosten müssen transparent ausgewiesen sein, und sie müssen vergleichbar sein. Erst wenn das gegeben ist, können wir die Pflege übernehmen.

Ich habe am Anfang darauf hingewiesen, dass der Nationalrat noch weitere Bedingungen setzen möchte. Der Ständerat hat eigentlich ein einfaches Konzept. Wir haben uns aber teilweise dem Nationalrat angenähert; das können Sie der Fahne entnehmen. Ihre Kommission will mit 10 zu 1 Stimmen bei 0 Enthaltungen – es gibt eine Minderheit Hegglin Peter; Herr Hegglin wird sich noch dazu äussern –, dass die Pflege nach sieben Jahren zwingend einbezogen wird. Bei der nationalrätlichen Variante erfolgt der Einbezug frühestens nach



sieben Jahren; hier soll die Umsetzung der Pflege-Initiative abgewartet werden. Wir haben gesagt, das gehe nicht, das sei gesetzestechnisch falsch und gar nicht machbar. Denn den Moment, in dem die Pflege-Initiative umgesetzt ist, kann man ja gar nicht erfassen.

Zudem sind die Kantone für die Umsetzung der Pflege-Initiative verantwortlich. Wir erlassen Bundesgesetze und nicht kantonale Gesetze. Wir müssten also abwarten, bis der letzte Kanton, und irgendeinen letzten gibt es immer, die Initiative umgesetzt hat. Ob das dann wirklich einer Umsetzung der Pflege-Initiative entspricht, wissen wir nicht. Ehrlich gesagt, würde die Bedingung des Nationalrates dazu führen, dass die Pflege bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag nicht übernommen wird. Deshalb haben wir gesagt, nein, wir wollen diese sieben Jahre.

Wir haben eine Massnahme des Nationalrates übernommen: Wir haben, wie der Nationalrat auch, verlangt, dass nach drei Jahren ein einheitliches Rechnungssystem bei den Pflegeinstitutionen, d. h. Spitex, Pflegeheime usw., bestehen muss. Deshalb haben wir in der Kommission eine Zusatzschleife gemacht. Wir haben zwischen Oktober und November die Pflegeinstitutionen angefragt, ob sie sich bewusst sind, was das heisst, und ob sie es schaffen, nach drei Jahren ein einheitliches Rechnungssystem zu haben. Da war die Rückmeldung, dass das geht.

Deshalb haben wir das übernommen. Nach drei Jahren wird es ein einheitliches System geben, und nach sieben Jahren werden dann, davon geht die Mehrheit Ihrer Kommission aus, die Zahlen vergleichbar sein: Es gibt ein einheitliches System nach drei Jahren, dann hat man vier Jahre Zeit, sodass die Pflege nach sieben Jahren fix übernommen wird. Dass die Pflegeinstitutionen damit rechnen können, nach sieben Jahren aufgenommen zu werden, gibt ihnen eine gewisse Sicherheit.

Die Minderheit will aufzeigen, dass da weitere Bedingungen notwendig seien. Immerhin haben wir uns damit auseinandergesetzt, ob es nach sieben Jahren noch weitere Bedingungen braucht. Die Mehrheit ist der Meinung, es sei klar, dass diese Leistungen nach sieben Jahren vergleichbar sein werden. Wir gehen davon aus, dass die Kriterien nach sieben Jahren erfüllt und vergleichbar sein werden. Die Tarifumsetzung wird gemacht sein. Die Minderheit möchte hier aber noch eine Bedingung setzen.

Insofern bitte ich Sie, im Sinne der Mehrheit der Kommission, hier die klare Zahl von sieben Jahren vorzugeben. Die Voraussetzungen sind so bestimmt, wie wir es aufgezeigt haben.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Zuerst lege ich meine Interessenbindungen offen, vor allem für die neuen Ratsmitglieder hier im Saal: Ich bin Präsident des Verbandes der kleinen und mittleren Krankenversicherer RVK und in dieser Funktion auch Mitglied des Verwaltungsrates von Santésuisse. Ich verstehe mich deshalb auch als Vertreter der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

Nun zu meinem Minderheitsantrag: Die Art und Weise, wie die Pflege in die Efas einbezogen werden soll, stellt eine der letzten grossen Differenzen in der Efas-Vorlage dar. Lassen Sie mich deshalb bei diesem wichtigen Thema eine kleine Rückblende auf den Verlauf dieser Diskussion vornehmen. Als sich die Subkommission der SGK des Nationalrates mit der Vorlage befasste, lehnten viele Kantone die Efas noch grundsätzlich ab. Danach nahm die Vorlage Gestalt an, und die Kantone liessen sich auf die Efas ein, unter der Bedingung, dass die Pflege mit einbezogen würde. Der Nationalrat klammerte das Thema in einer ersten Runde noch aus, mit dem Verweis, dass sich der Ständerat damit befassen möge. Wir nahmen in unserem Rat die Pflege dann in die Vorlage auf und wählten für die Integration eine Frist von vier Jahren nach Einführung der Efas.

Der Nationalrat kam dem Anliegen einen Schritt entgegen, indem er dem Einbezug der Pflege zustimmte, diesen aber an Bedingungen knüpfte. Zunächst sollen dafür Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis beruhen. Zudem soll die Pflege-Initiative vollständig umgesetzt sein. Der Bundesrat bestimmt dann über das Inkrafttreten, nachdem er die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates angehört hat.

Dahinter steckt die Sorge, dass der Pflegesektor die eigentliche Sparvorlage Efas ins Gegenteil drehen und diese für die Prämienzahler viel teurer werden könnte. Diese Frage steht tatsächlich im Kern der Vorlage. Die Verwaltung prognostiziert für die Efas inklusive Pflege ein Einsparpotenzial von zwischen mehreren hundert Millionen Franken und null Franken. Diese Feststellung ist eigentlich bemerkenswert für eine Vorlage, deren Versprechen es ist, das System deutlich effizienter zu machen.

Der Verband der Schweizer Krankenversicherer Santésuisse zeichnet für die Prämienzahlen ein differenzierteres Bild: Ohne die Pflege würde die Efas demnach zu einer Erleichterung der Prämienkosten führen; mit der Pflege sieht Santésuisse aufgrund der Kostendynamik der Pflege Mehrkosten für Prämienzahlerinnen und -zahler. Zumindest diese Kostendynamik des Pflegebereichs ist unbestritten, denn die demografische Entwicklung führt dazu, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden zehn bis fünfzehn Jahren noch weiter ansteigen wird. Was das konkret für die OKP bedeutet, wissen wir nicht abschliessend.



Heute wird die Pflege je nach Kanton unterschiedlich erbracht, finanziert und kontrolliert. Die Folge sind verhältnismässig ungenaue Zahlen über die Kosten und Leistungen in diesem wichtigen Sektor. Genau diese Daten werden aber die Grundlage sein, wenn dereinst ein Pflorgetarif geschaffen wird. Nur wenn dieser an transparente und einheitlich erfasste Daten gebunden ist, wird er sich mit der Zeit entwickeln lassen.

Beim Einbezug der Pflege in die Efas gibt es nebst der allgemeinen Kostenfrage einen weiteren Effekt, den wir nicht ausser Acht lassen dürfen. Je nachdem, wie die Pflege in einem Kanton ausgestaltet ist – vermehrt ambulant oder stärker stationär –, wird die Efas mit Pflege die Kantone unterschiedlich betreffen. Bei den einen Kantonen wird die Efas mit Pflege den Kantonshaushalt stärker treffen, bei den anderen werden die Prämienzahlerinnen und -zahler eine grössere Last tragen müssen.

Aus diesem Grund setze ich mich mit meinem Minderheitsantrag für ein geordnetes und verantwortungsvolles Vorgehen bei dieser wichtigen Frage ein. Auch gemäss Beschluss des Nationalrates sollen zuerst objektive Grundlagen geschaffen werden, bevor der Einbezug der Pflege vollzogen wird.

Als Fremdkörper in der Version des Nationalrates sehe ich dagegen die vollständige Umsetzung der Pflege-Initiative. Deshalb verzichte ich in meinem Minderheitsantrag auf diese Bedingungen. Es gibt keine nachvollziehbaren Kriterien, wie die Umsetzung der Pflege-Initiative beurteilt werden könnte; der Kommissionssprecher hat dies auch erwähnt.

Ich sehe meinen Minderheitsantrag deshalb auch als Kompromiss zwischen den Varianten des Ständerates und des Nationalrates. Wir schaffen damit einerseits eine solide Grundlage für einen Entscheid von grosser Tragweite, entnehmen dem Beschluss des Nationalrates aber andererseits

AB 2023 S 1081 / BO 2023 E 1081

das politische und kaum planbare Element. Damit bieten wir den Kantonen auch die Möglichkeit, den Einbezug der Pflege aus eigener Kraft ans Ziel zu bringen. Sie allein haben es in der Hand, in der Pflege eine einheitliche Kostenerfassung einzuführen, wie sie im stationären Spitalbereich schon lange existiert. Hier steht einzig und allein die Vernunft im Vordergrund.

Die Efas wird jetzt seit vierzehn Jahren im Parlament behandelt und hat einige Hürden genommen. Jetzt stehen wir kurz vor dem Abschluss; jetzt geht es um die echten Kompromisse. Wir haben es in der Hand, entweder mit dem Anliegen der Kantone aufs Ganze zu gehen oder mit einem Schritt auf den Nationalrat zuzugehen. Eines muss aber klar gesagt sein: Der Nationalrat ist uns schon einen Schritt entgegengekommen und hat die Pflege grundsätzlich in die Vorlage aufgenommen. Es ist nicht anzunehmen, dass die grosse Kammer in sämtlichen Differenzen die eigene Position aufgibt. Dann wäre höchstwahrscheinlich der Absturz die Folge. Bereits titelte nämlich die "Aargauer Zeitung" am 7. November: "Megareform droht Absturz". Sie führte unter anderem die gegensätzlichen Beurteilungen zu einem Einbezug der Pflege aus. Die Gefahr eines Absturzes wird real, wenn alle Akteure unnachgiebig an ihrer Position festhalten.

Sollte sich der Ständerat aber, anders als erwartet, in allen Punkten durchsetzen, droht die Gefahr eines Referendums. Die Gewerkschaft VPOD hat im Grundsatz bereits ein solches beschlossen, auch weil mit einem Einbezug der Pflege der Druck auf das Personal gemäss VPOD zunehmen würde. Es wäre also nichts gewonnen, wenn die Vorlage zwar mit einer für die Kantone maximalen Lösung durch das Parlament gelangt, dann aber vor dem Volk auf Grund läuft.

Ich ersuche Sie um eine genaue Prüfung meines Anliegens, damit wir eine Brücke zum Nationalrat bauen können. Aber nicht nur dies, sondern wir schaffen hier nicht mehr und nicht weniger als eine solide Grundlage für einen Entscheid von sehr grosser Tragweite. Immerhin wird es bei einem normalen Verlauf Anfang der 2030er-Jahre darum gehen, ob ein Kostenblock von dereinst rund 10 Milliarden Franken in die Efas mit einbezogen wird. Es sollte, so meine ich, zu diesem Zeitpunkt vollkommen klar sein, was auf uns zukommen wird.

Aufgrund dieser starken Argumente empfehle ich Ihnen, meine Minderheit zu unterstützen, genauso, wie es sich auch der Vertreter des BAG während der Kommissionsberatung hat vorstellen können.

Bischof Pirmin (M-E, SO): Zuerst meine Interessenbindung: Ich bin Präsident der Association Spitex privée Suisse, des Verbandes der privaten Spitex-Organisationen.

Wir sind jetzt in der Schlussphase der Beratung dieses wichtigen Geschäftes. Es ist vermutlich die grösste Reform des schweizerischen Gesundheitswesens seit Inkrafttreten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Vorlage, die wir hier besprechen, ist nicht perfekt. Sie kann es eigentlich gar nicht sein, denn sie ist das Werk eines über viele Jahre hinweg ausgehandelten Kompromisses. Neben vielen anderen Playern wurde der Kompromiss insbesondere zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern ausgehandelt. Es ist ein Kompromisswerk.



Die Ausgangslage für diese beiden Verhandlungsseiten war die folgende: Die Krankenversicherer haben gesagt, die Pflege werde nicht in die Efas aufgenommen; die Kantone haben gesagt, die Pflege müsse sofort, im Moment der Inkraftsetzung des Gesetzes, aufgenommen werden. Das waren die Ausgangspositionen. Was Sie hier als Mehrheitsantrag vor sich haben, ist nun wirklich ein Kompromiss: Die Krankenversicherer haben nachgegeben und sind damit einverstanden, dass die Pflege in die Efas einbezogen wird; das war ein grosser Schritt der Krankenversicherer. Die Kantone haben nachgegeben, indem sie auf die Forderung verzichteten, dass die Pflege sofort mit einbezogen wird. Sie wird erst nach sieben Jahren – nach dieser etwas märchenhaften Frist – einbezogen. Aber dann, zu diesem Zeitpunkt, wird sie in die Efas einbezogen. Mit der Vereinheitlichung der Rechnungssysteme bei den Pflegeinstitutionen bis in drei Jahren wurde noch ein Zwischenschritt eingefügt; der Kommissionssprecher hat das ausgeführt.

Die Kommission schlägt Ihnen diesen Kompromiss mit 10 zu 1 Stimmen vor, und das ist kein Zufall. Wenn Sie der Minderheit Hegglin Peter folgen, sieht das zwar nach wenig aus. Man kann dann sagen, es sei ja selbstverständlich, dass eine "einheitliche und transparente Kosten- und Datenbasis" vorliegen muss. Das war auch der nationalrätliche Vorschlag, die Begriffe sind identisch in der nationalrätlichen Version. Der Unterschied ist einfach der: Als die Kantone nachgegeben hatten und damit einverstanden waren, dass man das Ganze um sieben Jahre verschiebt, musste für sie klar sein, dass nach sieben Jahren die Pflege wirklich einbezogen wird. Wenn Sie jetzt über den Minderheitsantrag Hegglin Peter die nationalrätliche Formulierung hineinnehmen, werden diese sieben Jahre plötzlich wieder relativiert. Dann ist nicht mehr klar, ob nach sieben Jahren die Pflege dann tatsächlich einbezogen wird. Sie können das machen, aber dann gefährden Sie den Kompromiss zwischen den beiden Seiten. Für die Kantone ist dann plötzlich nicht mehr klar, ob die Pflege nach sieben Jahren, nach zehn oder nach zwanzig Jahren oder irgendwann einmal ad calendae graecas einbezogen wird. Dann bricht der Kompromiss, dann bringen Sie ihn nicht mehr zustande.

Ich bitte Sie dringend, im Interesse eines Kompromisses in diesem schwierigen Geschäft und nach Verhandlungen von fünfzehn Jahren der Mehrheit zu folgen.

Stark Jakob (V, TG): Ich habe keine Interessenbindung, aber ich war einmal Gesundheitsdirektor. Ich melde mich hier zu Wort, weil mich ein wenig stört, dass immer von "den Kantonen" gesprochen wird. Es gab in der Gesundheitsdirektorenkonferenz immer eine stattliche Minderheit, die von Anfang an gerne die Efas eingeführt hätte. Später – ich war da dabei – gab es dann ein Umdenken, wobei die Bedingung gestellt wurde, dass die Pflege in die Efas integriert werden müsse. Was man bedenken muss, ist, dass die Kantone hier wieder einmal einen Bereich aufgeben, der bisher eigentlich weitgehend in ihrer Kompetenz war. Wir bauen also hier den Föderalismus ab, dies auf Ansinnen der Kantone.

Vielleicht wissen Sie, dass das Pflegewesen in der Schweiz vor nicht allzu langer Zeit im Zuge des NFA ziemlich grundlegend reformiert worden ist. Die Kantone werden hier vor eine neue grosse Herausforderung gestellt. Deshalb habe ich Verständnis für den Antrag der Minderheit Hegglin Peter. Selbstverständlich ist der Kompromiss jetzt geboren. Die Pflegefinanzierung ist Teil dieser Vorlage; das wird überhaupt nicht infrage gestellt. Aber die Probleme, die sich bei der Umsetzung noch ergeben werden, sind nicht zu unterschätzen. Deshalb ist es besser, dass wir hier ehrlich legiferieren und gleichzeitig auch einen Schritt auf den Nationalrat zugehen.

Ich bitte Sie daher, den Antrag der Minderheit Hegglin Peter zu unterstützen.

Germann Hannes (V, SH): Nachdem die Diskussion über die Details nun doch eröffnet worden ist, was wir eigentlich nicht gewollt haben, muss hier klar festgestellt werden – und ich möchte das betonen –, dass wir eben auch bei der Pflege, kantonale Vorgeschichte hin oder her, ein klares Signal setzen müssen, wonach die Pflege nämlich in die Gesamtleistung mit einbezogen wird. Das ist ja auch logisch, wenn wir schon zwischen ambulanter und stationärer Leistung unterscheiden und sagen, dass es dort keine Fehlanreize geben dürfe und diese beseitigt werden müssen.

Dann – und das wissen Sie alle, die in irgendeiner Form in diesem Metier tätig sind – gilt es zu sagen: Der Übergang zur Pflege ist ja völlig fließend. Man verlässt ein Spital oder geht ins Altersheim und wird plötzlich zum Pflegefall. Dann ist doch klar, dass beim Übergang vom Spital, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgte, von der Spitex oder von welcher Institution auch immer hin zur Pflege wichtig ist, dass das gesamtheitlich betrachtet wird. Es darf nicht den Fehlanreiz geben, die Leute länger im Spital zu halten oder möglichst schnell rauszuwerfen und in die ambulante Behandlung zu verschieben. Vielmehr muss nach bestem Wissen und Gewissen entschieden werden, und zwar muss dabei der Patient oder die Patientin im Zentrum stehen. Darum geht es. Mit dieser Vorlage machen



wir diesbezüglich einen grossen Schritt vorwärts. Sie bringt auch Effizienz, ist aber mit einem Kostenanstieg in anderen Bereichen verbunden.

Damit man all dem genau Rechnung tragen kann, gibt es die Verteilung mit einem Kantonsbeitrag von mindestens 26,9 Prozent – darauf dürfte es jetzt wohl hinauslaufen. Diese Verteilung soll nach drei Jahren jeweils wieder überprüft werden können. Damit haben wir den Spielraum, den Auswirkungen des Einbezugs der Pflege zu einem späteren Zeitpunkt gebührend Rechnung zu tragen. Damit sollte auch den Kantonen gedient sein.

In diesem Sinne bitte ich Sie, jetzt dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Worin liegt der Unterschied zwischen dem Antrag der Mehrheit und meinem Minderheitsantrag? Die Mehrheit will einfach nach sieben Jahren – ich sage es jetzt bildlich – ein Haus beziehen, ohne dass man genau definiert hat, wie es aussieht, wie gross es ist, wie es funktioniert. Sie will nach sieben Jahren das System umstellen. Ich teile die Meinung, dass man das System umstellen soll, aber dafür braucht es im Voraus eine transparente Datengrundlage, und es braucht einen einheitlichen transparenten Tarif. Das ist die Differenz.

Ich unterstütze den Nationalrat deshalb, weil es heute – das habe ich in meinen Voten vorhin gesagt – verschiedene Einstufungssysteme für die Pflege gibt. Es gibt drei Systeme. Jetzt sollen sie auf zwei reduziert werden, am Schluss soll es noch ein System sein. Je nach Kanton wird die Pflege unterschiedlich erbracht, teils mehr ambulant, teils mehr stationär. Wenn Sie das neue System einführen wollen, dann müssen Sie schweizweit eine einheitliche Basis haben. Darin liegt der Unterschied. Wenn die Kantone es hinbringen, innerhalb von sieben Jahren eine solche Basis zu schaffen, dann wird das neue System eingeführt. Vielleicht dauert es ein oder zwei Jahre länger. Wichtig ist, dass zuerst eine einheitliche Datenbasis geschaffen wird, bevor ein Kostenblock von 10 Milliarden Franken in das System integriert wird. Hier liegt die einzige Differenz.

Ich empfehle Ihnen sehr, meiner Minderheit zu folgen. Sie machen dann auch einen Schritt in Richtung Nationalrat, und ich bin überzeugt, dass Sie damit auch helfen würden, diese Vorlage für die Schlussabstimmung oder dann vor dem Volk mehrheitsfähiger zu machen.

Berset Alain, président de la Confédération: Cette discussion pourrait donner l'impression qu'il existe une différence assez massive entre la majorité et la minorité. Ce n'est pas tellement le cas. On pourrait avoir l'impression que l'on est en train de se questionner sur l'intégration ou non des soins. Ce n'est pas la question. La question est: dans quel délai souhaite-t-on la mettre en vigueur? Il est d'ailleurs prévu que la loi entre en vigueur trois ans après son adoption par le Parlement, sous réserve de tous les délais référendaires. Ensuite, personne ne doute que les soins ne seront pas intégrés avant sept ans. La majorité dit qu'au bout de sept ans, cela doit être fait, tandis que la minorité dit qu'à partir de sept ans, cela doit être fait, mais il y a encore deux conditions à remplir. C'est la seule différence. Elle n'est pas dramatique. Je peux vivre avec les deux. En principe, le Conseil fédéral est toujours très content quand on lui transmet des compétences, mais elles ne sont pas tellement nécessaires ici.

Pour cette raison, nous avons une préférence pour la clarté face à ce que signifierait la proposition défendue par la minorité Hegglin Peter qui donnerait plus de compétences au Conseil fédéral. Nous avons donc une légère préférence pour la proposition défendue par la majorité de la commission, et aussi parce que, avec un délai de sept ans qui est clair, vous donnez un signal clair à l'ensemble des partenaires. Le signal de la proposition défendue par la minorité est moins clair: au plus tôt sept ans, mais après, on verra. Ce signal clair de sept ans est d'autant plus justifié, en l'état des choses, que les fournisseurs de prestations, les cantons et les acteurs concernés ont toujours affirmé que les bases nécessaires pour une intégration des prestations de soins seront disponibles dans sept ans.

On n'a pas de peine à les croire. Cela représente deux législatures; évidemment, c'est très complexe, mais en presque deux législatures, il doit être possible de réaliser un tel effort, notamment parce que les acteurs eux-mêmes le demandent. Je pense notamment aux cantons. Ils ne vont pas mettre les pieds au mur, ils vont plutôt avoir envie et intérêt à avancer. Le Conseil fédéral a donc une légère préférence pour la proposition de la majorité de la commission. On peut vivre aussi avec la proposition de la minorité Hegglin Peter. Elle fonctionne de la même manière, à la fin, les soins sont intégrés, mais elle est un peu moins claire. Quand, comment, qui décide de quoi? C'est un peu moins clair, mais cela fonctionne aussi.

Par contre, ce sur quoi je ne m'exprimerai pas, ce sont les questions d'ordre stratégique que le porte-parole de la minorité a mentionnées. Est-il temps de faire un pas vers le Conseil national? Ce type de raisonnement vous appartient. Je ne vais pas m'exprimer sur ce point.

En ce qui concerne les deux propositions de la commission, du point de vue du Conseil fédéral, la proposition



de la majorité présente un avantage.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/6202)

Für den Antrag der Mehrheit ... 31 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 12 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin): Möchten Sie noch etwas zur Motion 22.3372 der SGK-S sagen, Herr Berichterstatter?

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir haben in der Kommission entschieden, dass wir mit dem Entscheid über die Motion noch zuwarten, ganz einfach, weil der Text der Motion des Ständerates besagt, dass auf die Jahre 2016 bis 2019 bezogen geprüft wird, ob die Umsetzung kostenneutral ist. Wenn sich der Nationalrat mit der Abschaffung der Pflegebeiträge durchsetzen würde, ist es nicht mehr kostenneutral. Wir haben gesagt, dass wir zuwarten, bis der Entscheid im Parlament absehbar ist. Wir können dann über die Motion entsprechend entscheiden. Deshalb wird heute kein Entscheid dazu gefällt.

Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin): Das Geschäft geht zurück an den Nationalrat.



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Wir behandeln die verbleibenden Differenzen in einer einzigen Debatte. Frau Sauter begründet den Antrag ihrer Minderheit und spricht auch gleich für die FDP-Liberale Fraktion.

Sauter Regine (RL, ZH): Ich gebe vorgängig meine Interessenbindung bekannt, wenngleich sie bereits bekannt sein sollte: Ich bin Präsidentin von H plus – Die Spitäler der Schweiz.

Nun befinden wir uns also bei diesem wichtigen Geschäft auf der Zielgeraden. Ich möchte es noch einmal betonen: Es ist wichtig, dass wir das Ziel auch erreichen und dass wir es erfolgreich erreichen. Wir haben nun mit Efas eigentlich wirklich das einzige Instrument in der Hand, mit dem man die Kostendämpfung effektiv und effizient erreichen kann, mit dem die Kostendämpfung wirklich gelingen kann, und zwar ohne Leistungsabbau und auch ohne Qualitätsverlust.

Das Geschäft und diese Massnahmen sind aus volkswirtschaftlicher Sicht richtig und notwendig, denn ambulante Behandlungen sind günstiger als Behandlungen, die im Spital stationär durchgeführt werden müssen. Es gibt somit tiefere Kosten für die Gesellschaft insgesamt. Das Geschäft und die Absicht, mehr Behandlungen ambulant durchzuführen, ist aber auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten richtig und wichtig. Wenn wir von patientenzentrierten Behandlungen sprechen, wenn wir von integrierter Medizin sprechen, dann muss es eben genau gelingen, das in einem Guss zu machen und mehr ambulant statt stationär zu behandeln. Das ist auch für die Patientinnen und Patienten angenehmer. Schliesslich ist es auch angesichts des Fachkräftemangels, den wir im Gesundheitswesen feststellen, richtig und wichtig, mehr Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verlegen. Dann haben wir auch mehr Flexibilität beim Einsatz der Fachkräfte, seien es Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Efas setzt somit insgesamt die richtigen Anreize.





Wir haben auf dem Weg der Behandlung dieses Geschäftes viele Kompromisse gemacht, wir sind der Gegenseite in vielen Punkten entgegengekommen, insbesondere den Kantonen. Wir haben das Hauptanliegen der Kantone, die Langzeitpflege einzubeziehen, berücksichtigt. Sie ist nun Teil dieses Paketes. Dieser Einbezug macht übrigens auch Sinn, weil man so die ganze Behandlungskette, welche Patientinnen und Patienten durchlaufen, vor Augen hat, und dazu gehört eben auch die Langzeitpflege.

Nun bleiben nur noch wenige Differenzen; es ist wichtig, dass es uns gelingt, diese jetzt auszuräumen. Insbesondere konnten wir in der Kommission einen wirklich grossen Durchbruch in Bezug auf die Bedingungen des Inkrafttretens des Pfegeteils erreichen. Hier haben wir einen einstimmigen Entscheid gefällt. Wir halten fest, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens Transparenz über die Kosten bestehen muss und dass kostendeckende Tarife vorliegen müssen. Dann kann auch die Langzeitpflege einbezogen werden. Es ist wirklich erfreulich, dass die ganze Kommission sich hinter diesen Kompromiss stellen konnte.

Angesichts dessen, dass wir hier immer noch an der Arbeit sind und dass wir eigentlich, so meine ich, konstruktiv zusammenarbeiten wollen und sollten, ist es unverständlich, dass von linker Seite, von den Gewerkschaften, bereits das Referendum angekündigt worden ist. Das ist einfach nicht die Art und Weise, wie man arbeiten sollte; das zeigt nicht, dass man bereit ist, hier konstruktiv mitzuwirken, dass einem daran gelegen ist, Lösungen zu erreichen. Aus meiner Sicht ist das wirklich bedauerlich und entspricht im Grunde nicht der Kultur, nicht der Art und Weise, wie wir in unserem Land Politik betreiben. Damit wir im Gesundheitswesen endlich einen Schritt weiterkommen, braucht es eben tatsächlich alle; alle müssen dazu Hand bieten.

Ich komme nun noch zu meiner Minderheit bei Artikel 49a Absatz 2, wo es um die Vertragsspitäler und -geburtshäuser geht und wo ich einen Kompromiss vorschlage. Der Minderheitsantrag verlangt, dass die Vertragsspitäler den gleichen Anteil aus der Grundversicherung erhalten wie die Listenspitäler; heute haben sie in diesem Bereich eine tiefere Abgeltung. Vertragsspitäler leisten einen wichtigen Beitrag an die Gesundheitsversorgung. Wenn ich allein die Beispiele aus den Kantonen Zürich, Waadt und Genf nehme, sehe ich: Dort werden mehr als 30 000 Personen pro Jahr in einem Vertragsspital behandelt. Sie sehen also, dass das auch zu einer substanziellen Entlastung der Kantone führt. Im Übrigen ist es auch wichtig, dass wir in diesem Bereich Wettbewerb haben. Es zwingt alle Beteiligten, alle Spitäler dazu, sich an der höchstmöglichen Qualität und auch an der bestmöglichen Effizienz auszurichten.

Der Kompromiss meiner Minderheit besteht darin, dass dem Bundesrat der Auftrag erteilt wird, nach fünf Jahren eine Kostenevaluation vorzunehmen und gegebenenfalls Massnahmen zur Kostendämpfung vorzuschlagen, falls sich die Kosten hier überdurchschnittlich entwickeln sollten.

Noch zu den weiteren Anträgen im Geschäft: Es besteht noch die Minderheit Silberschmidt; deren Antrag wird mein Kollege anschliessend begründen. Ansonsten folgt die FDP-Liberale Fraktion überall der Mehrheit und bittet Sie, Gleiches zu tun.

Weichelt Manuela (G, ZG): Das Thema ist Monismus bezüglich Finanzierung der KVG-Leistungen. Da kann eigentlich niemand dagegen sein. Aber die SGK-N macht kurz vor Ende der Monismusdebatte eine Kehrtwende und möchte die Position des Nationalrates in einem wichtigen Punkt nicht

AB 2023 N 2361 / BO 2023 N 2361

mehr aufrechterhalten. Sie macht auf halbem Wege halt und möchte den Monismus nicht mehr vollständig durchziehen, und dies in zwei Bereichen:

Die erste Kategorie sind Personen, die heute auf ambulante Leistungen wie Spitex angewiesen sind. Spitex-Patientinnen und -Patienten zahlen je nach Wohnkanton neben der Franchise und dem Selbstbehalt zusätzlich noch eine Patientenbeteiligung von bis zu rund 8500 Franken pro Jahr – entschuldigen Sie, könnten Sie ein bisschen leiser sein? (*Glocke des Präsidenten*) Danke! - oder 23 Franken pro Tag an Kosten für Pflegeleistungen. Die Kantone Freiburg, Neuenburg, Tessin, Waadt und Wallis nehmen ihre Verantwortung bei den Spitex-Leistungen wahr und erheben in diesem Bereich von den Patientinnen und Patienten nicht noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung.

Es kann doch nicht sein, dass wir eine Monismusvorlage verabschieden, die die Ungleichbehandlung bei der Finanzierung von ambulant und stationär aufheben möchte, dass wir aber genau die Personen, die früher aus dem Spital nachhause gehen und die Spitex brauchen oder die Spitex brauchen, um einen Spitalaufenthalt zu verhindern, mit einem Patientenbeitrag von 23 Franken bestrafen. Das trifft auch viele junge Menschen; das trifft die jungen Mütter mit einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt; das trifft Menschen im Rollstuhl, die auf Spitex angewiesen sind, um nur einige Beispiele zu nennen.

Die zweite Kategorie sind Menschen in einem Pflegeheim. Sie wissen, die Kosten, welche Menschen in einem Pflegeheim bezahlen, liegen zwischen 5000 und 12 000 Franken pro Monat, je nach Pflegebedarf. Wenn



diese Personen im Spital sind, zahlen sie neben der Franchise und dem Selbstbehalt keinen zusätzlichen Pflegebeitrag. Wenn sie im Pflegeheim sind, müssen sie dagegen einen Pflegebeitrag von bis zu 23 Franken pro Tag bezahlen. Der Kanton Genf verlangt die kleinsten Pflegebeiträge. Auch hier haben wir wieder einmal Föderalismus pur auf Kosten von Patientinnen und Patienten.

Mit der Einführung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand ist es nicht sachgerecht, dass ein Teil der Bevölkerung nebst Franchise und Selbstbehalt noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung zu finanzieren hat. Dieser Meinung war der Nationalrat bis anhin. Nun hat die SGK-N in der Differenzbereinigung an der letzten Sitzung die Position des Nationalrates geopfert, um in einem weiteren Punkt dem Ständerat entgegenzukommen.

Meine Minderheit bittet Sie, die Kostenverlagerung auf die Patientinnen und Patienten bei der Spitex und bei den Pflegeheimen zu streichen. Vor allem der untere Mittelstand ist mit den Kosten im Gesundheitswesen bereits genügend belastet. Für die Kantone sind die Mehrkosten von 500 Millionen Franken finanzierbar. Die Ambulantisierung hat in den letzten Jahren zu einer überproportionalen Belastung der Prämienzahlenden und zu einer Entlastung der Kantone beigetragen.

Wer nur die "Bestrafung" der Spitex-Patientinnen und -Patienten beenden möchte – hören Sie bitte zu! (*Glocke des Präsidenten*) Danke, Herr Präsident – und nicht auch die "Bestrafung" der Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen, kann dies mit der Annahme des Einzelantrages Wettstein unterstützen. Er ergäbe eine wirklich kleine Belastung von lediglich rund 60 Millionen Franken für die Kantone, würde aber voll dem Gedanken der Monismusvorlage entsprechen.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Wir befinden uns in der Differenzbereinigung. Es ist hoffentlich die letzte Runde, bevor wir in die Schlussabstimmung gehen können. Differenzbereinigungen haben es an sich, dass man aufeinander zugehen soll. Der Nationalrat ist sehr stark auf den Ständerat zugegangen. Wir haben die Pflege in die Vorlage integriert. Sie sehen auf der Fahne, dass wir praktisch überall dem Ständerat gefolgt sind. In einem Punkt finde ich es aber wichtig, dass wir am Beschluss unseres Rates festhalten, und das betrifft die doppelte Rechnungskontrolle.

Mit der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der ambulanten und der stationären Leistungen wollen wir eine Entflechtung im Gesundheitswesen herbeiführen. Wir wollen, dass die Finanzierung klar geregelt ist und dass sowohl die Versicherungen als auch die Kantone ihren fairen Anteil an die Finanzierung des Gesundheitswesens leisten. Dadurch vermindern wir Fehlanreize, die zur Folge haben, dass entweder mehr ambulant oder mehr stationär gemacht wird. Es wird immer die Leistung erbracht, die im Sinne des Patienten ist.

Wenn wir von einer Entflechtung sprechen, ist es auch wichtig, dass wir den Akteuren diejenigen Aufgaben geben, die sie am besten erbringen. Den Kantonen haben wir – das hat nicht direkt mit dieser Vorlage zu tun – das Vertrauen in Bezug auf die Spitalplanung gegeben. Die Kantone haben das Vertrauen, was die Zulassung betrifft. Die Versicherungen sind heute bereits Expertinnen und Experten, wenn es um die Rechnungskontrolle geht, und es ergibt keinen Sinn, dass diese doppelt gemacht wird.

Jetzt sind wir dem Ständerat insofern entgegengekommen, als wir bei Absatz 7 keinen Minderheitsantrag stellen. Wir haben gesagt, jawohl, die Kantone sollen Zugang zu den ambulanten Rechnungen haben. Sie sollen die Möglichkeit haben, anhand dieser Daten zu prüfen. Sie können die Spitalplanung verbessern, sie können mit diesen Daten alles machen, wofür sie in der Verantwortung stehen.

Was wir aber nicht wollen, sind die Absätze 7bis und 7ter. Meine Minderheit will nicht, dass die Kantone eine erneute Prüfung vornehmen, eine Einsprachemöglichkeit haben und somit eine neue Kompetenz erhalten; die Ressourcen und das Know-how dafür liegen bei den Versicherungen.

Es geht hier auch um die Mehrheitsfähigkeit in einer Volksabstimmung. Falls wirklich das Referendum ergriffen würde – was ich sehr bedauern würde, weil wir die Reform über ein Jahrzehnt hier drin beraten haben –, wäre es wichtig, dass wir möglichst geschlossen hinter dieser Vorlage stehen. Wenn Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter durchkommt, gibt es einfach mehr Widerstand gegen diese Vorlage. Im Sinne der Mehrheitsfähigkeit bitte ich Sie, bei diesen Absätzen an unseren Beschlüssen festzuhalten. Sonst sind wir eigentlich überall dem Ständerat entgegengekommen. Wir sind den Kantonen sehr stark entgegengekommen – zu Recht, denn sie haben ihre berechtigten Forderungen. Aber ich denke, es ist in der Sache richtig, dass wir uns auf das Wissen der Versicherungen abstützen, wenn es darum geht, die Rechnungen zu kontrollieren. Sie machen das schon heute, und sie sollen auch in Zukunft die Anlaufstelle für die Rechnungskontrolle sein.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag meiner Minderheit zu folgen. Ich weiss nicht, ob dieser Wunsch in Erfüllung geht, aber es gibt Zeichen, dass der Ständerat einlenken könnte, wenn wir an unserem Beschluss festhalten. Ich würde das sehr begrüßen. Wir hätten dann hoffentlich keine Differenz mehr und könnten mit diesem Projekt in die Schlussabstimmung gehen. Besten Dank für Ihre Unterstützung.



Mettler Melanie (GL, BE): Die bereits in die Jahre gekommene parlamentarische Initiative hatte das Ziel, die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen zu verbessern. Schon sehr lange ist allen klar, dass bei der Zahlungssystematik für die ambulant und die stationär geleistete medizinische Versorgung Fehlanreize bestehen. Diese Fehlanreize stellen nicht das Patientenwohl oder die medizinische Indikation ins Zentrum und führen erst noch zu einer unnötigen Verteuerung des Gesundheitswesens.

Zwar sind sich schon lange alle einig, dass diese Vorlage eine wichtige Grundlage für künftige Verbesserungen bei Fehlanreizen darstellt, zugunsten von Leistungserbringenden wie Institutionen, ärztlichem Fachpersonal und Pflege, für Patienten und Patientinnen, aber auch für Prämien- und Steuerzahlende. Nur ist es halt so wie oft: Veränderungen und Innovationen machen Investitionen nötig, verlangen von manchen Akteuren mehr Vorleistung als von anderen und verursachen zudem Transformationskosten. Wir können in der Schweiz mit grosser Ausdauer und Beharrlichkeit vortrefflich darüber verhandeln, wer denn jetzt diese Investitionslast zu tragen habe und wer davon verschont werden sollte und mitschwimmen darf. In der Zwischenzeit sind diejenigen die Angeschmierten, die im Status quo die sowieso fortschreitende Veränderung absorbieren müssen; im Fall des

AB 2023 N 2362 / BO 2023 N 2362

Gesundheitswesens sind dies zum Beispiel die Pflegefachpersonen und die Prämienzahlenden.

Bei den Differenzen sind nun noch drei Grundfragen offen:

1. Sollen die Versicherer aggregierte Daten, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig sind, nicht nur ans BAG, sondern auch an die Kantone liefern, und wenn ja, wie? Die grünliberale Fraktion ist der Meinung, dass dieser Datenaustausch für Planung und Kontrolle sinnvoll ist, und schliesst sich bei der Prozessfrage dem Ständerat an.

2. Wird der Finanzierungsschlüssel zwischen Kantonen und Prämienzahlenden bei dieser Vorlage ebenfalls angepasst, um die Spitex zu stärken? Aus unserer Sicht ist das nicht der Kern des Systemwechsels, ist aber in der Stossrichtung durchaus nachvollziehbar. Wir unterstützen hier den Einzelantrag Wettstein, machen daraus aber keine Grundsatzfrage für die Vorlage. Diese Frage wird uns sowieso noch weiter beschäftigen.

3. Sollen die Komplexitäten der Unterschiede zwischen Listen- und Vertragsspitalern im Finanzierungssystem ebenfalls hier verhandelt werden? Aus Sicht der grünliberalen Fraktion ist es nicht richtig, die Diskussion zu dieser berechtigten Frage bei dieser Vorlage zu führen.

Die Grünliberalen sind von der Notwendigkeit des Systemwechsels überzeugt. Nachdem es nach so vielen Jahren endlich gelungen ist, nun eine mehrheitsfähige Vorlage zu bauen in einer Sache, von der materiell alle überzeugt sind, dann sollten wir uns bitte hier fähig zeigen, diese gemeinsam gebauten Lösungen auch gemeinsam zu tragen, zu vertreten und zu verteidigen.

Die Grünliberalen schliessen sich ausser bei Artikel 60 Absatz 3 und folgende überall dem Ständerat an.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Après quatorze ans d'errance, de blocages, voire de menaces, le projet pourtant si simple de notre ancienne collègue du groupe du Centre Ruth Humbel doit absolument trouver son aboutissement durant cette session. La population est lasse d'attendre des réformes qui ne viennent pas, alors que l'augmentation annuelle des primes pèse de manière inacceptable sur son pouvoir d'achat. Or, je vous le dis, Efas est la réforme la plus importante depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Et ce ne sont pas les dernières divergences qui vont nous décourager ou laisser certains milieux retarder ou étouffer le projet.

Je le répète, l'idée initiale est simple. Tout le monde sait que le système actuel suscite de mauvais incitatifs. Il suffit de comparer le coût d'une opération en ambulatoire avec celui d'une opération en stationnaire: c'est en moyenne quatre fois moins cher! D'où la nécessité d'harmoniser le financement du système en y intégrant, bien sûr, les soins de longue durée. Si l'on vous rétorque que les milliards de francs d'économie promis à l'époque ont fondu comme neige au soleil, c'est oublier que la prise en compte de ces très coûteux soins de longue durée dans un projet visant la neutralité des coûts est une vraie réussite. Pour simple rappel, les deux dernières années d'existence coûtent autant que celles de tout notre parcours de vie.

Pour ces bonnes raisons, notre groupe soutiendra toutes les propositions de majorité qui rejoignent pour l'essentiel celles du Conseil des Etats.

Ainsi, concernant l'article 60 alinéa 3, nous avons, avec une majorité du Conseil national, décidé que les cantons devraient contribuer à hauteur de 28,6 pour cent aux soins ambulatoires et stationnaires. Cela implique la suppression de la contribution des patients aux coûts spécifiques aux prestations de soins.

Or, nous nous rangeons aujourd'hui à la décision du Conseil des Etats d'en rester à 26,9 pour cent, afin justement de garantir que l'introduction de la réforme soit neutre en matière de coûts. Selon les estimations



fournies dans l'intervalle par l'administration, la suppression de la contribution des patients impliquerait des coûts supplémentaires pour les cantons de près d'un demi-milliard de francs par an. Cela profiterait en premier lieu aux assurés dont les revenus sont moyens ou élevés, qui n'ont pas droit aux prestations complémentaires. Or, notre ligne a toujours été d'orienter les mesures vers ceux qui en ont le plus besoin. De plus, avec cette solution – et c'est une amélioration –, le plafonnement de la participation des patients, fixée à 23 francs par jour, est maintenu durant quatre ans au moins, ce qui n'est pas le cas avec la version du Conseil national.

De même, nous rejeterons la proposition individuelle Wettstein à 27,4 pour cent, qui vise à supprimer la contribution des patients aux frais de soins à domicile. Cela a un coût, 60 millions, et concerne peu de patients, dans la mesure où la grande majorité des patients qui sont hospitalisés épuisent déjà leur franchise, voire leur quote-part, au moment où ils ont besoin de soins ambulatoires complémentaires à domicile.

Concernant la transmission des données, à l'article 60 alinéa 7, là aussi, nous nous rangeons à l'avis du Conseil des Etats selon lequel les cantons doivent pouvoir accéder à toutes les factures originales du domaine hospitalier.

Cela ne veut pas dire qu'il y aura un double contrôle. Pour les cantons qui ont des systèmes informatiques qui leur permettent de mieux piloter les coûts, ce sera un avantage. Bien sûr, nous acceptons que le droit soit inscrit dans la loi, pour ces mêmes cantons, de refuser de prendre en charge les coûts si les conditions formelles ne sont pas réunies, bien que cela pourrait figurer dans une ordonnance. On élimine en tout cas ainsi une divergence; à mon sens, elle est de peu d'importance.

Si une majorité devait maintenir la version du Conseil national, le Conseil des Etats aurait encore la possibilité d'apporter une modification susceptible d'être agréée par les cantons. Il s'agirait notamment de permettre aux cantons d'accéder au moins aux données de facturation, données essentielles pour les tâches de pilotage et de planification des cantons.

La question des hôpitaux conventionnés – article 49a alinéa 2 –, quant à elle, ne doit pas faire couler le projet. Bien qu'y étant majoritairement favorable dans un premier temps, notre groupe a pris acte de la ligne rouge fixée par la gauche et les cantons qui refusent une fragilisation de leur planification hospitalière. De plus, l'augmentation de la part des assureurs à 70 pour cent, décidée par le Conseil national, impliquerait une augmentation des primes de 150 millions de francs, selon les derniers chiffres fournis. Quant à la minorité Sauter, nous l'écartérons au motif qu'il est tout à fait possible pour la commission de travailler en parallèle à une évaluation des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine des hôpitaux conventionnés au cas où ces derniers seraient intégrés ultérieurement dans la contribution cantonale. Cela pourrait se faire sous la forme d'une motion complétant la motion 22.3372 consacrée à l'évaluation d'Efas, en particulier sous l'angle de la neutralité des coûts.

Enfin, nous soutiendrons la proposition de la majorité concernant l'entrée en vigueur de la réforme. La nouvelle formulation proposée, qui devrait obtenir l'assentiment du Conseil des Etats, est souple et réaliste, puisqu'elle exige que la transparence des coûts dans le domaine des soins soit garantie sans que l'initiative sur les soins infirmiers ne fasse l'objet d'une mise en oeuvre complète dans le délai de 7 ans.

En conclusion, ne nous laissons pas intimider par les fossoyeurs de cette réforme et leurs lignes rouges: elle est nécessaire et ambitieuse, elle nous donnera une meilleure maîtrise des coûts de notre système de santé et en aucun cas elle n'entraînera de charges supplémentaires pour les payeurs de primes.

Porchet Léonore (G, VD): Ce projet entre dans sa cinquième législature. Peut-être que nous arriverons à le terminer ces prochaines semaines, mais il donne lieu à un débat – et c'est souvent le cas au Parlement – entre l'investissement public, financé équitablement entre les capacités financières de toutes et tous au sein de la population, et les dépenses des ménages. Comme souvent, ce sont les ménages, les assurés, qui sont les perdants dans ce projet, surtout parce que nous n'avons toujours pas de primes selon le revenu, comme le groupe des Verts le demande depuis longtemps.

Il y a plusieurs minorités dont je dois vous parler, je le fais dans l'ordre des articles. Pour ce qui est des hôpitaux conventionnés, l'article 49a alinéa 2 prévoit que la

AB 2023 N 2363 / BO 2023 N 2363

rémunération des hôpitaux conventionnés ne doit pas être plus élevée que 45 pour cent de la rémunération prévue dans les conventions tarifaires avec les hôpitaux. La minorité Sauter coûterait des centaines de millions par année aux assurées et assurés et réduirait considérablement les compétences de planification hospitalière des cantons. Le groupe des Verts vous invite donc à soutenir la position de majorité à cet article, et donc de se rallier à celle du Conseil des Etats.

En ce qui concerne le calcul de la contribution cantonale, la contribution au coût par les assurés, aux articles



60 alinéa 3 et 64 et suivants, un taux de 28,6 pour cent pour la contribution cantonale est préférable. En effet, l'objectif incontesté du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) est que le traitement soit davantage effectué en ambulatoire. Les personnes qui ont aujourd'hui besoin des prestations ambulatoires, telles que les soins à domicile, paient, selon les cantons de résidence, en plus de la franchise et de la quote-part, une participation du patient qui peut aller jusqu'à plus de 8000 francs par an, ou 23 francs par jour pour les coûts des prestations de soins. Des cantons ont décidé de faire une exception et ne prélèvent pas de participation supplémentaire dans ce domaine, notamment mon canton, le canton de Vaud.

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) doit absolument – et c'est le coeur du projet – inciter les personnes à quitter les soins en hôpitaux le plus tôt possible pour rentrer chez elles, après un traitement hospitalier. Pour que cela soit possible, il faut les inciter à utiliser les services de soins à domicile et donc à ne pas devoir retourner ou rester à l'hôpital. C'est grâce aux services de soins à domicile que cela sera possible. Instaurer donc une contribution par jour fait que, pour les patients, cela coûte plus cher de rentrer chez eux que de rester à l'hôpital. Cela va donc complètement à l'encontre du projet.

Dans ce cadre, le groupe des Verts vous invite à soutenir la minorité Weichelt à cet article, subsidiairement la proposition individuelle Wettstein, aux mêmes articles, qui propose une participation intermédiaire.

Je termine avec la question de la transparence des données et le contrôle des factures. Pour vérifier comment est utilisé l'argent des contribuables et comment les cantons peuvent remplir leur mandat constitutionnel, ils doivent pouvoir accéder gratuitement, à tout moment, à l'intégralité des données de facturation. En plus, il est inimaginable qu'ils paient des factures si les conditions de prise en charge ne sont pas remplies. Les cantons doivent ainsi avoir un droit de recours contre les décisions des assureurs en matière de paiement des factures. Le groupe des Verts salue donc la décision de la commission de revenir à la version originale du Conseil des Etats, à l'article 60 alinéa 7, et vous encourage à ne pas prendre de demi-mesure dans ce domaine et donc à soutenir la majorité, à l'article 60 alinéa 7bis et 7ter, qui se rallie à la position du Conseil des Etats. Je vous remercie de suivre la position du groupe des Verts sur ces articles.

Gysi Barbara (S, SG): Die SGK-N hat vor einer Woche die Differenzen zum Ständerat in diesem Geschäft ausräumen können und sich ihm in wesentlichen Punkten in einer konstruktiven Auseinandersetzung angenähert. Namentlich auch bei den Übergangsbestimmungen wurde eine sehr tragfähige Lösung gefunden.

Zu den Minderheiten bei Artikel 49a Absatz 2 und bei den Übergangsbestimmungen zu den Vertragsspitalern: Die Kommissionsmehrheit schliesst sich dem Ständerat an und will bei den Vertragsspitalern beim Status quo bleiben. Die Minderheit Sauter will, dass der Beitrag, der über das KVG – also über die Prämien aller Prämienzahlenden – geleistet wird, von 45 auf 73,9 Prozent erhöht wird. Damit würden die Prämienzahlenden an die Behandlungen in Privatspitalern – also in Spitalern, die auf keiner Spitalliste stehen und nicht zwingend Verantwortung für Ausbildung und Grundversorgung übernehmen müssen – massiv mehr zahlen und diese "Rosinenpickerspitaler" massiv besserstellen. Aktuell würde das rund 150 Millionen Franken mehr zulasten der Prämienfinanzierung bedeuten; dieser Betrag dürfte aber wohl rasch ansteigen, weil der Anreiz der Privatspitaler, sich für die Spitalliste zu bewerben, abnehmen und damit eben auch die Spitalplanung der Kantone massiv untergraben würde. Das ist für uns inakzeptabel. Es ist eine der zentralen Differenzen, es ist eine rote Linie. Wenn Sie hier der Minderheit Sauter folgen, ist für uns klar, dass wir diese Vorlage nicht unterstützen können; wir würden sie ablehnen.

Die Minderheitsanträge Silberschmidt zu Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter lehnen wir ebenfalls ab und bitten Sie, hier der Mehrheit zu folgen. Ich denke, es ist richtig, den Kantonen diese Möglichkeiten zu geben. Es wurde gesagt, es betrifft die Kompetenzen der Kantone. Wenn die Voraussetzungen für die Kostenübernahme nicht erfüllt werden, sollen sie eine Verfügung verlangen können. Das ist für uns ein absolut legitimes und wichtiges Instrument der Kantone, um sicherzustellen, dass die finanziellen Mittel korrekt eingesetzt werden. Das ist ihr Auftrag, und sie müssen dann auch agieren können.

Bei Artikel 60 Absatz 7ter geht es um die Beschwerdemöglichkeiten der Kantone vor dem Versicherungsgericht in bestimmten Punkten. Dieses Recht ist absolut wichtig, um diese Verantwortung auch wahrnehmen zu können. Es geht darum, dass der Einsatz der öffentlichen Mittel auch kontrolliert werden kann.

Wenn Kollege Silberschmidt hierzu sagt, es sei wichtig, dem Widerstand gewisser Versicherer etwas entgegenzukommen, dann möchte ich Sie einfach bitten, hier das Fuder nicht zugunsten der Versicherer zu überladen. Es ist wirklich wichtig, dass wir hier diese Möglichkeiten für die Kantone sichern.

Zur Minderheit Weichelt, Artikel 60 Absatz 3 ff.: Es geht um den Patientenbeitrag bei der Pflegefinanzierung. Da möchten wir Sie bitten, die Minderheit Weichelt zu unterstützen. Wenn Sie das nicht tun, dann unterstützen Sie wenigstens den Einzelantrag Wettstein. Es ist wichtig, hier die Ambulantisierung, die richtig und wichtig ist, nicht zusätzlich mit Kosten für die Patientinnen und Patienten zu belasten. Wir haben ein grosses Interesse



daran, dass ambulante Behandlungen vor stationären gefördert werden. Wenn das aber für die Patienten zu zusätzlichen Kosten führen würde, dann wäre das nicht sinnvoll. Es wäre einfach eine falsche Verlagerung. Zu den Übergangsbestimmungen: Diese Bestimmungen scheinen mir sehr wichtig zu sein. Hier konnten wir eine Einigung finden, indem wir einerseits dem Ständerat, andererseits auch den Leistungserbringern, den Kantonen entgegenkommen und die fixe Inkraftsetzung des Einbezugs der Pflege nach sieben Jahren akzeptieren. Diese Einigung bietet auf der einen Seite eine gewisse Rechtssicherheit. Auf der anderen Seite ist es uns extrem wichtig, dass die Tarife auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis erarbeitet werden. Sie müssen zudem kostendeckend sein, um auch die Bedenken seitens der Pflegefachpersonen und -verbände aufzunehmen, die Pflege müsse weiterhin zu nicht kostendeckenden Tarifen arbeiten. Hier haben wir einen wichtigen Schritt gemacht, und ich denke, es ist auch gut, dass wir diesen Passus in der Kommission einstimmig beschliessen konnten. So konnten wir doch einige Bedenken ausräumen, um diese gesundheitspolitisch wichtige Vorlage auf dem weiteren Weg auch sichern zu können. Die SP-Fraktion wird sich nächste Woche noch einmal mit der Vorlage auseinandersetzen und sich dann abschliessend positionieren. Besten Dank, wenn Sie heute diesen Empfehlungen folgen.

de Courten Thomas (V, BL): Sie haben es heute Morgen bereits mehrfach gehört: Es geht hier um die Efas-Vorlage, eine der zentralsten Reformen des Gesundheitswesens, die wir in der letzten Legislatur vorange-trieben haben. Die Behandlung dieser Vorlage dauert jetzt bereits vierzehn Jahre, und wir nähern uns der Zielgeraden. Und Sie hören es auch: Es wird hier und dort von roten Linien gesprochen. Ich denke, es ist zentral, dass wir uns bei diesen Differenzen auf einen gutschweizerischen Kompromiss einigen können. Denn auch wir in unserer Fraktion werden, wie Frau Gysi es vorhin gesagt hat, am Ende, wenn die Differenzen be-reinigt sind, vor der Schlussabstimmung am nächsten Freitag eine

AB 2023 N 2364 / BO 2023 N 2364

Schlussbetrachtung machen und dann auch unsere Position definieren, dass wir das möglichst über die Run-den bringen.

Bei den Differenzen, die jetzt noch bestehen, geht es einerseits um die Rechnungskontrolle, die wir auch schon mehrfach in diesem Saal diskutiert haben. Wir auf unserer Seite wollten immer vermeiden, dass es eine doppelte Rechnungskontrolle gibt, sowohl eine Kontrolle vonseiten der Versicherer als auch eine vonseiten der Kantone. Wir haben hierzu in der Kommission einen Weg gefunden und beantragen, dass die Spitäler und die Kantone die Rechnungen, die sie bisher schon hatten, auch weiter zur Verfügung haben, damit sie ihre Aufgaben in der Spitalplanung, in der Versorgungssicherung und in der Zulassung entsprechend wahrnehmen können. Sie üben aber nicht die eigentliche Rechnungskontrolle aus. Diese soll bei den Versicherern bleiben. Ich denke, das ist eine vernünftige Lösung.

Die Frage der Pflegebeiträge ist für uns klar. Wir sind der Meinung, dass sie bestehen bleiben sollen. Letztlich geht es um die Frage der sozialen Ausrichtung dieser Vorlage: Wollen wir mit der Abschaffung der Pflege-beiträge auch diejenigen begünstigen, die es gar nicht nötig hätten, oder wollen wir das System mit den Ergänzungsleistungen beibehalten, das bisher auch funktioniert hat?

Bei der Frage der Vertragsspitäler sind wir nach wie vor der Meinung, dass wir eigentlich am Beschluss des Nationalrates festhalten und die Spitäler gleich behandeln sollten.

Beim Inkrafttreten ist unser entscheidendes Anliegen, dass wir dann die finanzielle Situation, die Strukturen und Tarife kennen, die mit der Pflegefinanzierung in dieses System integriert werden sollen. Deshalb brauchen wir die Übergangslösung, so wie sie jetzt auch von der Kommission definiert ist. Wir haben dort immerhin darauf verzichtet, dass die vollständige Umsetzung der Pflege-Initiative noch explizit genannt wird. Wir streben selbstverständlich an, den Volkswillen zu respektieren, aber in dieser expliziten Form, wie sie der Nationalrat in der letzten Version noch drin hat, ist es in der Umsetzung sehr schwierig.

Deshalb bitten wir Sie, die Vorlage in diesem Sinne voranzutreiben und die Differenzen zu bereinigen.

Berset Alain, président de la Confédération: Ce matin, vous avez une dernière possibilité de vous exprimer sur ce projet, avant une possible conférence de conciliation. J'aimerais vous inviter, concernant tous les points en discussion, à suivre la majorité de votre commission. Il existe une proposition individuelle Wettstein, dont je vous parlerai, avec laquelle nous pourrions également très bien vivre.

Le point le plus important est sans conteste celui qui concerne les hôpitaux conventionnés. Aujourd'hui, vous le savez, les hôpitaux conventionnés sont financés par l'assurance obligatoire des soins à hauteur de maximum 45 pour cent. Selon votre conseil, dans la dernière discussion, cette part de financement passerait de 45 à 71,4 pour cent. En parallèle, le Conseil des Etats s'est montré deux fois très clair, en étant unanime sur cette



question, et en proposant que le financement des hôpitaux conventionnés soit maintenu, comme cela est le cas aujourd'hui – on n'y changerait rien –, à 45 pour cent. C'est une position que le Conseil fédéral soutient.

Il ne s'agit pas tellement, avec cela, de renforcer la concurrence entre hôpitaux publics et privés, parce que la très grande majorité des hôpitaux privés sont des hôpitaux répertoriés sur les listes de planification hospitalière cantonale et ce ne sont pas des hôpitaux conventionnés. Les hôpitaux conventionnés, eux, n'ont pas les mêmes conditions et les mêmes obligations à remplir. Si on mettait donc le même taux de subventionnement avec des conditions différentes, on ne faciliterait pas la concurrence: on la fausserait. C'est exactement ce que nous souhaitons éviter.

Pour la deuxième fois maintenant, la majorité de votre commission vous propose de suivre le Conseil des Etats, unanime sur ce point, ce que soutient également le Conseil fédéral. J'aimerais vraiment vous inviter à ne pas toucher à cette question du financement des hôpitaux conventionnés et de laisser cela à 45 pour cent. J'insiste sur ce point, parce qu'il y a une minorité et qu'il y aura naturellement un vote très important à ce sujet. Ce n'est pas seulement un vote très important pour ne pas fausser la concurrence et pour ne pas affaiblir aujourd'hui la planification hospitalière. C'est aussi un point très important, puisque, comme il s'agirait d'un affaiblissement de la planification hospitalière, on doit s'attendre, en cas de victoire de la minorité de votre commission, à une opposition vraiment frontale et complète des cantons, qui ne seront pas d'accord avec cela. On devrait également s'attendre à une augmentation directe des primes de 100 à 150 millions de francs. Si vous ne suivez pas la majorité, cela signifie aussi accepter une augmentation des primes d'environ 100 à 150 millions de francs par année d'un coup, qui s'ajouterait à toutes les autres difficultés que nous avons déjà dans ces questions de financement.

J'aimerais donc vous inviter – avec un peu d'insistance, mais c'est le point le plus important – à suivre sur ce point la majorité de votre commission.

J'en viens maintenant aux autres points. Un deuxième sujet concerne la contribution des patients aux prestations de soins. Là aussi, il existe – ou il existait – une divergence entre vos conseils, qui avait des conséquences importantes pour les cantons en matière de coûts, puisque l'une coûtait simplement 500 millions de francs de plus environ aux cantons – c'était la proposition du Conseil national. Le Conseil des Etats, naturellement, ne l'entend pas de cette oreille. Votre commission propose maintenant de rejoindre le Conseil des Etats: on passerait donc de 500 millions de coûts pour les cantons à 0, si on veut le dire ainsi. Une proposition individuelle Wettstein propose de ne pas faire passer de 500 millions à 0, mais de 500 millions à 60 millions. C'est presque dix fois moins. Il nous semble donc que cela est une proposition individuelle qui pourrait ne pas poser de problèmes – en tout cas de ne pas poser les problèmes que nous avons et que le Conseil des Etats avait avec la majorité de votre conseil la dernière fois.

J'aimerais donc ici vous inviter à ne pas suivre la minorité Weichelt, parce qu'elle demande de garder cette facture de 500 millions pour les cantons, mais de suivre la majorité de votre commission, tout au plus, et si vous le souhaitez avec la proposition individuelle Wettstein, avec laquelle nous pouvons vivre.

J'aimerais terminer encore sur un dernier point qui concerne l'intégration des prestations de soins. Je le mentionne ici en sachant que ce point n'est pas débattu ce matin. Il y a une précision importante que je dois faire, et que je souhaite faire, dans les deux conseils, pour le débat.

Votre commission a décidé, à l'unanimité, de faire entrer en vigueur l'intégration des prestations de soins après sept ans. Cette question est maintenant réglée et je souhaite préciser ici qu'il est absolument clair que le Conseil fédéral consultera tous les acteurs concernés avant que cette disposition – ce pas important – soit mise en oeuvre. Je souhaite qu'il n'y ait aucun doute sur le fait que l'ensemble des acteurs concernés seront entendus, en bonne et due forme, dans les règles que nous connaissons pour ce genre de consultation dans notre pays, avant toute mise en oeuvre de l'intégration des soins dans le projet, au bout de sept ans.

Je vous invite donc à suivre pour la totalité, la majorité de votre commission.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je répète ce que tout le monde a dit. Nous sommes donc dans le financement moniste des prestations de soins. Encore une fois, pour rappel, il s'agit ici d'introduire le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires dans le secteur de la santé, un projet serpent de mer qui arrive à son terme lors de la session en cours, un projet appelé de ses vœux par l'ensemble des experts du domaine de la santé, et qui n'est pas terminé encore aujourd'hui, puisqu'un référendum a déjà été annoncé. Nous sommes ici au traitement des divergences.

Pour rappel, nous avons traité le dossier au Conseil national pour la première fois le 26 septembre 2019, dans l'avant-dernière législature; puis, il a été traité le 1er décembre 2022 au



Conseil des Etats; ensuite le 13 septembre 2023 au Conseil national, ici même; le 6 décembre 2023, il y a eu une décision du Conseil des Etats; le 7 décembre 2023, il a été traité dans la commission du Conseil national. Il reste encore six divergences que nous traitons aujourd'hui. La première concerne le besoin des cantons en matière de données et le contrôle des factures. L'article 21 concerne les données que reçoivent les cantons. Le Conseil des Etats a décidé d'octroyer l'accès aux données de manière agrégée, mais aussi, dans des cas exceptionnels, aux données individuelles concernant les patients. Votre commission s'est ralliée à la Chambre des cantons sur ce point, sans opposition.

De même, la commission a décidé de rejoindre le Conseil des Etats à l'article 60 alinéa 7, qui prévoit que les cantons peuvent accéder gratuitement aux données des factures pour les prestations hospitalières. A l'inverse, aux alinéas 7bis et 7ter, le Conseil des Etats prévoit les procédures en cas de litige, soit un devoir d'information, puis une voie de recours. Sur ce point-là, la commission, si elle a suivi le Conseil des Etats, n'a pas été unanime. Contrairement à la version des Etats, le paquet a ainsi été divisé en deux parties. Une première concerne l'information, une seconde concerne le traitement du litige. Seul ce dernier point fait l'objet encore d'une minorité Silberschmidt.

Sur ce point, la majorité s'est ralliée au Conseil des Etats, estimant qu'une voie de recours et une voie de litige devaient être ouvertes et que c'était l'objet même de la procédure qui était en jeu. Par 17 voix contre 8, la majorité vous invite à rejeter la minorité Silberschmidt.

A l'article 42 alinéa 3, il s'agit d'un point de détail. Le droit en vigueur a évolué durant nos délibérations et le Conseil des Etats a mis à jour la loi. La CSSS-N a accepté cette modification sans opposition et il n'y a pas de minorité.

La troisième divergence concerne la question de la rémunération des prestations fournies dans les hôpitaux conventionnés – les "Vertragsspitäler", en allemand –, la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et les conséquences qui en découlent. Sur ce point, nous avons une divergence importante concernant le financement des hôpitaux conventionnés. Actuellement, les hôpitaux qui ne figurent pas sur les listes hospitalières peuvent bénéficier de la part versée par l'assurance obligatoire des soins avec laquelle ils ont fixé un accord, soit 45 pour cent du tarif. Avec le nouveau système, nous avons débattu ici l'idée d'adapter cette part dès lors que le taux augmente jusqu'à environ 75 pour cent. Dans un premier temps, le Conseil national a accepté d'augmenter cette part lors des débats. Le Conseil des Etats, de son côté, s'y est opposé et a décidé de maintenir sans opposition la part de financement actuelle, soit 45 pour cent.

L'idée derrière la solution du Conseil des Etats est la suivante: pour les hôpitaux conventionnés, il ne doit y avoir ni amélioration ni détérioration par rapport au statu quo; aujourd'hui, ces hôpitaux conventionnés sont financés à 45 pour cent par les primes et à 0 pour cent par les cantons, et il en serait de même demain avec sa solution. Pour le Conseil des Etats, améliorer la situation des hôpitaux conventionnés entraînerait des coûts supplémentaires pour les payeurs de primes. On augmenterait le pourcentage de 45 à environ 75 pour cent, ce qui entraînerait indubitablement des coûts supplémentaires de l'ordre de 100 à 150 millions de francs pour les primes d'assurance-maladie. Il existe un grand risque d'augmentation supplémentaire du volume avec le temps, car les assurances complémentaires deviendraient plus attrayantes.

Pour la majorité, le renforcement des hôpitaux conventionnés porte également atteinte à la planification hospitalière cantonale. Les hôpitaux – qu'ils soient publics ou privés – peuvent proposer des prestations s'ils remplissent certaines conditions. Les hôpitaux conventionnés ne doivent respecter aucune condition. Si les hôpitaux qui n'ont pas de convention à respecter – par exemple ceux qui n'ont pas de service d'urgence et qui ne doivent pas accueillir de patients – sont renforcés, la compétence des cantons pour fixer de telles conditions est sapée.

La proposition de minorité Sauter propose de nous en tenir à la version du Conseil national et d'augmenter la part dévolue aux hôpitaux conventionnés. Elle considère que cette formule permet de favoriser la concurrence et d'assurer l'égalité de traitement. Cette formule, qui s'additionne au chiffre III alinéa 10, aboutit à une version qui impose au Conseil fédéral de suivre l'évolution des coûts et de prendre des mesures en cas d'évolution disproportionnée. La version du Conseil des Etats a été soutenue in fine, par 13 voix contre 11 et 1 abstention. L'ajout proposé par Mme Sauter n'a pas non plus été soutenu, par le même résultat.

La quatrième divergence concerne la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et ses conséquences. Le financement des soins est assuré par trois acteurs: l'assurance obligatoire des soins – c'est-à-dire les payeurs de primes –, les cantons et la contribution résiduelle qui est à charge des patients. Nous avons débattu ici, lors de notre dernière session, de supprimer la contribution des patients. La majorité du Conseil national proposait de faire ainsi, augmentant d'autant la contribution des cantons, qui était estimée à 500 millions de francs à charge des cantons selon l'administration. Le Conseil des Etats n'a pas suivi le Conseil national et propose de maintenir cette participation privée, estimant que nous risquions de rendre le



projet plus difficile à défendre au yeux des cantons et de charger la barque, comme on dit. La majorité de la commission a finalement soutenu la proposition du Conseil des Etats, par 15 voix contre 10. Je souligne qu'il y a encore, sur ce point, une proposition individuelle Wettstein qui vise à supprimer la participation des soins uniquement concernant le secteur ambulatoire. Si nous n'avons pas pu discuter de ce projet, je tiens à vous dire que selon les informations reçues de l'administration, cette proposition de minorité coûterait 60 millions de francs selon la base 2016–2019, et non 500 millions conformément à la proposition de minorité. Enfin, la sixième et dernière divergence concerne l'entrée en vigueur du projet d'intégration des soins. Le Conseil national proposait que l'entrée en vigueur suive celle de l'initiative sur les soins infirmiers. Le Conseil des Etats ne nous a pas suivis. La commission, unanimement, propose de maintenir cette divergence.

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: Guten Morgen, Herr Bundespräsident, es freut mich, dass wir beim letzten direkten Aufeinandertreffen genau auf der Linie sind. Wir empfehlen hier nämlich genau wie Sie, dass der Rat überall der Mehrheit folgt.

Es liegt bei Differenzbereinigungen in der Natur der Sache, dass man dazu appelliert, aufeinander zuzugehen, dass man versucht, eine Einigungskonferenz zu vermeiden, und dass man auch damit argumentiert, dass man die Arbeit abschliessen sollte. Das ist eigentlich üblich. Aber heute befinden wir uns wirklich ein bisschen in einer anderen Dimension, zum einen, was die Dauer der Behandlung dieses Geschäfts anbelangt, zum andern, was die Bedeutung dieses Geschäfts anbelangt. Entscheidend ist nicht nur die Tatsache, dass wir nun, wie heute schon mehrfach gehört, vierzehn Jahre und Hunderte von Stunden an dieser Vorlage gearbeitet haben, sondern auch die Tatsache, dass man weitherum der Meinung ist, es handle sich um den bedeutendsten Reformschritt im Gesundheitswesen seit der Einführung des KVG. Dessen sollten wir uns, glaube ich, bewusst sein, und wir sollten wirklich mit der Absicht in diese Debatte gehen, die lange, lange Geschichte zu einem einigermaßen guten Ende zu bringen.

Es geht auch um eine Ersparnis. Die Monismusvorlage wurde lanciert, um Kosten zu dämpfen. Wie hoch diese Ersparnis ist, da gehen die Meinungen auseinander. Aber die Mehrheit glaubt nicht, dass wir es uns leisten können, gleich zu Beginn der neuen Legislatur die erste einigermaßen konkrete Massnahme im Gesundheitswesen nach so vielen Jahren zu versenken.

Wichtig zu wissen ist auch – und dessen sollten wir uns bewusst sein –, dass ein erstes grosses Aufeinander-Zugehen erfolgte, als die Kommission des Nationalrates, die SGK-N, und der Rat auf die Forderung der Kantone einlenkten, auch

AB 2023 N 2366 / BO 2023 N 2366

die Pflege in diese Vorlage zu integrieren. Seither haben die Diskussionen wieder einige Jahre gedauert. Ich glaube, die Phase der roten Linien ist in diesem Geschäft vorbei; sie sind fehl am Platz.

Selbstverständlich haben wir in der Kommission letzte Woche zum wiederholten Mal die Frage des Patientenbeitrags diskutiert. Mein Kollege Nantermod hat Ihnen die Stimmenverhältnisse zu jeder Differenz angegeben. Wir haben auch die Frage der Finanzierung der Vertragsspitäler diskutiert. Bei der Inkraftsetzung und der Umsetzung haben wir eine Lösung gefunden, die zwar nicht genau der Haltung des Ständerates entspricht, aber doch ein Einlenken bedeutet. Wir haben auch Signale aus dem Ständerat, dass diese Inkraftsetzungs- und Umsetzungslösung akzeptiert würde.

Ein weiterer Punkt, der in die Kategorie "rote Linien" fiel, war die Rechnungskontrolle. Hier gibt es sehr viele gute Gründe, weshalb nicht noch eine Rechnungskontrolle bei den Kantonen eingeführt werden sollte. Aufgrund der Tatsache aber, dass wir nicht von einer WZW-Kontrolle, sondern eher von einer formellen Kontrolle sprechen, welche die Kantone durchführen, hat sich die Kommission hier in der Mehrheit dazu durchgerungen, die doppelte Rechnungskontrolle zu akzeptieren.

Warum ist es in der Kommission nun so herausgekommen, dass wir bei fünf von sechs Differenzen auf die Position des Ständerates einschwenken? Normalerweise macht man etwa halbe-halbe bei den Differenzen und hat dann noch ein Pfand für die Einigungskonferenz. Wir müssen uns aber eines bewusst sein, und das ist das Spezielle an der Vorlage: Hier ist nicht zu Unrecht die Haltung der Kantone und damit natürlich auch des Ständerates entscheidend, weil die Kantone mit der Einführung der gleichen Finanzierung für ambulante und für stationäre Leistungen eine neue Zahlungsverantwortung haben. Daraus resultiert natürlich auch ein Bedarf an Steuerung und Mitsprache. Deshalb ist es in diesem Fall – das ist nicht immer so – tatsächlich gut, wenn wir auf die Positionen des Ständerates einschwenken, und das hat Ihre Kommission gemacht.

In einem Punkt, das betrifft die Bedingungen für die definitive Umsetzung respektive Inkraftsetzung und Integration der Pflege-Initiative, haben wir die Differenz, die noch vorhanden war, modifiziert in einem Sinne, der



auch für den Ständerat tragbar sein sollte.

Zum Einzelantrag Wettstein: Selbstverständlich wurde auch die Frage des Patientenbeitrags noch einmal einlässlich diskutiert, wir haben dies auch hier schon gemacht. Wir sind leider einfach nicht mehr in der Phase, in der wir die Vorlage noch mit Einzelanträgen abändern und darauf hoffen können, dass dies im Ständerat dann auch noch akzeptiert wird. Wir sind in dieser Vorlage einfach ein bisschen gefangen zwischen den beiden Kammern. Wir haben den Einzelantrag Wettstein in der Kommission natürlich noch nicht behandelt. Ich gehe aber davon aus, dass die Mehrheit der Kommission ihn im Sinne des Ganzen und im Sinne der Bereinigung ablehnen würde. Nebenbei sind mit diesem Antrag natürlich auch wieder 60 Millionen Franken Kosten zulasten der Kantone verbunden.

Kurz und gut: Ich glaube, dass wir uns – und das gilt für jede Fraktion – etwas gut überlegen sollten. Es gibt Punkte, wir haben es vorhin gehört, bei denen man sagt, wenn die so kommen oder angenommen werden, dann helfen wir nicht mehr mit. Dieses Spiel sollten wir nicht mehr spielen. Wir sollten auch nicht mit dem Referendum drohen. Ich frage mich übrigens auch, wie ein Referendum erklärt werden sollte, falls es denn ergriffen würde. Das sind Drohgebärden, die wir nicht brauchen. Es ist nicht der richtige Zeitpunkt für ein Versenken, es ist nicht der richtige Zeitpunkt für ein Drohen mit dem Referendum, und es ist nicht mehr der richtige Zeitpunkt für rote Linien. Ich glaube, wem es ernst ist damit – und das muss sich jeder, jede Einzelne und jede Fraktion hier überlegen –, dass wir diese lange Geschichte zu einem einigermaßen akzeptablen Ende bringen, der oder die muss hier einige Kröten schlucken, auch wenn die Krötenzahl im Nationalrat ein bisschen grösser ist als im Ständerat. Aber hier, glaube ich, ist es das wert.

Deshalb bitte ich Sie im Namen der Kommission, überall der Mehrheit zu folgen.

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Ich gratuliere unserem Kollegen Kilian Baumann ganz herzlich zu seinem Geburtstag. Alles Gute! (*Beifall*)

Art. 21 Abs. 2 Bst. d; 42 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 21 al. 2 let. d; 42 al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Maintenir

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer III Absatz 10.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27857)

Für den Antrag der Mehrheit ... 101 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 90 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Art. 60

Antrag der Mehrheit

Abs. 3, 3bis, 7, 7bis, 7ter

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 3

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Silberschmidt, Aellen, Aeschi Thomas, de Courten, Nantermod, Sauter)

Abs. 7bis, 7ter

Festhalten

Antrag Wettstein

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 27,4 Prozent.

Schriftliche Begründung

Es ist das unbestrittene Ziel von Efas, dass Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden. Personen, die heute auf ambulante Leistungen wie Spitex angewiesen sind, zahlen je nach Wohnkanton nebst der Franchise und dem Selbstbehalt zusätzlich noch eine Patientenbeteiligung von bis zu rund 8500 Franken pro Jahr oder 23 Franken pro Tag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Ausnahmen sind einzig die Kantone FR, NE, TI, VD und VS, welche in diesem

AB 2023 N 2367 / BO 2023 N 2367

Bereich nicht noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung erheben. Mit Efas muss der Anreiz gesetzt werden, dass Personen nach einer Behandlung früher aus dem Spital nachhause gehen und Spitex nutzen können oder aber dank Spitex gar nicht ins Spital eintreten müssen. Ein Tagespflegebeitrag, den die Patientin, der Patient selber zahlen muss, wirkt dem entgegen und führt zur unnötigen Verteuerung der gesamten Behandlung.

Art. 60

Proposition de la majorité

Al. 3, 3bis, 7, 7bis, 7ter

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 3

Maintenir

Proposition de la minorité

(Silberschmidt, Aellen, Aeschi Thomas, de Courten, Nantermod, Sauter)

Al. 7bis, 7ter

Maintenir

Proposition Wettstein

Al. 3

... Ce taux se monte à 27,4 pour cent au moins.





Abs. 3 – Al. 3

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 64 Absätze 5bis, 5ter und 8, Ziffer III Absatz 8 sowie Ziffer IV Absatz 3 Buchstabe b und Absatz 4 Buchstabe b.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27858)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag Wettstein ... 73 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27859)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 73 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7bis, 7ter – Al. 7bis, 7ter

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27860)

Für den Antrag der Mehrheit ... 135 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 54 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 64 Abs. 5bis, 5ter, 8

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)
Festhalten

Art. 64 al. 5bis, 5ter, 8

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)
Maintenir

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 8

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Abs. 10

Der Bundesrat evaluiert die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der Vertragsspitäler und -geburtshäuser gemäss Artikel 49a frühestens fünf Jahre nach der Einführung der neuen Prozentsätze für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 3. Er hört dazu insbesondere die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer an. Stellt er eine überdurchschnittliche Kostenentwicklung fest, schlägt er Massnahmen zur Kostendämpfung in diesem Bereich vor.

Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 8

Maintenir

Proposition de la minorité

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Al. 10

Le Conseil fédéral évalue l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés selon l'article 49a au plus tôt cinq ans après l'introduction des nouveaux taux de la contribution cantonale selon l'article 60 alinéa 3. A cet effet, il consulte notamment les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations. S'il constate une évolution des coûts supérieure à la moyenne, il propose des mesures visant à maîtriser les coûts dans ce domaine.

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 49a Absatz 2 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

AB 2023 N 2368 / BO 2023 N 2368

Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 3 Bst. b

b. ... dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

Abs. 4 Bst. b

b. ... dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.



Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 3 Bst. b

b. ... sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: ...

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 3 let. b

b. ... , au 1er janvier. Les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Al. 4 let. b

b. ... au 1er janvier. Les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 7 lettre b ...

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 7 lettre b ...

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Différences – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Ziff. IV Abs. 3 Bst. b, 4 Bst. b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. IV al. 3 let. b, 4 let. b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wie gesagt, wir haben noch eine verbleibende Differenz. Der Nationalrat hat letzte Woche, am 14. Dezember 2023, die verbleibenden Differenzen behandelt. Sie erinnern sich, wir hatten noch fünf Differenzen. Der Nationalrat hat sich in den meisten Punkten den Beschlüssen des Ständerates angeschlossen. Bei folgenden Punkten, die wir bereits in Ihrem Rat so beschlossen hatten, besteht jetzt, nach dem Entscheid des Nationalrates, keine Differenz mehr:

Es ist erstens der Datenbedarf der Kantone und der Rechnungskontrolle, gemäss Artikel 21 Absatz 2 Buchstabe b und Artikel 60 Absatz 7. Sie können sich erinnern: Artikel 21 Absatz 2 Buchstabe b betrifft die aggregierten Daten, die ausgetauscht werden, und bei Artikel 60 Absatz 7 geht es um die Rechnungen, die man für stationäre Massnahmen weiterhin den Kantonen zuweist. Das haben wir so angenommen, und das hat jetzt auch der Nationalrat ohne Gegenantrag angenommen. Artikel 21 und Artikel 60 Absatz 7 hat er ohne Gegenantrag angenommen. Bei Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter, das sind die Rechnungen für die stationäre Versorgung, ist der Nationalrat unserem Konzept mit 135 zu 54 Stimmen gefolgt, also relativ klar.





Der zweite Punkt betrifft redaktionelle Anpassungen: Der Nationalrat ist uns ohne Gegenantrag gefolgt. Der dritte Punkt betrifft die Vertragsspitäler. Sie erinnern sich, es geht um 45 oder 75 Prozent Vergütung. Auch da ist der Nationalrat unserem Rat – etwas knapper, mit 101 zu 90 Stimmen bei 2 Enthaltungen – gefolgt. Es bleibt also bei 45 Prozent Vergütung für die Vertragsspitäler, es besteht keine Differenz mehr. Auch die Abschaffung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen haben wir lange diskutiert. Auch hier ist der Nationalrat unserem Beschluss mit 121 zu 73 Stimmen gefolgt. Das heisst, es gibt keine Befreiung vom Patientenbeitrag, aber natürlich wie bis anhin einen Höchstbetrag. Auch bei der periodischen Prüfung des Mindestprozentsatzes des Kantonsbeitrages gemäss Artikel 60 Absatz 3bis ist der Nationalrat unserem Rat ohne Gegenantrag gefolgt. Es verbleibt somit eine einzige Differenz, nämlich zur Frage des Zeitpunkts des Inkrafttretens des Einbezugs der Pflege in die einheitliche Finanzierung und der daran geknüpften Bedingungen. Das wird in Ziffer IV Absatz 3 Buchstabe b und Absatz 4 Buchstabe b geregelt. Unser Rat hat sich am 6. Dezember für ein fixes Inkrafttreten nach sieben Jahren ausgesprochen. Es gab dazu eine Minderheit Hegglin Peter, die Bedingungen festschreiben und das Inkrafttreten nach sieben Jahren an das Erfüllen dieser Bedingungen knüpfen wollte. Der Nationalrat hat im Sinne eines Kompromisses ohne Gegenantrag eine neue Formulierung beschlossen. Sie beinhaltet ein fixes Inkrafttreten nach sieben Jahren, aber mit der Ergänzung, dass die Vertragspartner sicherstellen, dass einheitliche und, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung anfallenden Kosten, kostendeckende Tarife vorliegen. Das ist eine Mischung aus dem Minderheitsantrag Hegglin Peter und zwei weiteren Anträgen in der nationalrätlichen SGK. Ihre Kommission hat diese Ausgangslage am gleichen Tag des nationalrätlichen Beschlusses, also am 14. Dezember 2023, beraten. Sie hat diese letzte Differenz ebenfalls bereinigt, indem sie Sie einstimmig bittet, hier dem Nationalrat zu folgen und damit die letzte Differenz zu bereinigen. Damit wäre die Vorlage für die Schlussabstimmung bereit. Wichtig war Ihrer Kommission, dass der Einbezug der Pflege zeitlich klar festgelegt ist, eben auf sieben Jahre. Dem Nationalrat und der Minderheit Hegglin Peter kommen wir insofern entgegen, als einheitliche Tarife und transparente Kosten die Voraussetzung für die Einführung dieses Einbezugs sind und dies klar im Gesetz festgehalten wird. Ich bitte Sie im Namen der Kommission, die Differenz so zu bereinigen.

Amherd Viola, Bundesrätin: Das zuständige Departement wünscht, dass hier noch zuhanden des Amtlichen Bulletins eine Aussage seitens des Bundesrates erfolgt. Ich mache das gerne.

Comme cela a déjà été souligné à plusieurs reprises ces dernières semaines, nous voici à la fin de discussions qui ont duré plus d'une décennie. Après d'intenses débats et recherches de solutions, un compromis viable et sensé pour ce projet central a été trouvé. Il ne subsiste actuellement, on l'a entendu, plus qu'une seule divergence avec le Conseil national. Votre commission vous recommande de suivre ici le Conseil national et ainsi d'éliminer cette divergence. Aucune proposition de minorité n'a été déposée par votre commission, qui a éliminé la dernière divergence restante à l'unanimité.

Je me dois encore de préciser un point concernant l'entrée en vigueur de l'intégration des prestations de soins. Il est prévu que les acteurs conviennent de tarifs reposant sur des coûts et des données transparentes et que les conditions légales soient remplies, notamment que les tarifs couvrent les coûts nécessaires à une fourniture efficiente de prestations. Cette disposition transitoire ne change rien aux dispositions de la LAMal en matière de tarifs. Les tarifs devront être déterminés en fonction de la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation de manière efficiente, comme le prévoit l'article 43 LAMal. Pour le Conseil fédéral, cet ajout constitue une invitation à veiller au respect des conditions légales déjà existantes et inchangées. Malgré le fait qu'aucune consultation ne soit explicitement prévue, il est clair que le Conseil fédéral consultera, avant l'entrée en vigueur, les acteurs concernés.

Je vous invite à suivre votre commission de manière à éliminer la dernière divergence et à permettre au vote final d'avoir lieu.

Angenommen – Adopté

AB 2023 S 1191 / BO 2023 E 1191

Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin): Damit sind alle Differenzen bereinigt. Die Vorlage ist bereit für die Schlussabstimmung.





09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Schlussabstimmung – Vote final

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)**

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/28018)

Für Annahme des Entwurfes ... 141 Stimmen

Dagegen ... 42 Stimmen

(15 Enthaltungen)





09.528

**Parlamentarische Initiative
Humbel Ruth.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.
Einführung des Monismus**

**Initiative parlementaire
Humbel Ruth.
Financement moniste
des prestations de soins**

Schlussabstimmung – Vote final

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.12.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.12.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)**

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; 09.528/6305)
Für Annahme des Entwurfes ... 42 Stimmen
Dagegen ... 3 Stimmen
(0 Enthaltungen)

AB 2023 S 1291 / BO 2023 E 1291





Ablauf der Referendumsfrist: 18. April 2024

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Änderung vom 22. Dezember 2023

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates vom 5. April 2019¹
und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019²,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994³ über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 16 Abs. 3^{bis}

^{3bis} Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.

Art. 18 Abs. 2^{sexies}, 2^{octies} und 5 erster Satz

^{2sexies} Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an dem die Kantone angemessen zu beteiligen sind.

^{2octies} Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.

1 BBl 2019 3499
2 BBl 2019 5725
3 SR 832.10

⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2, 2^{sexies} und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. ...

Art. 21 Daten der Versicherer

¹ Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG und den Kantonen regelmässig die für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:

- a. dem BAG zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;
- c. dem BAG zur Evaluation des Risikoausgleichs;
- d. den Kantonen zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen.

³ Das BAG und die Kantone sind dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

⁴ Das BAG stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

⁵ Der Bundesrat erlässt unter Einbezug der Kantone und der Versicherer nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten nach Absatz 1 unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

Art. 25a

Aufgehoben

Art. 33 Abs. 2^{bis} und 2^{ter}

^{2bis} Bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen berücksichtigt er den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benö-

tigen. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können.

^{2ter} Er regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs und die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und den Pflegefachpersonen.

Art. 41 Abs. 1 erster Satz, 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}–2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4 zweiter–vierter Satz

¹ Die Versicherten können für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. ...

^{1^{bis}} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:

- a. höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt;
- b. höchstens nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:
 1. ein Notfall vorliegt, oder
 2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

^{1^{ter}} Absatz ^{1^{bis}} mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

^{2^{bis}} Absatz ^{1^{bis}} gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

- a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;
- b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthaltserinnen und von Kurzaufhaltern und Kurzaufhalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

^{2^{ter}} Bei Versicherten nach Absatz ^{2^{bis}} gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

^{2^{quater}} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton des Leistungserbringers gilt.

³ und ^{3bis} *Aufgehoben*

⁴ ... Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3

² ... Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, die Vergütung.

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des *Tiers payant* muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 47a Sachüberschrift, Abs. 1, 3-5 und 7

Organisationen für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen
und für Pflegeleistungen

¹ Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen je eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen einerseits für ambulante ärztliche Behandlungen sowie andererseits für Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, zuständig ist. Die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in den Organen der Organisation, die für die sie betreffende Tarifstruktur verantwortlich ist, vertreten sein.

³ Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie für die Kantone ein.

⁴ Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie die Kantone nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung einer Organisation einigen, so legt der Bundesrat diese nach Anhörung der interessierten Organisationen fest.

⁵ Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet, den Organisationen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen notwendig sind.

⁷ Die von den Organisationen erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.

Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen
und für Pflegeleistungen

¹ Die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisationen nach Artikel 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf Verlangen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Aufgaben nach den Artikeln 43 Absätze 5 und 5^{bis}, 46 Absatz 4 und 47 notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

² Bei einem Verstoß gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 1 kann das EDI oder die zuständige Kantonsregierung gegen die betroffenen Leistungserbringer und deren Verbände, gegen die Versicherer und deren Verbände sowie gegen die Organisationen nach Artikel 47a Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

Art. 47c Abs. 2^{bis}, 3 erster Satz, 5 erster Satz und 7

^{2^{bis}} Massnahmen nach Absatz 1, die Pflegeleistungen betreffen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, sind in gesamtschweizerisch geltende Verträge zu integrieren.

³ Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2^{bis} sind der nach ihrem Geltungsbereich zuständigen Behörde zur Genehmigung zu unterbreiten. ...

⁵ Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2^{bis} legen die von den Leistungserbringern und den Versicherern nicht beeinflussbaren Faktoren fest, die eine Erhöhung der Mengen und der Kosten erklären können, insbesondere medizin-technischer Fortschritt und soziodemografische oder politische Entwicklungen. ...

⁷ Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht auf die Integration der Massnahmen in Verträgen nach Absatz 2^{bis} einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser

¹ Mit Spitalern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1^{bis} sind, aber die Voraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen.

² Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1.

Art. 50 Kostenübernahme für Pflegeleistungen, die ambulant
oder von einem Pflegeheim erbracht werden

¹ Der Versicherer übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a erbracht werden:

- a. von einem Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d^{bis} 4 oder e;
- b. von einem Pflegeheim.

² Die Leistungserbringer nach Absatz 1 verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese Instrumente beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung sowie im Fall der Pflegeheime auch die für Betriebsvergleiche und die Planung notwendigen Daten.

³ Der Bundesrat legt für die Leistungserbringer nach Absatz 1 jeweils eine einheitliche Struktur für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik fest.

⁴ Es sind schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, insbesondere zu Kosten und Ergebnisqualität, durchzuführen. Die Pflegeheime und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Durchführung der Betriebsvergleiche regeln. Er veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

⁵ Die Leistungserbringer nach Absatz 1 sind verpflichtet, ihre Kostenrechnung und Leistungsstatistik sowie die dazugehörigen Unterlagen zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Tarifvertragsparteien und die für die Tarifvertragsgenehmigung und die Tariffestsetzung zuständigen Behörden.

Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz

¹ ... Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 bleibt vorbehalten.

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

- a. erlässt das EDI:
 3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, die nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;

⁴ BBl 2022 3205

*Einfügen vor dem Gliederungstitel des 6. Abschnitts***Art. 55b** **Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35
Absatz 2 Buchstaben b–g und m**

¹ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

² Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

*Gliederungstitel vor Art. 60***5. Kapitel: Finanzierung****1. Abschnitt: Kantonsbeitrag****Art. 60** **Berechnung**

¹ Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz. Jeder Kanton entrichtet dazu einen Kantonsbeitrag.

² Massgebend für die Berechnung des Kantonsbeitrags sind die Kosten der Leistungen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.
- b. Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz für folgende Personen erbracht werden:
 1. Versicherte, die im betroffenen Kanton wohnen; bei einem Wohnsitzwechsel innerhalb der Schweiz ist der Kanton massgebend, in dem die versicherte Person zu Beginn eines Monats ihren Wohnsitz hat;
 2. Versicherte nach Artikel 41 Absatz 2^{bis}, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und bei denen der betroffene Kanton nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} am Stichtag nach Ziffer 1 als Wohnkanton gilt.

³ Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 und die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG⁵ von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.

⁵ SR 830.1

⁴ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 26,9 Prozent.

⁵ Der Bundesrat überprüft periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrags nach Absatz 4 und erstattet der Bundesversammlung Bericht.

⁶ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton des Leistungserbringers nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

⁷ Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind.

⁸ Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} gilt und er somit für die Leistungen, die für diese versicherte Person erbracht wurden, einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.

⁹ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

¹⁰ Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, so informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten Rechnungen abgerechneten Leistungen, so teilt er dies auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, so kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen.

¹¹ Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 10 berechtigt. Er kann nur rügen, dass:

- a. der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;
- b. ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;
- c. die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

¹² Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

Einfügen vor dem Gliederungstitel des 2. Abschnitts

Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer

Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer entsprechend deren für die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags massgebenden Kosten aufgeteilt.

Art. 64 Abs. 5bis, 5ter, 7 Bst. b und 8 erster Satz

^{5bis} Die Versicherten leisten zudem für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Der Bundesrat legt die maximale Höhe des Beitrags in Franken fest. Die Kantone können den Beitrag ganz oder teilweise übernehmen.

^{5ter} Bei Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet wurden (Akut- und Übergangspflege), schuldet die versicherte Person während längstens zwei Wochen keinen Beitrag nach Absatz ^{5bis}.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

⁸ Kostenbeteiligungen nach den Absätzen 2 und 5 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

*Art. 79a**Aufgehoben**Art. 82* Besondere Amts- und Verwaltungshilfe

In Abweichung von Artikel 33 ATSG⁶ geben die Versicherer den zuständigen Behörden auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für die Festsetzung der Prämienverbilligung.

II

Übergangbestimmungen zur Änderung vom 22. Dezember 2023

¹ Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 22. Dezember 2023 mindestens dem in Artikel 60 Absatz 4 vorgesehenen Wert entsprechen. Der Mindestprozentsatz der einzelnen Kantone für den Kantonsbeitrag in den ersten vier Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung richtet sich nach folgender Tabelle:

Kanton	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
ZH	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BE	25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
LU	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
UR	27,2 %	26,2 %	25,2 %	24,5 %
SZ	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %

⁶ SR 830.1

Kanton	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
OW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
GL	26,0 %	25,0 %	24,5 %	24,5 %
ZG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
FR	24,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SO	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BS	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
BL	25,3 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SH	25,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AR	27,8 %	26,8 %	25,8 %	24,8 %
AI	28,5 %	27,5 %	26,5 %	25,5 %
SG	26,1 %	25,1 %	24,5 %	24,5 %
GR	24,8 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
TG	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
TI	24,2 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
VD	22,6 %	23,6 %	24,5 %	24,5 %
VS	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NE	23,0 %	24,0 %	24,5 %	24,5 %
GE	21,3 %	22,3 %	23,3 %	24,3 %
JU	26,4 %	25,4 %	24,5 %	24,5 %

² Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a gilt:

- a. Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 sind für die Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 ausgenommen.
- b. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 werden alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.
- c. Der Prozentsatz nach Artikel 60 Absatz 4 liegt bei 24,5 Prozent.
- d. Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG⁷ gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.
- e. Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, werden in Abweichung von Artikel 50 Absatz 1 nach Artikel 25a vergütet.

⁷ SR 830.1

³ Der Bundesrat legt für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten von Artikel 64 Absatz 5^{bis} die jeweiligen maximalen Beiträge der Versicherten pro Tag für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, so fest, dass sie jeweils nicht höher sind als vor dem Inkrafttreten von Artikel 64 Absatz 5^{bis}.

III

Die Koordination wird im Anhang geregelt.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Steht zehn Tage nach Ablauf der Referendumsfrist fest, dass gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen ist, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 16 Absatz 3^{bis}, 18 Absätze 2^{sexies}, 2^{octies} und 5, 21, 41 Absätze 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 50, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a, 79a sowie 82: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt;
- b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 33 Absätze 2^{bis} und 2^{ter}, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2^{bis}, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5^{bis}, 5^{ter}, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt; die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

³ Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 16 Absatz 3^{bis}, 18 Absätze 2^{sexies}, 2^{octies} und 5, 21, 41 Absätze 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 50, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a, 79a sowie 82: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach der Abstimmung folgt;

- b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 33 Absätze 2^{bis} und 2^{ter}, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2^{bis}, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5^{bis}, 5^{ter}, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt; die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

Nationalrat, 22. Dezember 2023

Der Präsident: Eric Nussbaumer

Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Ständerat, 22. Dezember 2023

Die Präsidentin: Eva Herzog

Die Sekretärin: Martina Buol

Datum der Veröffentlichung: 9. Januar 2024

Ablauf der Referendumsfrist: 18. April 2024

*Anhang
(Ziff. III)*

Koordination

1. Änderung vom 16. Dezember 2022 des KVG (Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege)

Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994⁸ über die Krankenversicherung (KVG, Ziff. I) oder die Änderung vom 16. Dezember 2022⁹ des KVG im Rahmen des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Anhang Ziff. 4) in Kraft tritt, lauten die nachstehenden Bestimmungen mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten wie folgt:

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

Art. 25a

Aufgehoben

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

- a. erlässt das EDI:
 3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, die nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;

Art. 55b **Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m**

¹ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je

⁸ SR 832.10

⁹ BBl 2022 3205

versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

² Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

2. Änderung vom 29. September 2023 des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des KVG¹⁰ (Ziff. I) oder die Änderung vom 29. September 2023¹¹ des KVG (Ziff. I) in Kraft tritt, lautet die nachstehende Bestimmung mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten wie folgt:

Art. 21 Abs. 2 und 4

² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:

- a. dem BAG zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;
- c. dem BAG zur Evaluation des Risikoausgleichs;
- d. dem BAG zur Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54;
- e. dem BAG zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz;
- f. den Kantonen zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen.

⁴ Das BAG stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

¹⁰ SR 832.10

¹¹ BBl 2023 2303



Délai référendaire: 18 avril 2024

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement uniforme des prestations)

Modification du 22 décembre 2023

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
du Conseil national du 5 avril 2019¹,
vu l'avis du Conseil fédéral du 14 août 2019²,

arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie³ est modifiée comme suit:

Art. 16, al. 3^{bis}

^{3bis} Elles sont calculées après déduction de la contribution cantonale au financement de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 60.

Art. 18, al. 2^{sexies}, 2^{octies} et 5, 1^{re} phrase

^{2sexies} Elle calcule et prélève les contributions cantonale et fédérale conformément à l'art. 60 et les répartit entre les assureurs conformément à l'art. 60a. À cet effet, elle constitue un comité autonome spécialisé auquel les cantons participent de manière appropriée.

^{2octies} Elle peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

⁵ Pour financer les tâches visées aux al. 2, ^{2sexies} et 4, les assureurs versent à l'institution commune des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. ...

1 FF 2019 3411

2 FF 2019 5497

3 RS 832.10

Art. 21 Données des assureurs

¹ Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP et aux cantons les données dont ceux-ci ont besoin pour accomplir les tâches respectives que la présente loi leur assigne.

² Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:

- a. à l'OFSP, pour surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts;
- b. à l'OFSP, pour effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et pour préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. à l'OFSP, pour évaluer la compensation des risques;
- d. aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

³ L'OFSP et les cantons sont responsables de garantir l'anonymat des assurés dans le cadre de l'exploitation des données.

⁴ L'OFSP met les données qu'il a collectées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

⁵ Le Conseil fédéral édicte, avec le concours des cantons et des assureurs, des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données visées à l'al. 1, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:

*Art. 25a**Abrogé**Art. 33, al. 2^{bis} et 2^{ter}*

^{2bis} Dans sa désignation des prestations de soins, il tient compte des besoins en soins des personnes qui souffrent de maladies complexes et de celles qui ont besoin de soins palliatifs. Il définit quelles prestations de soins peuvent être fournies sans prescription ni mandat médical.

^{2ter} Il fixe la procédure d'évaluation des besoins en soins et règle la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers.

Art. 41, al. 1, 1^{re} phrase, 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis} à 2^{quater}, 3, 3^{bis} et 4, 2^e à 4^e phrases

¹ En cas d'examens, de traitements et de prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. ...

^{1bis} En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Si l'assuré se soumet à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, l'assureur prend en charge la rémunération comme suit:

- a. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence;
- b. jusqu'à concurrence du tarif applicable pour le fournisseur de prestations choisi pour autant que l'une des conditions suivantes soit remplie:
 1. l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, ou
 2. le canton de résidence a autorisé préalablement le traitement chez le fournisseur de prestations choisi; il accorde son autorisation si aucun hôpital répertorié sur sa liste ne peut fournir les prestations nécessaires.

^{1ter} L'al. 1^{bis}, à l'exception de la let. b, s'applique par analogie aux maisons de naissance.

^{2bis} L'al. 1^{bis} s'applique par analogie à la prise en charge de la rémunération pour les assurés suivants qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni lorsqu'ils se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié:

- a. les frontaliers et les membres de leur famille;
- b. les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse;
- c. les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

^{2ter} Pour les assurés visés à l'al. 2^{bis}, le canton de résidence au sens de la présente loi est le canton auquel ils sont rattachés.

^{2quater} Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur prend en charge la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence. Si l'assuré a besoin d'urgence du traitement hospitalier, l'assureur prend en charge la rémunération selon le tarif applicable dans le canton où se situe le fournisseur de prestations.

³ et ^{3bis} *Abrogés*

⁴ ... Les prestations que la loi rend obligatoires sont garanties dans tous les cas. L'assureur n'est tenu de prendre en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par des fournisseurs auxquels l'assuré a limité son choix; il n'est pas tenu de prendre en charge les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par d'autres fournisseurs, sauf s'il a donné préalablement une garantie particulière de prise en charge ou que l'assuré a eu besoin d'urgence du traitement. L'assureur donne la garantie de prise en charge si le traitement n'est pas prodigué par les fournisseurs de prestations qu'il a désignés.

Art. 42, al. 2, 2^e phrase, et 3

² ... En cas de traitement hospitalier, l'assureur est, en dérogation à l'al. 1, le débiteur de la rémunération.

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. Le Conseil fédéral règle les modalités.

Art. 47a, titre, al. 1, 3 à 5 et 7

Organisations chargées des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires et pour les prestations de soins

¹ Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires, d'une part, pour les traitements médicaux ambulatoires et, d'autre part, pour les prestations de soins qui sont dispensées sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés de manière équitable dans les organes de l'organisation qui est responsable de la structure tarifaire les concernant.

³ Si une telle organisation fait défaut ou si elle ne satisfait pas aux exigences légales, le Conseil fédéral l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs, ainsi que pour les cantons.

⁴ Si les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs ainsi que les cantons ne parviennent pas à s'entendre sur des principes concernant la forme, le fonctionnement et le financement d'une organisation, le Conseil fédéral fixe ces principes, après avoir consulté les organisations intéressées.

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de communiquer gratuitement aux organisations les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires.

⁷ Les structures tarifaires élaborées par les organisations et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

Art. 47b Communication de données dans le domaine des tarifs
pour les traitements ambulatoires et les prestations de soins

¹ Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que les organisations visées à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent, sur demande, les données nécessaires à l'exercice des tâches visées aux art. 43, al. 5 et 5^{bis}, 46, al. 4, et 47. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

² En cas de manquement à l'obligation de communiquer les données prévue à l'al. 1, le DFI ou le gouvernement cantonal compétent peut prononcer des sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations et des assureurs concernés et de leurs fédérations respectives ainsi qu'à l'encontre des organisations visées à l'art. 47a. Les sanctions sont les suivantes:

- a. l'avertissement;
- b. une amende de 20 000 francs au plus.

Art. 47c, al. 2^{bis}, 3, 1^{re} phrase, 5, 1^{re} phrase, et 7

^{2bis} Les mesures visées à l'al. 1 qui portent sur des prestations de soins fournies sans prescription ou mandat médical doivent être intégrées dans des conventions valables pour l'ensemble du territoire suisse.

³ Les conventions visées aux al. 2 et 2^{bis} doivent être soumises pour approbation à l'autorité compétente selon l'étendue de leur validité. ...

⁵ Les conventions visées aux al. 2 et 2^{bis} définissent les facteurs qui peuvent expliquer une augmentation des quantités et des coûts, mais qui échappent à l'influence des fournisseurs de prestations et des assureurs, en particulier le progrès médical et technique et les développements sociodémographiques ou politiques. ...

⁷ Si les fournisseurs de prestations et les assureurs, ou leurs fédérations respectives, ne parviennent pas à s'entendre pour intégrer les mesures dans des conventions conformément à l'al. 2^{bis}, le Conseil fédéral règle les modalités.

Art. 49a Conventions avec des hôpitaux et des maisons de naissance

¹ Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance qui ne sont pas répertoriés au sens de l'art. 41, al. 1^{bis}, mais qui remplissent les conditions fixées à l'art. 39, al. 1, let. a à c et f, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins.

² La rémunération prévue par les conventions ne peut être plus élevée que 45 % de la rémunération prévue à l'art. 49, al. 1.

Art. 50 Prise en charge des coûts des prestations de soins fournies
 sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social

¹ L'assureur prend en charge les coûts des prestations de soins qui sont fournies conformément à l'art. 25, al. 2, let. a:

- a. par un fournisseur de prestations désigné à l'art. 35, al. 2, let. d^{bis} ⁴ ou e;
- b. par un établissement médico-social.

² Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 disposent d'instruments de gestion adéquats; afin de calculer les coûts d'exploitation et d'investissement et de classer les prestations, ils tiennent notamment une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon une méthode uniforme. Ces instruments contiennent toutes les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations et à la tarification, ainsi que, dans le cas des établissements médico-sociaux, les données requises pour la comparaison entre établissements et la planification.

³ Pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations visée à l'al. 1, le Conseil fédéral détermine une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

⁴ Il convient de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre établissements médico-sociaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats. Les établissements médico-sociaux et les cantons sont tenus de livrer les documents requis à cette fin. Le Conseil fédéral peut, après consultation des cantons, régler les détails de la mise en oeuvre des comparaisons entre établissements. Il publie les comparaisons entre établissements.

⁵ Les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 ont l'obligation de tenir à disposition pour consultation leur comptabilité analytique et leur statistique des prestations, ainsi que les documents correspondants. Les parties à la convention tarifaire et les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires ainsi que de fixer les tarifs ont le droit de consulter ces informations.

Art. 51, al. 1, 2^e phrase

¹ ... La contribution cantonale visée à l'art. 60 est réservée.

⁴ FF 2022 3205

Art. 52, al. 1, let. a, ch. 3

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6:

- a. le DFI édicte:
 3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément à l'art. 25, al. 2, let. b ou pour des prestations de soins visées à l'art. 25, al. 2, let. a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1;

Insérer avant le titre de la section 6

Art. 55b Évolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m

¹ Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette catégorie est supérieur à la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

² Les cantons désignent les catégories de fournisseurs de prestations visées à l'al. 1.

*Titres précédant l'art. 60***Chapitre 5 Financement****Section 1 Contribution cantonale**

Art. 60 Calcul

¹ Les cantons participent au financement des coûts des prestations au sens de la présente loi. Chacun d'entre eux paie à cet effet une contribution cantonale.

² Sont déterminants pour le calcul de la contribution cantonale les coûts des prestations qui remplissent les conditions suivantes:

- a. elles sont visées aux art. 25 à 31; les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'art. 49a sont exclues;
- b. elles sont fournies en Suisse aux assurés suivants:
 1. assurés qui résident sur le territoire du canton; en cas de changement de domicile à l'intérieur de la Suisse, le canton déterminant est celui dans lequel l'assuré a son domicile au début du mois,

2. assurés visés à l'art. 41, al. 2^{bis}, qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et dont le canton de résidence au sens de l'art. 41, al. 2^{ter}, à la date de référence prévue au ch. 1 est le canton concerné.

³ La participation des assurés au sens de l'art. 64 et le produit des actions récursoires des assureurs fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGA⁵ sont déduits des coûts selon l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

⁴ Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, le taux de la contribution cantonale. Ce taux se monte à 26,9 % au moins.

⁵ Le Conseil fédéral réexamine périodiquement le taux minimal de la contribution cantonale visé à l'al. 4 et fait rapport à l'Assemblée fédérale à ce sujet.

⁶ Si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement en Suisse, la Confédération prend en charge la part des coûts correspondant au taux de la contribution cantonale que le canton où se situe le fournisseur de prestations a fixée conformément à l'al. 4. Les al. 2 et 3 sont applicables par analogie.

⁷ Les assureurs transmettent à l'institution commune (art. 18) les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

⁸ Ils communiquent aux cantons pour quels assurés ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou être considéré comme tel en vertu de l'art. 41, al. 2^{ter}, et devoir donc verser une contribution cantonale pour les prestations fournies à cet assuré, il rend une décision.

⁹ L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

¹⁰ Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral. Si l'assureur prend en charge les coûts des prestations facturées dans les factures contestées, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue.

¹¹ Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'art. 58 LPGA contre la décision de l'assureur visée à l'al. 10. Il peut seulement invoquer le fait:

- a. que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;
- b. qu'un tarif non autorisé est utilisé;
- c. que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

¹² Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune.

⁵ RS 830.1

*Insérer avant le titre de la section 2**Art. 60a* Répartition entre les assureurs

La contribution cantonale et la contribution fédérale sont réparties entre les assureurs en fonction de leurs coûts déterminants pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

Art. 64, al. 5^{bis}, 5^{ter}, 7, let. b, et 8, 1^{re} phrase

^{5bis} Pour les prestations de soins qui leur sont fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social, les assurés versent en outre une contribution aux coûts des prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la contribution en francs. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de la contribution.

^{5ter} Pour les prestations de soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin de l'hôpital (soins aigus et de transition), aucune contribution au sens de l'al. 5^{bis} n'est due par l'assuré durant deux semaines au plus.

⁷ L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

- b. prestations visées à l'art. 25 qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

⁸ La participation aux coûts prévue aux al. 2 et 5 ne peut être assurée ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. ...

*Art. 79a**Abrogé**Art. 82* Assistance administrative dans des cas particuliers

En dérogation à l'art. 33 LPGA⁶, les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités compétentes les renseignements et les documents nécessaires à la fixation de la réduction des primes.

II

Dispositions transitoires de la modification du 22 décembre 2023

¹ Le taux en pourcent de la contribution cantonale doit correspondre au moins à la valeur définie à l'art. 60, al. 4, au plus tard quatre ans après l'entrée en vigueur de la modification du 22 décembre 2023. Le pourcentage minimal de chaque canton pour

⁶ RS 830.1

la contribution cantonale au cours des quatre premières années suivant l'entrée en vigueur de cette modification est déterminé comme suit:

Canton	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
ZH	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BE	25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
LU	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
UR	27,2 %	26,2 %	25,2 %	24,5 %
SZ	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
OW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
GL	26,0 %	25,0 %	24,5 %	24,5 %
ZG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
FR	24,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SO	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BS	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
BL	25,3 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SH	25,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AR	27,8 %	26,8 %	25,8 %	24,8 %
AI	28,5 %	27,5 %	26,5 %	25,5 %
SG	26,1 %	25,1 %	24,5 %	24,5 %
GR	24,8 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
TG	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
TI	24,2 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
VD	22,6 %	23,6 %	24,5 %	24,5 %
VS	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NE	23,0 %	24,0 %	24,5 %	24,5 %
GE	21,3 %	22,3 %	23,3 %	24,3 %
JU	26,4 %	25,4 %	24,5 %	24,5 %

² Jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a, les règles suivantes s'appliquent:

- a. les prestations au sens de l'art. 25a, al. 1, sont exclues du calcul de la contribution cantonale visée à l'art. 60;
- b. les prestations de soins aigus et de transition visées par l'art. 25a, al. 2, sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins;

- c. le taux visé à l'art. 60, al. 4, est de 24,5 %;
- d. le droit de recours au sens de l'art. 72 LPGA⁷ s'applique par analogie au canton de domicile pour les contributions que celui-ci a versées en vertu de l'art. 25a;
- e. les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social sont rémunérées conformément à l'art. 25a, en dérogation à l'art. 50, al. 1.

³ Le Conseil fédéral fixe pour les quatre premières années après l'entrée en vigueur de l'art. 64, al. 5^{bis}, les contributions maximales par jour des assurés, pour les prestations de soins qui sont fournies sous forme ambulatoire ou par un établissement médico-social, de manière à ce que les contributions maximales respectives ne soient pas plus élevées qu'avant l'entrée en vigueur de l'art. 64, al. 5^{bis}.

III

La coordination est réglée en annexe.

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Si dix jours après l'échéance du délai référendaire aucun référendum contre la loi n'a abouti, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 16, al. 3^{bis}, 18, al. 2^{sexies}, 2^{octies} et 5, 21, 41, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} et 4, 42, al. 2 et 3, 47a, al. 1, 3, 4, 5 et 7, 47b, al. 1 et 2, 49a, 50, 51, al. 1, 55b, 60, 60a, 79a ainsi que 82 entrent en vigueur le 1^{er} janvier qui suit l'expiration d'une période de trois ans après l'échéance du délai référendaire;
- b. les art. 25, al. 2, let. a, 25a, 33, al. 2^{bis} et 2^{ter}, 41, al. 1, 47c, al. 2^{bis}, 3, 5 et 7, 52, al. 1, let. a, ch. 3, ainsi que 64, al. 5^{bis}, 5^{ter}, 7, let. b, et 8, entrent en vigueur le 1^{er} janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire; les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

³ Si la loi est acceptée par le peuple, elle entre en vigueur comme suit:

- a. les art. 16, al. 3^{bis}, 18, al. 2^{sexies}, 2^{octies} et 5, 21, 41, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} et 4, 42, al. 2 et 3, 47a, al. 1, 3, 4, 5 et 7, 47b, al. 1 et 2, 49a, 50, 51, al. 1, 55b, 60, 60a, 79a ainsi que 82 entrent en vigueur le 1^{er} janvier qui suit l'expiration d'une période de trois ans après la votation;

⁷ RS 830.1

- b. les art. 25, al. 2, let. a, 25a, 33, al. 2^{bis} et 2^{ter}, 41, al. 1, 47c, al. 2^{bis}, 3, 5, et 7, 52, al. 1, let. a, ch. 3, ainsi que 64, al. 5^{bis}, 5^{ter}, 7, let. b, et 8, entrent en vigueur le 1^{er} janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation; les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Conseil national, 22 décembre 2023

Le président: Eric Nussbaumer

Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Conseil des États, 22 décembre 2023

La présidente: Eva Herzog

La secrétaire: Martina Buol

Date de publication: 9 janvier 2024

Délai référendaire: 18 avril 2024

Coordination

1. Modification du 16 décembre 2022 de la LAMal (Loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers)

Quel que soit l'ordre dans lequel la présente modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie⁸ (LAMal; ch. I) ou la modification du 16 décembre 2022 de cette loi dans le cadre de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers⁹ (annexe ch. 4) entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la dernière de ces deux modifications ou à leur entrée en vigueur simultanée, les dispositions ci-après ont la teneur suivante:

Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:

Art. 25a

Abrogé

Art. 52, al. 1, let. a, ch. 3

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6:

- a. le DFI édicte:
 3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés conformément à l'art. 25, al. 2, let. b ou pour des prestations de soins visées à l'art. 25, al. 2, let. a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'art. 49, al. 1;

Art. 55b Évolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m

¹ Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette

⁸ RS 832.10

⁹ FF 2022 3205

catégorie est supérieur à la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

² Les cantons désignent les catégories de fournisseurs de prestations visées à l'al. 1.

2. Modification du 29 septembre 2023 de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts et de qualité)

Quel que soit l'ordre dans lequel la présente modification de la LAMal¹⁰ (ch. I) ou la modification du 29 septembre 2023 de cette loi¹¹ (ch. I) entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la dernière de ces deux modifications ou à leur entrée en vigueur simultanée, la disposition ci-après a la teneur suivante:

Art. 21, al. 2 et 4

² Les données doivent être transmises sous une forme agrégée. Le Conseil fédéral peut prévoir que les données sont au surplus transmises par assuré si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir les tâches ci-après et que les données par assuré ne peuvent pas être obtenues autrement:

- a. à l'OFSP, pour surveiller l'évolution des coûts par type de prestations et par fournisseur de prestations et élaborer les bases de décision pour les mesures visant à maîtriser l'évolution des coûts;
- b. à l'OFSP, pour effectuer une analyse des effets de la loi et de ses dispositions d'exécution et pour préparer les bases de décision en vue d'une révision de la loi et de ses dispositions d'exécution;
- c. à l'OFSP, pour évaluer la compensation des risques;
- d. à l'OFSP, pour fixer des objectifs en matière de coûts au sens de l'art. 54;
- e. à l'OFSP, pour mesurer les objectifs de qualité et l'efficacité des coûts;
- f. aux cantons, pour surveiller les fournisseurs de prestations, pour planifier afin de couvrir les besoins en soins dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

⁴ L'OFSP met les données qu'il a collectées à la disposition des fournisseurs de données, des cantons, des milieux de la recherche et de la science ainsi que du public.

¹⁰ RS 832.10

¹¹ FF 2023 2303



Termine di referendum: 18 aprile 2024

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento uniforme delle prestazioni)

Modifica del 22 dicembre 2023

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio nazionale del 5 aprile 2019¹;
visto il parere del Consiglio federale del 14 agosto 2019²,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994³ sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 16 cpv. 3^{bis}

^{3bis} Le tasse di rischio e i contributi compensativi sono calcolati previa deduzione del contributo cantonale al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di cui all'articolo 60.

Art. 18 cpv. 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, primo periodo

^{2sexies} Essa calcola e riscuote il contributo cantonale e il contributo federale di cui all'articolo 60 e li suddivide fra gli assicuratori conformemente all'articolo 60a. A tal fine istituisce un comitato autonomo specializzato nel quale i Cantoni sono adeguatamente rappresentati.

^{2octies} Essa può assumere dai Cantoni ulteriori compiti d'esecuzione contro indennità.

1 FF 2019 2879
2 FF 2019 4765
3 RS 832.10

⁵ Per finanziare l'esecuzione dei compiti secondo i capoversi 2, ^{2sexies} e 4, gli assicuratori devono versare contributi all'istituzione comune, a carico dell'assicurazione sociale malattie. ...

Art. 21 Dati degli assicuratori

¹ Gli assicuratori sono tenuti a trasmettere regolarmente all'UFSP e ai Cantoni i dati necessari per l'adempimento dei rispettivi compiti secondo la presente legge.

² I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- a. all'UFSP, per sorvegliare l'evoluzione dei costi secondo il tipo di prestazione e il fornitore di prestazioni, nonché elaborare le basi decisionali per misure volte a contenere l'evoluzione dei costi;
- b. all'UFSP, per analizzare gli effetti della legge e della sua esecuzione, nonché elaborare le basi decisionali in vista di modifiche della legge e della sua esecuzione;
- c. all'UFSP, per valutare la compensazione dei rischi;
- d. ai Cantoni, per esercitare la vigilanza sui fornitori di prestazioni, assicurare una pianificazione che copra i fabbisogni di ospedali, case di cura e case per portorienti, nonché per determinare i numeri massimi di medici.

³ L'UFSP e i Cantoni sono responsabili affinché nell'ambito dell'utilizzazione dei dati sia garantito l'anonimato degli assicurati.

⁴ L'UFSP mette i dati rilevati a disposizione dei fornitori di dati, dei Cantoni, della ricerca, della scienza e del pubblico.

⁵ Con il concorso dei Cantoni e degli assicuratori e nel rispetto del principio di proporzionalità, il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul rilevamento, il trattamento e la trasmissione dei dati di cui al capoverso 1.

Art. 25 cpv. 2 lett. a, frase introduttiva

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure eseguiti ambulatoriamente, in ospedale o in una casa di cura:

Art. 25a

Abrogato

Art. 33 cpv. 2^{bis} e 2^{ter}

^{2bis} Nel definire le cure tiene conto delle esigenze delle persone affette da patologie complesse e di quelle che necessitano di cure palliative. Determina quali cure possano essere dispensate senza prescrizione o indicazione di un medico.

^{2ter} Disciplina la procedura di determinazione del bisogno terapeutico e il coordinamento tra i medici curanti e gli infermieri.

Art. 41 cpv. 1, primo periodo, 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}–2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, secondo–quarto periodo

¹ In caso di esami, terapie e cure eseguiti ambulatoriamente o in una casa di cura, l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. ...

^{1bis} In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante in un elenco, ma non in quello del Cantone di domicilio, l'assicuratore assume la remunerazione come segue:

- a. al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio;
- b. al massimo secondo la tariffa del fornitore di prestazioni scelto, se:
 1. vi è un caso d'urgenza, o
 2. il Cantone di domicilio ha previamente autorizzato la cura presso il fornitore di prestazioni scelto; esso rilascia l'autorizzazione se nessun ospedale figurante nel suo elenco offre le prestazioni necessarie.

^{1ter} Eccezione fatta per la lettera b, il capoverso ^{1bis} si applica per analogia alle case per partorienti.

^{2bis} Il capoverso ^{1bis} si applica per analogia alla remunerazione per una cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco prestata ai seguenti assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito:

- a. i frontalieri e i loro familiari;
- b. i familiari dei domiciliati, dei dimoranti annuali e dei dimoranti temporanei;
- c. i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari.

^{2ter} Per gli assicurati di cui al capoverso ^{2bis}, per Cantone di domicilio ai sensi della presente legge si intende il Cantone con cui hanno un rapporto.

^{2quater} Per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e percepiscono una rendita svizzera e per i loro familiari, in caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco l'assicuratore assume una remunerazione al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento. Il Consiglio federale designa il Cantone di riferimento. In caso d'urgenza, l'assicuratore assume una remunerazione secondo la tariffa applicata nel Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni.

3 e ^{3bis} *Abrogati*

⁴ ... Le prestazioni obbligatorie per legge sono assicurate in ogni caso. L'assicuratore deve assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate dai fornitori di prestazioni ai quali l'assicurato ha circoscritto il diritto di scelta; non deve assumere i costi delle prestazioni che sono effettuate o ordinate da altri fornitori di prestazioni, tranne nel caso in cui abbia previamente accordato la garanzia speciale o vi sia un caso d'urgenza. L'assicuratore accorda la garanzia speciale se la cura non può essere dispensata dai fornitori di prestazioni da lui scelti.

Art. 42 cpv. 2, secondo periodo, e 3

² ... In deroga al capoverso 1, in caso di cura ospedaliera l'assicuratore è debitore della remunerazione.

³ Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante il fornitore di prestazioni trasmette all'assicurato, senza che questi debba farne richiesta, una copia della fattura inviata all'assicuratore. Il fornitore di prestazioni e l'assicuratore possono convenire che tale trasmissione incomba all'assicuratore. La trasmissione può avvenire anche per via elettronica. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

Art. 47a, rubrica, nonché cpv. 1, 3–5 e 7

Organizzazioni per le strutture tariffali nel settore delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di cura

¹ In collaborazione con i Cantoni, sia le federazioni dei fornitori di prestazioni, sia quelle degli assicuratori istituiscono un'organizzazione competente per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali nel settore delle cure mediche ambulatoriali e in quello delle prestazioni di cura fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. Le federazioni dei fornitori di prestazioni, quelle degli assicuratori e i Cantoni sono equamente rappresentati negli organi dell'organizzazione responsabile della struttura tariffale che li concerne.

³ Se tale organizzazione manca o non corrisponde alle condizioni legali, il Consiglio federale la istituisce per le federazioni dei fornitori di prestazioni e per quelle degli assicuratori nonché per i Cantoni.

⁴ Se le federazioni dei fornitori di prestazioni, quelle degli assicuratori e i Cantoni non si accordano sui principi relativi alla forma, all'esercizio e al finanziamento di un'organizzazione, il Consiglio federale stabilisce tali principi dopo aver sentito le organizzazioni interessate.

⁵ I fornitori di prestazioni e gli assicuratori comunicano gratuitamente alle organizzazioni i dati necessari per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali nel settore delle cure ambulatoriali.

⁷ I partner tariffali sottopongono per approvazione al Consiglio federale le strutture tariffali elaborate dalle organizzazioni e i relativi adeguamenti.

Art. 47b Comunicazione dei dati sulle tariffe nel settore delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di cura

¹ Su richiesta, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, le rispettive federazioni e le organizzazioni di cui all'articolo 47a comunicano gratuitamente al Consiglio federale o al governo cantonale competente i dati necessari per adempiere i compiti di cui agli articoli 43 capoversi 5 e 5^{bis}, 46 capoverso 4 e 47. Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul trattamento dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.

² In caso di violazione dell'obbligo di comunicare i dati di cui al capoverso 1, il DFI o il governo cantonale competente possono prendere sanzioni contro i fornitori di prestazioni e gli assicuratori interessati, nonché contro le rispettive federazioni e le organizzazioni di cui all'articolo 47a. Le sanzioni consistono:

- a. nell'ammonizione;
- b. nella multa sino a 20 000 franchi.

Art. 47c cpv. 2^{bis}, 3, primo periodo, 5, primo periodo, e 7

^{2bis} Le misure di cui al capoverso 1 concernenti cure dispensate senza prescrizione o indicazione medica vanno integrate in convenzioni applicabili in tutta la Svizzera.

³ Le convenzioni di cui ai capoversi 2 e 2^{bis} sono sottoposte per approvazione all'autorità competente secondo il loro campo d'applicazione. ...

⁵ Le convenzioni di cui ai capoversi 2 e 2^{bis} indicano i fattori non influenzabili dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori che possono spiegare un aumento delle quantità e dei costi, segnatamente i progressi medico-tecnici, l'evoluzione socio-demografica e gli sviluppi politici. ...

⁷ Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, o le rispettive federazioni, non raggiungono un accordo in merito all'integrazione delle misure di cui al capoverso 2^{bis}, il Consiglio federale disciplina i dettagli.

Art. 49a Ospedali e case per partorienti convenzionati

¹ Con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco secondo l'articolo 41 capoverso 1^{bis}, ma che adempiono le condizioni di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettere a–c ed f, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² La remunerazione prevista nelle convenzioni non può essere superiore al 45 per cento della remunerazione di cui all'articolo 49 capoverso 1.

Art. 50 Assunzione dei costi delle prestazioni di cura fornite ambulatoriamente o da una casa di cura

¹ L'assicuratore assume i costi delle prestazioni di cura fornite conformemente all'articolo 25 capoverso 2 lettera a:

- a. da uno dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettera d^{bis} o e;
- b. da una casa di cura.

² I fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1 dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni tengono una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità e per la tariffazione nonché, nel caso delle case di cura, per effettuare comparazioni e per la pianificazione.

³ Il Consiglio federale definisce una struttura uniforme per il calcolo dei costi e la statistica delle prestazioni di ciascuna categoria di fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1.

⁴ Sono svolte comparazioni a livello svizzero tra case di cura, in particolare sui costi e la qualità dei risultati medici. Le case di cura e i Cantoni devono fornire a tal fine i documenti necessari. Sentiti i Cantoni, il Consiglio federale può disciplinare lo svolgimento di tali comparazioni. Ne pubblica i risultati.

⁵ I fornitori di prestazioni di cui al capoverso 1 tengono a disposizione per consultazione la contabilità analitica e la statistica delle prestazioni, nonché la relativa documentazione. Hanno diritto di prendere visione di tali informazioni le parti alla convenzione tariffale e le autorità cui competono l'approvazione della convenzione e la definizione della tariffa.

Art. 51 cpv. 1, secondo periodo

¹ ... È fatto salvo il contributo cantonale di cui all'articolo 60.

Art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3

¹ Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

- a. il DFI emana:
 3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati secondo gli articoli 25 capoverso 2 lettera b o per le cure di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera a che non sono dispensate nell'ambito di una cura ospedaliera ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1;

⁴ FF 2022 3205

Inserire prima del titolo della sezione 6

Art. 55b Evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m

¹ Se in un Cantone i costi annui per assicurato delle prestazioni fornite da una delle categorie di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m aumentano più della media svizzera della categoria interessata o i costi per assicurato in tale categoria sono superiori alla media svizzera della categoria in questione, il Cantone può disporre che a nessun nuovo fornitore di prestazioni della categoria interessata sia rilasciata l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² I Cantoni designano le categorie di fornitori di prestazioni interessate secondo il capoverso 1.

Titoli prima dell'art. 60

Capitolo 5: Finanziamento

Sezione 1: Contributo cantonale

Art. 60 Calcolo

¹ I Cantoni partecipano al finanziamento dei costi delle prestazioni secondo la presente legge. Ogni Cantone versa a tale scopo un contributo cantonale.

² Per il calcolo del contributo cantonale sono determinanti i costi delle prestazioni che soddisfano le seguenti condizioni:

- a. si tratta di prestazioni secondo gli articoli 25–31, ad eccezione delle prestazioni remunerate in virtù di una convenzione secondo l'articolo 49a;
- b. tali prestazioni sono fornite in Svizzera alle seguenti persone:
 1. assicurati che risiedono nel Cantone interessato; in caso di cambiamento di domicilio in Svizzera, è determinante il Cantone in cui l'assicurato è domiciliato all'inizio del mese,
 2. assicurati di cui all'articolo 41 capoverso 2^{bis} che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e per i quali, alla data di cui al numero 1, il Cantone interessato è il Cantone di domicilio ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2^{ter}.

³ La partecipazione ai costi degli assicurati secondo l'articolo 64 e i proventi delle azioni di regresso degli assicuratori secondo l'articolo 72 capoverso 1 LPG⁵ sono dedotti dai costi di cui al capoverso 2 ai fini del calcolo del contributo cantonale.

⁴ Ogni Cantone fissa per ciascun anno civile, al più tardi nove mesi prima del suo inizio, la quota percentuale del contributo cantonale. Tale quota dev'essere almeno del 26,9 per cento.

⁵ RS 830.1

⁵ Il Consiglio federale riesamina periodicamente la quota percentuale minima del contributo cantonale di cui al capoverso 4 e riferisce in merito all'Assemblea federale.

⁶ Per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito e percepiscono una rendita svizzera, nonché per i loro familiari, la Confederazione assume, in caso di cura in Svizzera, la quotaparte ai costi che corrisponde alla quota percentuale del contributo cantonale fissata secondo il capoverso 4 dal Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. I capoversi 2 e 3 si applicano per analogia.

⁷ Gli assicuratori trasmettono all'istituzione comune (art. 18) i dati necessari al calcolo del contributo cantonale e del contributo federale.

⁸ Comunicano ai Cantoni i nominativi degli assicurati per i quali richiedono un contributo cantonale. Se ritiene di non essere il Cantone di domicilio di un assicurato o di non poter essere considerato tale ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2^{ter} e di non essere quindi tenuto a versare un contributo per le prestazioni fornite all'assicurato, il Cantone pronuncia una decisione.

⁹ L'assicuratore accorda senza indugio al Cantone l'accesso gratuito ai dati inerenti alle fatture riguardanti le cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1. Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate sul trattamento e sulla trasmissione dei dati nel rispetto del principio di proporzionalità.

¹⁰ Se ritiene che le condizioni di assunzione dei costi non siano soddisfatte, il Cantone ne informa l'assicuratore entro il termine decorrente dalla ricezione della fattura stabilito dal Consiglio federale. Se assume i costi delle prestazioni oggetto delle fatture contestate, l'assicuratore ne informa anche il Cantone. Se la prestazione assicurativa è concessa con procedura semplificata, il Cantone può chiedere la pronuncia di una decisione.

¹¹ Il Cantone è legittimato a ricorrere al tribunale delle assicurazioni di cui all'articolo 58 LPGa contro la decisione dell'assicuratore di cui al capoverso 10. Può far valere unicamente che:

- a. il fornitore di prestazioni non adempie le condizioni di autorizzazione;
- b. è applicata una tariffa non autorizzata;
- c. non sono osservate le modalità di applicazione di una tariffa.

¹² I Cantoni e la Confederazione versano il rispettivo contributo all'istituzione comune.

Inserire prima del titolo della sezione 2

Art. 60a Suddivisione fra gli assicuratori

Il contributo cantonale e il contributo federale sono suddivisi fra i singoli assicuratori in funzione dei loro costi determinanti per il calcolo del contributo cantonale e del contributo federale.

Art. 64 cpv. 5bis, 5ter, 7 lett. b e 8, primo periodo

^{5bis} Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi delle cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura. Il Consiglio federale stabilisce l'importo massimo in franchi del contributo. I Cantoni possono farsi carico del contributo in tutto o in parte.

^{5ter} Per due settimane al massimo, l'assicurato non deve alcun contributo secondo il capoverso ^{5bis} ai costi delle cure che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica (cure acute e transitorie).

⁷ L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per:

- b. le prestazioni di cui all'articolo 25, fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

⁸ Le partecipazioni ai costi di cui ai capoversi 2 e 5 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. ...

*Art. 79a**Abrogato**Art. 82* Assistenza amministrativa e giudiziaria particolare

In deroga all'articolo 33 LPGA⁶, su richiesta, gli assicuratori forniscono gratuitamente alle autorità competenti le informazioni e i documenti necessari per stabilire la riduzione dei premi.

II

Disposizioni transitorie della modifica del 22 dicembre 2023

¹ Entro quattro anni dall'entrata in vigore della modifica del 22 dicembre 2023, la quota percentuale del contributo cantonale è pari almeno a quella di cui all'articolo 60 capoverso 4. Nei quattro anni successivi all'entrata in vigore di tale modifica, la quota percentuale minima di ogni Cantone è stabilita come segue:

Cantone	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
ZH	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BE	25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
LU	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
UR	27,2 %	26,2 %	25,2 %	24,5 %
SZ	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
OW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NW	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %

⁶ RS 830.1

Cantone	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
GL	26,0 %	25,0 %	24,5 %	24,5 %
ZG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
FR	24,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SO	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
BS	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
BL	25,3 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
SH	25,1 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AR	27,8 %	26,8 %	25,8 %	24,8 %
AI	28,5 %	27,5 %	26,5 %	25,5 %
SG	26,1 %	25,1 %	24,5 %	24,5 %
GR	24,8 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
AG	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
TG	26,3 %	25,3 %	24,5 %	24,5 %
TI	24,2 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
VD	22,6 %	23,6 %	24,5 %	24,5 %
VS	24,5 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %
NE	23,0 %	24,0 %	24,5 %	24,5 %
GE	21,3 %	22,3 %	23,3 %	24,3 %
JU	26,4 %	25,4 %	24,5 %	24,5 %

² Sino all'abrogazione dell'articolo 25a si applicano le regole seguenti:

- a. le prestazioni di cui all'articolo 25a capoverso 1 non sono prese in considerazione ai fini del calcolo del contributo cantonale secondo l'articolo 60;
- b. le prestazioni delle cure acute e transitorie di cui all'articolo 25a capoverso 2 sono remunerate unicamente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie;
- c. la quota percentuale di cui all'articolo 60 capoverso 4 ammonta al 24,5 per cento;
- d. il diritto di regresso di cui all'articolo 72 LPGA⁷ si applica per analogia al Cantone di domicilio per i contributi che ha versato secondo l'articolo 25a;
- e. la remunerazione delle cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura è effettuata conformemente all'articolo 25a, in deroga all'articolo 50 capoverso 1.

⁷ RS 830.1

³ Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore dell'articolo 64 capoverso 5^{bis}, il Consiglio federale stabilisce i contributi giornalieri massimi degli assicurati per le cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura in modo tale che non siano superiori a quelli previsti prima dell'entrata in vigore di detto articolo.

III

Il coordinamento con altre modifiche è disciplinato nell'allegato.

IV

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

² Qualora entro dieci giorni dalla scadenza del termine di referendum risulti che questo è decorso infruttuosamente, la presente legge entra in vigore come segue:

- a. gli articoli 16 capoverso 3^{bis}, 18 capoversi 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, 21, 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, 42 capoversi 2 e 3, 47a capoversi 1, 3, 4, 5 e 7, 47b capoversi 1 e 2, 49a, 50, 51 capoverso 1, 55b, 60, 60a, 79a e 82, tre anni dopo la scadenza del termine di referendum, a decorrere dal 1° gennaio successivo;
- b. gli articoli 25 capoverso 2 lettera a, 25a, 33 capoversi 2^{bis} e 2^{ter}, 41 capoverso 1, 47c capoversi 2^{bis}, 3, 5 e 7, 52 capoverso 1 lettera a numero 3 e 64 capoversi 5^{bis}, 5^{ter}, 7 lettera b e 8, sette anni dopo la scadenza del termine di referendum, a decorrere dal 1° gennaio successivo; le parti alla convenzione assicurano che entro tale data vi siano tariffe concernenti le prestazioni di cura che si fondano su costi e dati uniformi e trasparenti e adempiono le condizioni legali, segnatamente per quanto concerne la copertura dei costi necessari a una fornitura efficiente delle prestazioni.

³ Qualora sia accettata in votazione popolare, la presente legge entra in vigore come segue:

- a. gli articoli 16 capoverso 3^{bis}, 18 capoversi 2^{sexies}, 2^{octies} e 5, 21, 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} e 4, 42 capoversi 2 e 3, 47a capoversi 1, 3, 4, 5 e 7, 47b capoversi 1 e 2, 49a, 50, 51 capoverso 1, 55b, 60, 60a, 79a e 82, tre anni dopo la votazione, a decorrere dal 1° gennaio successivo;

- b. gli articoli 25 capoverso 2 lettera a, 25a, 33 capoversi 2^{bis} e 2^{ter}, 41 capoverso 1, 47c capoversi 2^{bis}, 3, 5 e 7, 52 capoverso 1 lettera a numero 3 e 64 capoversi 5^{bis}, 5^{ter}, 7 lettera b e 8, sette anni dopo la votazione, a decorrere dal 1° gennaio successivo; le parti alla convenzione assicurano che entro tale data vi siano tariffe concernenti le prestazioni di cura che si fondano su costi e dati uniformi e trasparenti e adempiono le condizioni legali, segnatamente per quanto concerne la copertura dei costi necessari a una fornitura efficiente delle prestazioni.

Consiglio nazionale, 22 dicembre 2023

Il presidente: Eric Nussbaumer

Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Consiglio degli Stati, 22 dicembre 2023

La presidente: Eva Herzog

La segretaria: Martina Buol

Data della pubblicazione: 9 gennaio 2024

Termine di referendum: 18 aprile 2024

*Allegato
(cifra III)*

Coordinamento

1. Modifica del 16 dicembre 2022 della LAMal (Legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche)

Indipendentemente dal fatto che entri prima in vigore la presente modifica della legge federale del 18 marzo 1994⁸ sull'assicurazione malattie (LAMal; cifra I) o quella contestuale alla legge federale del 16 dicembre 2022⁹ sulla promozione della formazione in cure infermieristiche (allegato n. 4), alla seconda di queste entrate in vigore o in caso di entrata in vigore simultanea delle due modifiche le disposizioni qui appresso hanno il tenore seguente:

Art. 25 cpv. 2 lett. a, frase introduttiva

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure eseguiti ambulatoriamente, in ospedale o in una casa di cura:

Art. 25a

Abrogato

Art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3

¹ Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

- a. il DFI emana:
 3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati secondo gli articoli 25 capoverso 2 lettera b o per le cure di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera a che non sono dispensate nell'ambito di una cura ospedaliera ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1;

Art. 55b Evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m

¹ Se in un Cantone i costi annui per assicurato delle prestazioni fornite da una delle categorie di fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere b–g e m aumentano più della media svizzera della categoria interessata o i costi per assicurato in tale categoria sono superiori alla media svizzera della categoria in questione, il Cantone può disporre che a nessun nuovo fornitore di prestazioni della categoria in-

⁸ RS 832.10

⁹ FF 2022 3205

teressata sia rilasciata l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² I Cantoni designano le categorie di fornitori di prestazioni interessate secondo il capoverso 1.

2. Modifica del 29 settembre 2023 della LAMal (Misure di contenimento dei costi – Definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità)

Indipendentemente dal fatto che entri prima in vigore la presente modifica della LAMal¹⁰ (cifra I) o quella del 29 settembre 2023¹¹(cifra I), alla seconda di queste entrate in vigore o in caso di entrata in vigore simultanea delle due modifiche la disposizione qui appresso ha il tenore seguente:

Art. 21 cpv. 2 e 4

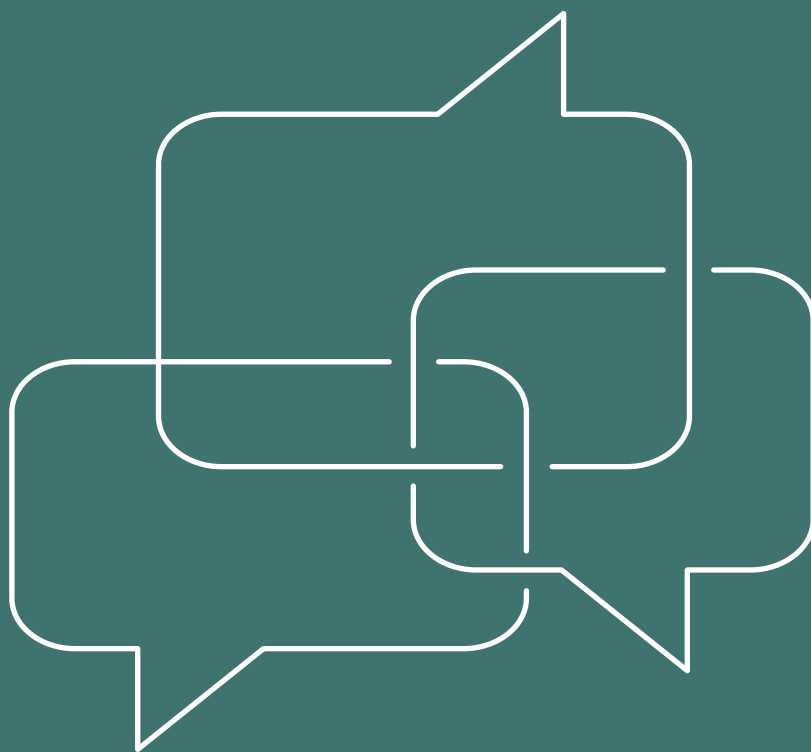
² I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- a. all'UFSP, per sorvegliare l'evoluzione dei costi secondo il tipo di prestazione e il fornitore di prestazioni, nonché elaborare le basi decisionali per misure volte a contenere l'evoluzione dei costi;
- b. all'UFSP, per analizzare gli effetti della legge e della sua esecuzione, nonché elaborare le basi decisionali in vista di modifiche della legge e della sua esecuzione;
- c. all'UFSP, per valutare la compensazione dei rischi;
- d. all'UFSP, per stabilire gli obiettivi in materia di costi di cui all'articolo 54;
- e. all'UFSP, per misurare gli obiettivi in materia di qualità e l'efficienza sotto il profilo dei costi;
- f. ai Cantoni, per esercitare la vigilanza sui fornitori di prestazioni, assicurare una pianificazione che copra i fabbisogni di ospedali, case di cura e case per partorienti, nonché per determinare i numeri massimi di medici.

⁴ L'UFSP mette i dati rilevati a disposizione dei fornitori di dati, dei Cantoni, della ricerca, della scienza e del pubblico.

¹⁰ RS 832.10

¹¹ FF 2023 2303



Argumente

Arguments

Argomenti

Impressum

Herausgeber

Parlamentsdienste / Parlamentsbibliothek
3003 Bern
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Editeur

Services du Parlement / Bibliothèque du Parlement
3003 Berne
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Editore

Servizi del Parlamento / Biblioteca del Parlamento
3003 Berna
doc@parl.admin.ch
parl.ch

Die nachfolgenden Argumente wurden von den Parlamentsdiensten zu Dokumentationszwecken zusammengestellt.

Die Parlamentsdienste selber haben keinerlei Einfluss auf die Gestaltung und den Inhalt derselben.

Les données ci-après ont été rassemblées à des fins documentaires par les Services du Parlement.

Ceux-ci n'ont aucune influence sur la forme ou la nature des arguments présentés.

I seguenti argomenti sono stati riuniti dai Servizi del Parlamento a scopo di documentazione.

I Servizi del Parlamento medesimi non hanno alcun influsso sulla loro impostazione né sul loro contenuto.

Kosten senken, Versorgung stärken

Prämienzahlende endlich entlasten!

Am 24. November

JA zur einheitlichen Finanzierung

- **Ambulante Medizin und Pflege stärken.**
- **Koordination im Gesundheitswesen fördern.**
- **Prämienzahlende entlasten.**

Heute haben wir im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen einen unnötigen Verschleiss an wertvollen Ressourcen. Es entstehen Kosten und Aufwände, welche den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen bringen. Im Gegenteil: Sie schaden dem Personal, den Patientinnen und letztlich uns allen als Steuer- und Prämienzahlende. Ohne Reform werden sich diese Problemfelder weiter zuspitzen:

- Zu viele stationäre Behandlungen
- Zu wenig Koordination unter den Akteuren
- Zu hohe Kosten

Kosten senken, Versorgung stärken

Prämienzahlende endlich entlasten!

Die deutliche Mehrheit der Schweizer Bevölkerung will die gute Qualität unseres Gesundheitswesens nicht gefährden. Dies zeigen Umfragen und das haben auch die vergangenen Abstimmungen gezeigt. Doch das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat bekannte Schwächen. Für viele Prämienzahlende sind die steigenden Prämien eine grosse Belastung. Tatsache ist: In der Schweiz finden heute im Vergleich mit den Nachbarländern zu viele Eingriffe stationär (mit Spitalübernachtung) statt. Es kommt zu unpassenden und teuren Behandlungen. Die Akteure im Gesundheitswesen sind wegen unterschiedlichen finanziellen Interessen oftmals schlecht koordiniert und arbeiten in ihren Silos. Die Kosten steigen ungebremst. Hier setzt die Änderung des Krankenversicherungsgesetzes an, über die wir nun abstimmen:

Die einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen beseitigt längst bekannte Fehlanreize. Die Reform, senkt die Kosten und stärkt durch eine verbesserte Koordination die medizinische Versorgung und die Pflege. So werden die Prämienzahlenden endlich entlastet und die Qualität der Behandlung gefördert. Drei klare Vorteile:

1. Stärkt die ambulante Medizin und Pflege

Der medizinische Fortschritt macht immer mehr Behandlungen ambulant möglich. Das spart Kosten und Patientinnen und Patienten sind schneller wieder selbständig. Doch die Schweiz hinkt dieser Entwicklung hinterher. Immer noch kommt es bei uns zu vielen nicht zwingend nötigen stationären Eingriffen mit Spitalübernachtungen. Auch der Pflegeheimenritt erfolgt häufig früher als nötig. Das ist teuer und die Gesundheitskosten steigen, ohne dass sich die Qualität verbessert. Die vielen Spitalerträge und zu frühe Eintritte in ein Pflegeheim hängen mit dem Finanzierungssystem zusammen. Stationäre Behandlungen sind für die Krankenversicherer attraktiver. Der Grund ist: Während die ambulanten Kosten zu 100 Prozent von den Krankenversicherungen und somit den Prämienzahlenden getragen werden, übernehmen bei stationären Leistungen die Kantone mehr als die Hälfte der Kosten. Darum haben die Krankenversicherer im bestehenden System wenig Interesse an der konsequenten Förderung des ambulanten Bereichs.

Ambulante Behandlungen sind medizinisch häufig sinnvoller und für die Patientinnen und Patienten angenehmer. Das Risiko von Spitalinfektionen ist kleiner. Für das Pflegepersonal ist die Arbeit weniger belastend. Nachtschichten und unregelmässige Arbeitszeiten gehen zurück. Die einheitliche Finanzierung ist somit auch ein Beitrag gegen den Fachkräftemangel. In der Langzeitpflege macht sie betreutes Wohnen attraktiver und der Eintritt ins Pflegeheim kann verzögert erfolgen. Auch die längere Selbständigkeit von älteren Menschen sprechen für die Reform. **Die einheitliche Finanzierung stärkt die ambulante Medizin und Pflege.**



2. Fördert die Koordination im Gesundheitswesen

Heute agieren die zahlreichen Akteure im Gesundheitswesen in ihren eigenen Silos. Die Koordination unter den Leistungserbringern, den Versicherern und den Kantonen bleibt in der Regel auf der Strecke. Da eine koordinierte Versorgung vor allem im ambulanten Bereich stattfindet, geht der Aufwand dafür voll zu Lasten der Krankenversicherer und somit der Prämienzahlenden. Die Einsparungen durch die Koordination fallen jedoch oft im stationären Bereich an. Das heisst: Bezahlt wird die Koordination heute von den Prämienzahlenden, entlastet werden aber die Kantone. Für die Krankenkassen ist es deshalb im bestehenden System kaum attraktiv, die Koordination von medizinischen Leistungen auch finanziell zu fördern. Dies führt zu einer teils unkoordinierten (Über-) oder Falschversorgung. Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen sind die Folge und treiben die Gesundheitskosten weiter unnötig in die Höhe.

Mit der einheitlichen Finanzierung wird die Koordination in der Patientenversorgung gestärkt. Die finanziellen Einzelinteressen treten aufgrund des fixen Finanzierungsschlüssels in den Hintergrund. Damit stehen neu optimale Versorgungsstrukturen und die Gesamtkosten im Fokus. Die einheitliche Finanzierung bietet eine Grundlage für eine besser funktionierende integrierte Versorgung. Wenn alle Akteure am gleichen Strick ziehen – Ärzte, Therapeutinnen, Spitex, Spitäler und Pflegeheime –, dann nützt das insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten. Unnötige Mehrfachuntersuchungen entfallen. **Die einheitliche Finanzierung fördert die Koordination im Gesundheitswesen.**

3. Entlastet die Prämienzahlenden

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen. Doch noch stärker als die Gesundheitskosten wachsen die Krankenkassenprämien. Heute sind die Prämien die Hauptsorge Nummer 1 der Schweizerinnen und Schweizern. Die Kostenlast verschiebt sich immer mehr in den ambulanten Bereich. Das führt automatisch dazu, dass die Prämienzahlenden einen immer höheren Anteil an den Gesamtkosten übernehmen müssen. Denn an den ambulanten Kosten beteiligen sich die Kantone heute nicht. Das bedeutet, je mehr ambulant behandelt wird, desto höher die Belastung der Prämienzahlenden. Darum sind die Prämien in den letzten Jahren stärker gestiegen als die Gesundheitskosten. Dieser zusätzliche Prämien Schub ist unnötig. Es braucht dringend eine Korrektur. Nur so sind die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu schaffen.

Die Reform stoppt die zunehmend ungerechte Verteilung zulasten der Prämienzahlenden und sie senkt die Gesamtkosten massgeblich. Die gestärkte ambulante Medizin und Pflege, und eine verbesserte Koordination im Gesundheitswesen bergen ein grosses Sparpotenzial. Der Bund hat den Kosteneffekt der Reform berechnet. Mit der einheitlichen Finanzierung können pro Jahr 440 Millionen Franken eingespart werden. Die Verteilungslast wird korrigiert und die Gesundheitskosten werden gesenkt. **Die einheitliche Finanzierung entlastet die Prämienzahlenden.**

Wichtige Gründe für die einheitliche Finanzierung

Die Ambulantisierung hat in der Schweiz ein Sparpotenzial in Milliardenhöhe¹. Doch die Entwicklung wird durch das heutige System gebremst und die Kostenlast bleibt allein bei den Prämienzahlenden hängen. Mit der einheitlichen Finanzierung werden die Ursachen der Fehlentwicklung beseitigt.

- Wenn wir jedoch mit dem heutigen Finanzierungssystem und seinen Fehlanreizen weiterwursteln, vergeben wir die Chance endlich die Prämienzahlenden zu entlasten. Im Gegenteil: Die Prämien werden forciert weiter steigen und die Prämienzahlenden müssen die ganze Last des Trends hin zur ambulanten Medizin selbst tragen. **Dieser wachsenden Ungerechtigkeit setzt die Reform ein Ende.**
- Unsere Gesundheitsversorgung ist gut, aber das System kränkelt. So kann es nicht weitergehen. Die Finanzierung im Gesundheitswesen ist viel zu kompliziert und führt zu längst bekannten Fehlanreizen. Niemand würde heute so ein Silo-System einführen. Mit der einheitlichen Finanzierung werden die Gesundheitsleistungen nach dem gleichen Schlüssel finanziert, egal ob stationär, ambulant oder in der Pflege: Rund $\frac{3}{4}$ über Prämien und rund $\frac{1}{4}$ durch die Kantone. **Das bringt die nötige Klarheit und Transparenz.**
- Die Korrektur ist im Interesse von Patientinnen und Patienten. Sie profitieren von einer verbesserten Koordination und weniger unnötigen Leistungen. Die integrierte Versorgung und mit ihr die Hausarztmedizin werden gestärkt. Insbesondere chronisch kranke Menschen profitieren von einer integrierten Versorgung. Menschen können auch bei komplexeren Krankheiten zuhause versorgt werden. Insbesondere ältere Menschen werden umfassender betreut und können durch die Stärkung des ambulanten Bereichs länger zuhause bleiben. Damit werden Spitaleintritte verhindert und der Eintritt ins Pflegeheim erfolgt erst, wenn er wirklich nötig ist. **Alle ziehen am gleichen Strick.**
- Die einheitliche Finanzierung beseitigt teure Mängel im Gesundheitswesen. Sie ist eine über Jahre erarbeitete und sehr breit abgestützte Lösung. Sie fördert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeutinnen, Spitex, Spitälern und Pflegeheimen. Die Ambulantisierung entlastet das Personal und setzt unnötig belastete Ressourcen frei. Sowohl der Bundesrat als auch das Parlament und die Kantone sind klar für die einheitliche Finanzierung. Das Gesundheitswesen steht geschlossen hinter der einheitlichen Finanzierung. **Es braucht diese gesunde Reform.**

Die einheitliche Finanzierung kann nicht alle Herausforderungen im Gesundheitswesen auflösen, aber sie bringt Klarheit in einem wichtigen Teil: Bei der Art der Finanzierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen. Mit der Reform beteiligen sich die Kantone wieder stärker an den Gesundheitskosten. **Die einheitliche Finanzierung stärkt die Versorgungsqualität, senkt die Kosten und entlastet die Prämienzahlenden.**

¹ Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen, PWC

Spezifische Gründe aus Sicht der Pflege

Auch in der Pflegefinanzierung spielen die gleichen Fehlanreize. Beispielsweise gelten für die gleichen Leistungen im ambulanten Bereich höhere Stundenansätze als im Pflegeheim. Die Krankensicherer drängen darum auf einen Heimeintritt, auch wenn die Gesamtkosten im ambulanten Bereich tiefer liegen. Die ambulante Pflege ist wegen der Finanzierung für die Versicherer teurer als die stationäre Pflege. Die Kantone treiben wiederum die Prämien in die Höhe, sofern sie die ambulante Pflege fördern und Heimeintritte verzögern. Dieser Röhrenblick muss einem Gesamtblick weichen: Die Entwicklung einer integrierten Versorgung in der Pflege vom angestammten zuhause über das betreute Wohnen bis zum Pflegeheim.

- Menschen können nach einer Operation durch die ambulante Pflege **zuhause nahtlos und professionell versorgt** werden.
- Die Weiterentwicklung intermediärer Angebote, zum Beispiel für ältere Menschen, wird erleichtert: betreutes Wohnen, Tages- und Nachtstrukturen, Kurzeilaufenthalte in Pflegeheimen zur Entlastung der Angehörigen etc. **Die Kostenvorteile ambulanter Pflegeleistungen werden genutzt, ohne dass die Prämienzahlenden stärker belastet werden.**
- Das Sondersetting für die Pflege wird aufgehoben. Sie wird Teil einer ganzheitlich verstandenen Gesundheitsversorgung. Die ambulante und stationäre Pflege übernimmt zunehmend die postoperative Pflege nach medizinischen Eingriffen und entlastet die teureren Strukturen. **Die Pflege wird endlich zum integralen Bestandteil in die Gesundheitsversorgung.**
- Die einheitliche Finanzierung schafft bessere Voraussetzungen, um die Pflegeleistungen und die Leistungen zur Betreuung von Personen mit Unterstützungsbedarf koordiniert zu entwickeln. Die Person mit ihrem Pflegebedarf steht im Zentrum, die Versorgung erfolgt in dem Setting, das dem Bedarf entspricht. **Die Förderung einer personenzentrierten Pflege wird erleichtert.**
- Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt nach dem gleichen Verteilschlüssel wie alle anderen Gesundheitsleistungen. Für die Pflegeleistungen werden Tarife entwickelt für eine einheitliche Abgeltung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen. **Die Kostentransparenz wird erhöht.**

Die Pflegefinanzierung ist heute äusserst kompliziert. Neben der Finanzierung durch Prämien sind die Kantone für die Restfinanzierung zuständig. Jedoch ist unklar, wie die kantonale Restfinanzierung ausgestaltet ist, ob und wieviel die Kantone an die Gemeinden delegieren. Jeder Kanton kann so seinen Anteil nach eigenem Ermessen ausgestalten. Die Folge dieser Regelung ist ein föderalistischer Wildwuchs an Umsetzungen. Es kommt zu Finanzierungslücken. Die Stabilität zu einer nachhaltigen und einheitlichen Weiterentwicklung der Pflege fehlt komplett.

Maîtriser les coûts, renforcer les soins.

Freiner les primes et préparer l'avenir !

Le 24 novembre

OUI au financement uniforme (réforme LAMal)

- **Renforcer la médecine ambulatoire et les soins.**
- **Promouvoir la coordination dans le domaine de la santé.**
- **Soulager les payeurs de primes.**

Aujourd'hui, dans le secteur de la santé, des ressources précieuses sont gaspillées à différents niveaux. Il en résulte des coûts et des dépenses inutiles qui n'apportent aucun avantage aux patients. Au contraire, ils nuisent aux patients et au personnel, et en fin de compte, à nous tous, contribuables et payeurs de primes. Sans réforme, ces problèmes continueront de s'aggraver :

- Trop de traitements hospitaliers stationnaires
- Trop peu de coordination entre les acteurs
- Des coûts trop élevés

Maîtriser les coûts, renforcer les soins

Freiner les primes et préparer l'avenir !

La loi actuelle sur l'assurance maladie (LAMal) a des faiblesses connues. Notamment, pour de nombreux ménages, l'augmentation des primes est devenue une charge très, voire trop importante. Une chose est en tout cas claire : **une large majorité de la population suisse ne veut pas mettre en péril la bonne qualité de notre système de santé.** C'est ce que montrent les votations passées, comme tous les sondages sur la question. Alors que faire ? En comparaison avec les pays voisins, on doit en tout cas constater que trop d'interventions en Suisse ont encore lieu aujourd'hui en stationnaire (avec une nuit d'hospitalisation). Il en résulte des traitements plus coûteux, et parfois même inadaptés. En raison d'intérêts financiers divergents, les acteurs sont aussi souvent mal coordonnés et travaillent en silos. Alors les coûts continuent d'augmenter de manière soutenue, sans véritable recherche globale d'optimisation. C'est ce que veut changer la réforme de la loi sur l'assurance maladie sur laquelle nous allons voter :

Le financement uniforme de toutes les prestations de l'assurance de base veut éliminer les incitations inappropriées connues depuis longtemps. La réforme vise ainsi une meilleure maîtrise des coûts et une coordination améliorée de la prise en charge médicale et soignante. Il s'agit de soulager enfin les payeurs de primes, sans concession sur la qualité des traitements. Au moins trois avantages clairs découlent de cette réforme :

1. Le financement uniforme renforce la médecine ambulatoire et les soins.

Les progrès de la médecine permettent de plus en plus de traitements ambulatoires. Cela permet de réduire les coûts et les patients retrouvent plus rapidement leur autonomie. Mais la Suisse est à la traîne. Dans notre pays, il y a encore beaucoup d'interventions dites stationnaires, avec au moins une nuit d'hospitalisation, qui ne sont pas indispensables. De même, l'entrée en EMS se fait parfois encore trop tôt. Tout ceci coûte cher, et les coûts de la santé augmentent globalement sans que la qualité ne s'améliore. Or les hospitalisations stationnaires et les admissions en EMS sont aussi liées au système de financement. Les traitements stationnaires sont plus intéressants pour les assureurs maladie. La raison est la suivante : alors que les coûts ambulatoires sont supportés à 100 % par les assurances maladie et donc par les payeurs de primes ; les cantons prennent en charge plus de la moitié des coûts (55%) lors de prestations stationnaires. C'est pourquoi, dans le système actuel, les assureurs-maladie ont peu d'intérêt à promouvoir systématiquement le secteur ambulatoire, même si c'est globalement moins cher.

Pourtant, les traitements ambulatoires sont souvent plus judicieux sur le plan médical et plus agréables pour les patients. Le risque d'infections contractées à l'hôpital est aussi moins élevé. Pour le personnel soignant, le travail est moins pénible lorsqu'il est fait de jour. Plus d'ambulatoire, c'est donc aussi globalement moins d'équipes de nuit et des horaires de travail plus réguliers. Le financement uniforme apporte donc aussi une contribution à la lutte contre la pénibilité, l'une des causes de la pénurie de personnel qualifié. Dans le domaine des soins de longue durée, en encourageant les soins à domicile ou en logement protégé qui permettent de maintenir l'autonomie des personnes

âgées, il vise aussi à retarder l'entrée en EMS. Clairement, **le financement uniforme renforce la médecine ambulatoire et les soins.**

2. Le financement uniforme favorise la coordination dans le domaine de la santé.

Aujourd'hui, les nombreux acteurs du secteur de la santé agissent souvent chacun dans leur silo, sans suffisamment prendre en compte l'intérêt global. La coordination entre les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons est négligée. Lorsqu'une coordination des soins pour un patient est mise en place, son coût est aussi entièrement à charge des assureurs-maladie et donc, des payeurs de primes. Mais les économies réalisées le sont surtout dans le domaine hospitalier stationnaire. Cela signifie que la coordination est aujourd'hui payée par les payeurs de primes, d'abord pour le profit des cantons. Il n'est donc guère intéressant pour les caisses-maladie de promouvoir la coordination dans le système actuel. Or une mauvaise coordination des soins favorise les traitements à double ou inutiles, qui font exagérément grimper les coûts de la santé.

Grâce à la clé de répartition fixe des coûts entre les assureurs maladie et les cantons, le financement uniforme fait de la coordination un but financier commun vertueux, tout en mettant le patient au centre. L'accent est mis sur les structures de soins optimales et les coûts globaux, ce qui offre aussi une meilleure base au fonctionnement des soins intégrés. Si tous les acteurs tirent à la même corde (médecins, thérapeutes, services d'aide et de soins à domicile, hôpitaux et établissements médico-sociaux), cela profitera en particulier aux patients atteints de maladies chroniques. Les examens multiples inutiles n'ont plus de raison d'être. **Le financement uniforme favorise la coordination dans le domaine de la santé.**

3. Le financement uniforme soulagera les payeurs de primes.

Les coûts de la santé augmentent en Suisse. Mais les primes d'assurance maladie augmentent encore plus fortement que les coûts de la santé. Aujourd'hui, les primes sont le souci numéro 1 des Suisses. Le poids des coûts se déplace de plus en plus vers le secteur ambulatoire. Cela conduit automatiquement à ce que les payeurs de primes déboursent une part de plus en plus importante des coûts totaux. Car aujourd'hui, les cantons ne participent pas aux coûts ambulatoires. Cela signifie que plus les traitements ambulatoires sont nombreux, plus la charge des payeurs de primes est élevée. C'est surtout à cause de ce « virage ambulatoire » que les primes ont augmenté plus fortement que les coûts de la santé au cours des dernières années. Cette hausse supplémentaire des primes n'est pas nécessaire. Il est urgent de corriger le tir et d'opter pour des traitements ambulatoires moins coûteux, qui seront désormais également financés par les cantons. C'est la seule façon de relever les défis qui se posent à long terme dans le domaine de la santé.

La réforme met un terme à la répartition de plus en plus injuste et toujours moins solidaire qui impacte les payeurs de primes, tout en aidant à nettement mieux maîtriser les coûts globaux. Le renforcement de la médecine ambulatoire et des soins à domicile, ainsi que l'amélioration de la coordination, recèlent un grand potentiel d'économies. La Confédération a calculé l'effet de la réforme sur les coûts. Le financement uniforme permet d'économiser 440 millions de francs par an. Le report de charge sur les assurés est corrigé et l'augmentation des coûts de la santé est maîtrisée. **Avec**

cette réforme, les primes ne pourront plus à l'avenir augmenter plus vite que les coûts ! Le financement uniforme soulagera les payeurs de primes.

Raisons importantes pour un financement uniforme

Le renforcement de l'ambulatoire dispose d'un potentiel d'économies de plusieurs milliards¹. Mais son développement est freiné par le système de financement actuel, qui n'en reporte les coûts que sur les payeurs de primes. Le financement uniforme permet de s'attaquer aux causes de cette évolution défavorable.

- Si nous continuons à nous débattre avec le système de financement actuel et ses mauvaises incitations, nous perdrons l'occasion de soulager enfin les payeurs de primes. Pire encore, les primes continueront à augmenter de manière plus élevée que les coûts globaux de la santé; les assurés devront supporter eux-mêmes toute la force centrifuge du virage ambulatoire, dans un système toujours moins solidaire. **La réforme met fin à cette injustice croissante.**
- Nos soins de santé sont bons, mais le système est malade. On ne peut plus continuer ainsi. Le financement dans le secteur de la santé est beaucoup trop compliqué et conduit à des incitations inappropriées, connues depuis longtemps. Personne n'introduirait aujourd'hui un tel système pour financer l'assurance de base. Avec le financement uniforme, les prestations de santé sont financées selon la même clé de répartition, que ce soit en stationnaire, en ambulatoire ou dans les soins de longue durée : environ $\frac{3}{4}$ par les primes et environ $\frac{1}{4}$ par les cantons. Pour mieux piloter le système, **cela procure enfin la clarté et la transparence nécessaires.**
- Cette correction est dans l'intérêt des patients. Ils bénéficieront d'une meilleure coordination et de moins de prestations inutiles. Les soins intégrés et, avec eux, la médecine de famille, seront renforcés. Les personnes souffrant en particulier de maladies chroniques profiteront des soins intégrés. Les personnes âgées bénéficieront d'une prise en charge plus complète et pourront rester plus longtemps chez elles grâce au renforcement voulu des dispositifs ambulatoires. L'entrée en EMS ne se fera plus que lorsqu'elle sera vraiment nécessaire. **Tout le monde tirera à la même corde.**
- Le financement uniforme éliminera des lacunes coûteuses de notre système de santé. Il s'agit d'une solution élaborée sur plusieurs années et bénéficiant d'un très large soutien. Elle favorise la collaboration entre les médecins, les thérapeutes, les services d'aide et de soins à domicile, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Le renforcement de l'ambulatoire soulage le personnel et libère des ressources inutilement chargées. Tant le Conseil fédéral que le Parlement et les cantons sont clairement favorables au financement uniforme. Le secteur de la santé est largement uni derrière le financement uniforme. **C'est une réforme saine et nécessaire.**

¹ L'ambulatoire avant l'hospitalier. Ou comment économiser un milliard de francs par an, PWC

Le financement uniforme ne peut pas résoudre tous les défis dans le domaine de la santé, mais il apporte de la clarté dans un domaine important : le mode de financement des prestations médicales et des soins. Avec la réforme, les cantons participent à nouveau davantage aux coûts de la santé, selon le principe de solidarité de la LAMal. **Le financement uniforme renforce la qualité des soins, réduit les coûts et allège la charge des payeurs de primes.**

Raisons spécifiques du point de vue des soins

Les mêmes incitations inappropriées se retrouvent également dans le financement des soins. Par exemple, pour les mêmes prestations de soins, les tarifs horaires sont plus élevés dans les soins à domicile que dans les Centres de traitement et réadaptation (CTR) ou les établissements médico-sociaux (EMS). Les assureurs-maladie poussent donc à l'entrée en institution, même si les coûts totaux sont moins élevés à domicile ou dans les structures intermédiaires. Paradoxalement, les cantons font à leur tour grimper les primes lorsqu'ils encouragent les soins à domicile et retardent l'entrée en institution. Cette vision en silos doit céder la place à une vision globale : Le développement d'une prise en charge intégrée dans les soins de longue durée, du domicile habituel à l'EMS en passant par l'habitat protégé.

- Le développement d'offres intermédiaires sera facilité : logements protégés, structures de jour et de nuit, séjours de courte durée pour soulager les proches, etc. **Les avantages en termes de coûts de toutes ces prestations ambulatoires seront mieux exploités sans que les payeurs de primes ne soient impactés négativement.**
- Le régime spécial pour les soins est supprimé (aujourd'hui, seulement un financement partiel des assurances maladie). Ceux-ci deviennent donc partie intégrante d'une prise en charge globale des soins de santé dans l'assurance de base. Les soins ambulatoires prendront aussi de plus en plus en charge les soins postopératoires après des interventions médicales et soulageront les structures plus coûteuses. **Les soins seront désormais pleinement reconnus et considérés à leur juste valeur dans le système de santé.**
- Le financement uniforme crée de meilleures conditions pour développer de manière coordonnée les prestations de soins et les prestations de prise en charge des personnes ayant besoin d'assistance. La personne et ses besoins en soins sont au centre des préoccupations et les soins sont dispensés dans un cadre qui correspond aux besoins. **La promotion de soins centrés sur la personne est facilitée.**
- Les prestations de soins sont financées selon la même clé de répartition que toutes les autres prestations de santé. Des structures tarifaires devront aussi être développées pour une valorisation uniforme des prestations fournies en ambulatoire et en stationnaire. Ce qui permettra une **transparence accrue sur les coûts.**

Le financement des soins est aujourd'hui extrêmement compliqué. Outre le financement par les primes, les cantons sont responsables du financement résiduel, mais avec pour certains d'entre eux des modes de délégation aux communes tout sauf clairs et comparables. Chaque canton peut ainsi aménager sa part comme il l'entend. Le mille-feuilles fédéraliste actuel génère aussi tôt ou tard des lacunes de financement, puisque chacun se renvoie la balle sans se soucier de l'intérêt global. La stabilité nécessaire au développement stratégique des soins de longue durée fait complètement défaut.

Ridurre i costi, rafforzare le cure

Freniamo l'aumento dei premi!

Il 24 novembre diciamo

Sì al finanziamento uniforme

- **Per rafforzare la medicina ambulatoriale.**
- **Per sostenere la coordinazione del sistema sanitario.**
- **Per sgravare gli assicurati.**

Oggi a vari livelli del settore sanitario siamo confrontati a un inutile spreco di preziose risorse e sosteniamo costi e spese che non portano alcun beneficio ai pazienti. Al contrario, danneggiano il personale, i pazienti e, in ultima analisi, tutti noi che paghiamo le imposte e i premi di cassa malati. Senza una riforma, queste situazioni si aggraveranno ulteriormente:

- Troppi trattamenti in ospedale
- Troppo poco coordinamento fra gli attori del settore
- Costi troppo elevati

Ridurre i costi, rafforzare le cure

Sgravare finalmente gli assicurati!

La legge attuale sull'assicurazione malattie (LAMal), presenta noti punti deboli. Per molti assicurati l'aumento dei premi rappresenta un grosso onere. **È chiaro, tuttavia, che una netta maggioranza degli elettori non vuole mettere a repentaglio la buona qualità del nostro sistema sanitario.** Questo è dimostrato sia dai sondaggi che dalle votazioni passate. Resta il fatto che in Svizzera, oggi, un numero relativamente eccessivo di operazioni viene effettuato in regime di degenza ospedaliera (con pernottamento in ospedale) e che questo porta a cure inappropriate e costose. A causa poi di interessi finanziari divergenti, gli attori sanitari non si coordinano e ognuno lavora senza tener conto delle esigenze dell'altro. E i costi continuano a crescere. In questo contesto entra in gioco la revisione della legge sull'assicurazione malattie sulla quale saremo chiamati a votare:

Il finanziamento uniforme delle prestazioni sanitarie elimina quei disincentivi noti da tempo. La riforma riduce i costi e rafforza l'assistenza medica grazie a un migliore coordinamento. Così facendo si potrà finalmente alleggerire l'onere per gli assicurati e promuovere la qualità delle cure. Tre chiari vantaggi:

1. Il finanziamento unitario rafforza la medicina ambulatoriale.

I progressi nella medicina permettono sempre più trattamenti su base ambulatoriale. Questo consente di risparmiare sui costi e permette al contempo ai pazienti di essere più velocemente di nuovo autonomi. Bisogna ricordare che però, purtroppo, oggi la Svizzera è in ritardo rispetto a questo tipo di sviluppi. Ancora molte operazioni prevedono il pernottamento in ospedale anche dove questo non sarebbe necessario, i pazienti vengono ospedalizzati prima del tempo e questo porta ad un aumento dei costi delle prestazioni sanitarie, il tutto senza migliorarne la qualità. I numerosi ricoveri ospedalieri e i ricoveri prematuri in case di cura sono legati al sistema di finanziamento. Il trattamento ospedaliero è più interessante per le assicurazioni malattia. Il motivo è legato al fatto che mentre il 100% dei costi ambulatoriali è a carico delle assicurazioni malattia, e quindi degli assicurati, i cantoni coprono più della metà dei costi dei servizi ospedalieri. Per questo motivo gli assicuratori malattia hanno scarso interesse a promuovere in modo coerente il settore ambulatoriale.

Le cure ambulatoriali sono spesso più sensate dal punto di vista medico e sono più confortevoli per i pazienti. Il rischio di infezioni legate alla permanenza in ospedale è minore. Il lavoro è meno stressante per il personale sanitario. I turni notturni e gli orari di lavoro più irregolari sono ridotti. Il finanziamento unitario contribuisce quindi anche a combattere la carenza di personale qualificato. Nel il settore dell'assistenza, la possibilità di sostegno a domicilio significherebbe poter ritardare il ricovero in casa di riposo e questo, a sua volta, darebbe una maggiore indipendenza delle persone anziane, anche questo depone a favore di questa riforma. **Il finanziamento uniforme rafforza la medicina ambulatoriale.**

2. Il finanziamento uniforme sostiene il coordinamento delle cure sanitarie.

Oggi i numerosi fornitori di prestazioni del sistema di cura operano in modo poco coordinato. Il coordinamento tra fornitori di servizi, assicuratori e cantoni viene meno. Laddove l'assistenza invece è coordinata i costi sono interamente a carico delle assicurazioni malattia e quindi degli assicurati. Tuttavia, i risparmi derivanti dal coordinamento sono spesso realizzati nel settore ospedaliero. Ciò significa che attualmente il coordinamento è pagato dagli assicurati e che i cantoni invece ne sono completamente sollevati. Nel sistema attuale, quindi, per questioni legate al finanziamento, per le casse malati è poco incentivante promuovere il coordinamento dei servizi medici. Questo porta in alcuni casi a un'assistenza non coordinata (eccessiva) o non corretta. Ne conseguono doppioni e trattamenti inutili che però fanno lievitare inutilmente i costi delle cure.

Un finanziamento uniforme rafforzerà il coordinamento dell'assistenza ai pazienti. Gli interessi finanziari individuali passerebbero in secondo piano grazie ad una chiave di finanziamento neutra. L'attenzione è rivolta all'ottimizzazione delle strutture di cura e dei costi complessivi. Il finanziamento unitario costituisce la base per un migliore funzionamento dell'assistenza integrata. L'unione di tutti gli attori - medici, terapeuti, Spitex, ospedali e case di cura - è particolarmente vantaggiosa per i pazienti affetti da malattie croniche. Non sarà più necessario sottoporsi a esami multipli. **Il finanziamento unitario promuove il coordinamento delle cure sanitarie.**

3. Il finanziamento uniforme sgrava gli assicurati.

In Svizzera i costi della salute sono in aumento, ma i premi di cassa malati crescono ancora più rapidamente dei costi della salute. Oggi i premi di cassa malati rappresentano la prima fonte di preoccupazione degli svizzeri. Il peso dei costi sempre più si sposta nell'ambito ambulatoriale e questo porta automaticamente a caricare i costi sugli assicurati con una sempre maggiore partecipazione ai costi totali. E i Cantoni ad oggi non contribuiscono alle spese ambulatoriali. Il trasferimento dei costi a carico degli assicurati aumenta costantemente e va di pari passo con il progredire delle prestazioni ambulatoriali. Per questa ragione i premi di cassa malati sono aumentati più rapidamente dei costi della salute. Questa ulteriore impennata dei costi dei premi di cassa malati non è necessaria ed urge una correzione.

Con la riforma si pone fine alla redistribuzione sempre più iniqua a scapito degli assicurati e si riducono al contempo in modo significativo i costi complessivi. Il rafforzamento della medicina ambulatoriale e il miglioramento del coordinamento del sistema di cure offrono un grande potenziale di risparmio. La Confederazione ha calcolato l'effetto che questa riforma avrà sui costi. Con un finanziamento uniforme si potranno risparmiare 440 milioni di franchi all'anno. La redistribuzione dei costi sarà così corretta e i costi delle cure saranno ridotti. **Il finanziamento unitario riduce l'onere finanziario per gli assicurati.**

I motivi a favore di un finanziamento uniforme

¹Il rafforzamento della medicina ambulatoriale permetterebbe di risparmiare miliardi. Il sistema attuale di finanziamento invece rallenta lo sviluppo e il peso dei costi rimane esclusivamente a carico degli assicurati. Con il finanziamento uniforme si combattono le cause di questo sviluppo erroneo.

- Se tuttavia si continuerà a trascinare il sistema attuale di finanziamento, e con esso i suoi incentivi fuorvianti, perderemo l'opportunità di finalmente alleggerire i costi per gli assicurati. Al contrario: i premi continueranno a crescere a un ritmo accelerato e gli assicurati dovranno sostenere da soli l'intero peso del tred verso la medicina ambulatoriale. **La riforma pone fine a questa crescente ingiustizia.**
- La nostra assistenza sanitaria è buona, è il sistema ad essere malato. Non si può continuare così. Il finanziamento del sistema delle cure sanitarie è troppo complicato e porta a disincentivi consolidati. Oggi nessuno introdurrebbe un sistema del genere. Con il finanziamento unitario i servizi di cure vengono finanziati con la stessa chiave di riparto, indipendentemente dal fatto che si tratti di cure ospedaliere, ambulatoriali o a lungo termine: circa $\frac{3}{4}$ attraverso i premi e circa $\frac{1}{4}$ dai Cantoni. **Questo garantisce la necessaria chiarezza e trasparenza.**
- La correzione è nell'interesse dei pazienti che beneficeranno di un migliore coordinamento e di una riduzione di cure non necessarie. L'assistenza integrata, e con essa la medicina generale, saranno rafforzate. I malati cronici in particolare beneficeranno di cure integrate. Gli anziani, grazie al rafforzamento del settore ambulatoriale, percepiranno un'assistenza più completa e potranno restare al loro domicilio più a lungo. Il ricovero in una casa di cura avverrebbe solo quando strettamente necessario. **Tutti tirano nella stessa direzione.**
- Il finanziamento uniforme elimina le costose lacune del sistema sanitario. È una soluzione che è stata sviluppata nel corso di molti anni e che gode di un ampio sostegno. Promuove la cooperazione tra medici, terapisti, Spitex, ospedali e case di cura. L'assistenza ambulatoriale alleggerisce il personale e libera risorse inutilmente impegnate. Il Consiglio federale, il Parlamento e i Cantoni sono tutti chiaramente a favore di un finanziamento uniforme. Il mondo sanitario è unito a favore di un finanziamento uniforme. **Abbiamo bisogno di questa sana riforma.**

Il finanziamento uniforme non può risolvere tutte le sfide del sistema sanitario, ma fa chiarezza in un settore importante: il modo in cui vengono finanziati i servizi medici e infermieristici. Con la riforma, i Cantoni torneranno a contribuire maggiormente ai costi della sanità. **Il finanziamento uniforme migliora la qualità delle cure, riduce i costi e alleggerisce l'onere per gli assicurati.**

¹ Il paziente ambulatoriale prima del paziente ospedaliero. O come risparmiare un miliardo di franchi all'anno, PWC

Motivi specifici dal punto di vista delle cure

Anche nel finanziamento delle cure si evidenziano gli stessi falsi incentivi. Ad esempio, le tariffe orarie per le stesse prestazioni applicate nel settore ambulatoriale sono più elevate di quelle applicate in una casa di cura. Le casse malati spingono quindi per il ricovero in una casa di cura, anche se poi i costi totali sono inferiori nel settore ambulatoriale. Per gli assicuratori, l'assistenza ambulatoriale risulta più costosa di quella ospedaliera a causa del finanziamento. I cantoni, a loro volta, portano ad un aumento dei premi perché promuovono l'assistenza ambulatoriale e ritardano il ricovero in ospedale. Questa visione tubolare deve lasciare il passo a una visione d'insieme: Lo sviluppo delle cure integrate a lungo termine, dalla cura a domicilio, alla residenza assistita fino alle case di riposo.

- L'ulteriore sviluppo di servizi intermedi viene favorito: residenze assistite, strutture diurne e notturne, soggiorni di breve durata in case di cura per alleggerire il carico delle famiglie, ecc. **I benefici in termini di costi dei servizi di assistenza ambulatoriale vengono sfruttati senza gravare maggiormente sugli assicurati.**
- La regolamentazione speciale per le cure viene abolita. Questa diventa parte integrante di un approccio olistico all'assistenza sanitaria. Le cure ambulatoriali e stazionarie assumono un ruolo di assistenza post-operatoria dopo gli interventi chirurgici, alleggerendo così la spesa più onerosa delle strutture. **Le cure diventano parte integrante dell'assistenza sanitaria.**
- Un finanziamento uniforme crea condizioni quadro migliori per lo sviluppo coordinato dei servizi di assistenza e dei servizi per le persone con esigenze di supporto. La persona e i suoi bisogni di cure sono al centro dell'interesse e le cure sono fornite in un ambiente che ne soddisfa le esigenze. **Semplificazione della promozione di un'assistenza incentrata sulla persona.**
- I finanziamenti dei servizi di cura sono finanziati secondo la stessa chiave di riparto di tutte le altre prestazioni sanitarie. Per le prestazioni sanitarie saranno sviluppate delle tariffe che permetteranno un pagamento unitario dei servizi ambulatoriali e ospedalieri. **La trasparenza dei costi è aumentata.**

Oggi il finanziamento delle cure medico-sanitarie è estremamente complicato e ogni cantone definisce le proprie tariffe. Oltre al finanziamento tramite i premi anche in questo caso la Confederazione sottostà ad un obbligo di finanziamento. Non è tuttavia chiaro con quale quota di partecipazione e se deleghi il finanziamento ai comuni. Di conseguenza ogni Cantone può definire a quanto ammonti la propria quota parte come meglio crede. La conseguenza di questa regolamentazione è un proliferare di tipo federale dell'applicazioni che porta a lacune di finanziamento. Ne consegue una completa mancanza di stabilità dello sviluppo strategico delle cure a lungo termine.

DIE ÄNDERUNG DES KRANKENVERSICHERUNGSGESETZES EINHEITLICHE FINANZIERUNG VON LEISTUNGEN / EFAS

Fassung 24. September 2024

Am 23. Dezember 2023 verabschiedete das Parlament EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär), eine Reform zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Es handelt sich dabei um eine grundlegende Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems, die von der Lobby der Versicherer durchgesetzt wurde. Ziel ist es, die finanzielle Verantwortung von den Kantonen auf die Krankenkassen zu übertragen. Damit erhalten die Versicherer noch mehr Macht, um unser Gesundheitssystem zu lenken. Der VPOD hat gegen diese Revision das Referendum ergriffen, das im April 2024 zustande kam. Am 24. November 2024 ruft der VPOD die Bevölkerung auf, NEIN zu zur Revision des KVG; EFAS zu stimmen, da diese Reform zu Einsparungen beim Gesundheitspersonal führt, die Gesundheitsausgaben in gewinnorientierte Bereiche lenkt und die Versicherungsprämien verteuert.

2. Wie werden durch die Revision die Karten in der Finanzierung neu gemischt?

Das KVG in seiner aktuellen Form ist unbefriedigend. Im Gegensatz zu allen anderen Sozialversicherungen werden die individuellen Prämien pro Kopf berechnet, ohne jeglichen Zusammenhang mit dem Einkommen. Der Direktor einer Krankenkasse (wie Herr Direktor der Groupe Mutuel, der im Jahr 2022: 780'000.- pro Jahr erhalten hat) zahlt bei gleicher Franchise die gleiche Grundprämie von CHF 471.- pro Monat wie die Angestellte in der Cafeteria eines Spitals (die Vollzeit CHF 58'500.- pro Jahr verdient). Der eine gibt 0,72 % seines Einkommens für die Finanzierung des Gesundheitssystems aus, während die andere 9,7 % ihres Einkommens dafür aufwendet.

Weitere Lücken sind, dass Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind und das Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall fehlt, ein Kapitel, das zwar in das Gesetz aufgenommen wurde, aber freiwillig blieb. Im Klartext heisst das, dass das KVG seine Aufgabe als Sozialversicherung nicht vollständig erfüllt. Doch die laufende Revision behebt diese Mängel nicht, sondern verschärft sie und institutionalisiert die Rationierung der Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen.

Heute werden die Gesundheitsausgaben (für Krankheit) finanziert durch:

- **Unsere Prämien**, die von den Krankenkassen einkassiert werden. Sie machen **im Jahr 2024** etwa 38 Milliarden aus.

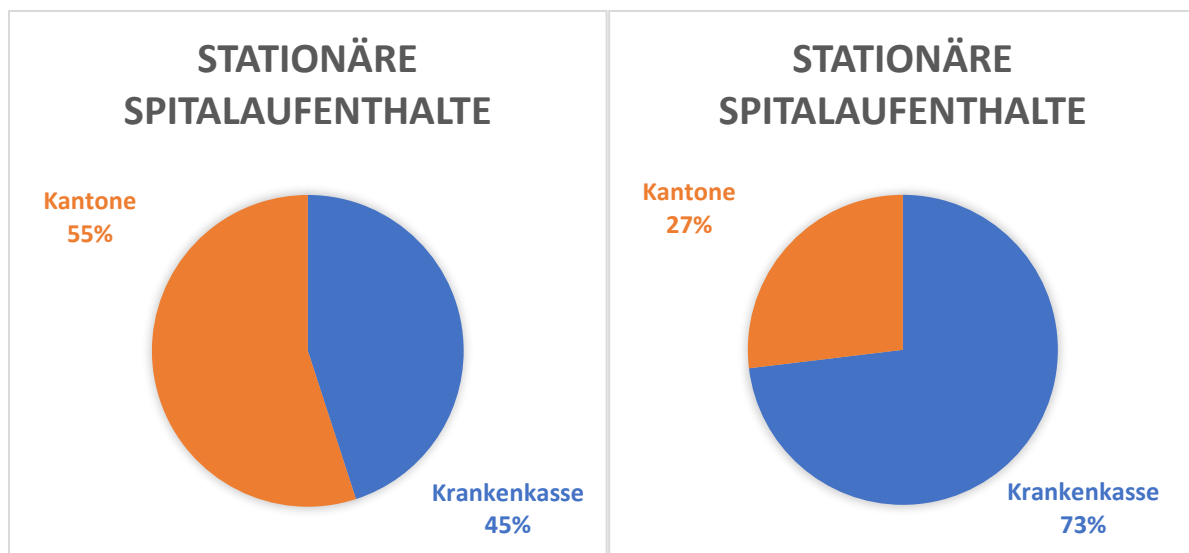
- **Unsere Steuern**, die von den Kantonen erhoben werden, finanzieren ebenfalls Gesundheitsleistungen. Diese Finanzierung beläuft sich auf rund 13 Milliarden.
- **Direkte Beteiligung der Versicherten**. Jede/r Versicherte in der Schweiz zahlt auch einen direkten Beitrag aus der eigenen Tasche an die Gesundheitskosten. Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten direkten Kostenbeteiligung (im Englischen wird sie „out of the pocket“ genannt) in den OECD-Ländern! Auf nationaler Ebene wurde diese direkte Beteiligung der Versicherten im Jahr 2022 auf rund 20 Milliarden geschätzt.

Diese Ausgaben werden nicht gleichmässig „verteilt“, sondern je nach Leistungsart unterschiedlich finanziert. Die EFAS-Revision will die Finanzierung vereinheitlichen.

Der nationale Verteilungsschlüssel erzeugt bei allen Leistungsarten Kostenverschiebungen:

Aktuell

Neu mit EFAS

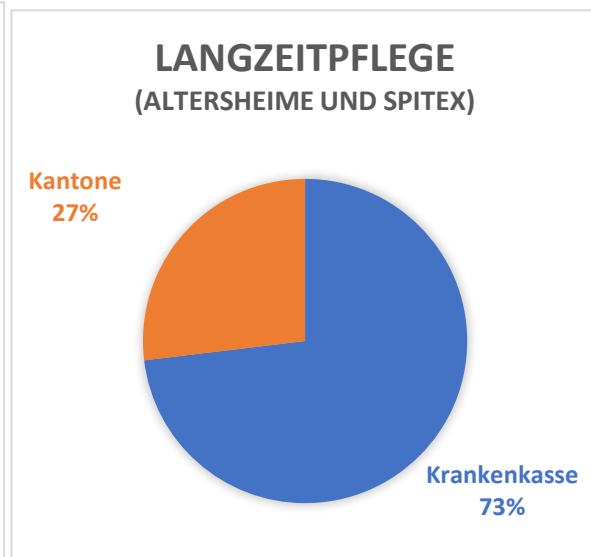


Bei stationären Spitalaufenthalten zahlen die Kantone mindestens 55 Prozent der Pflegekosten, während 45 Prozent von den Krankenkassen getragen werden (Art. 49a Abs. 1 KVG).

Heute

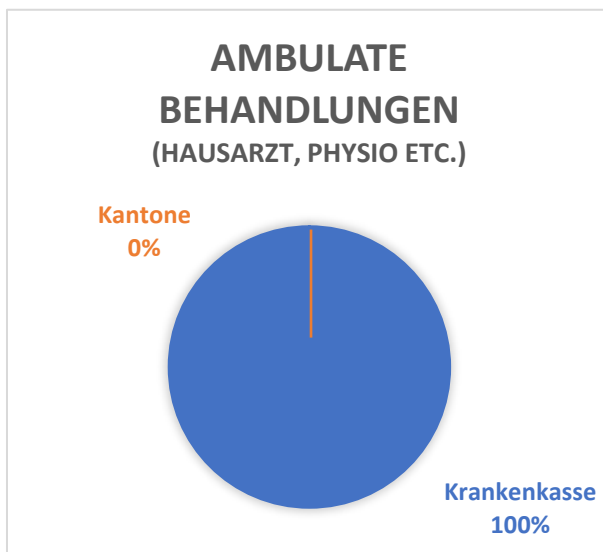


Neu mit EFAS

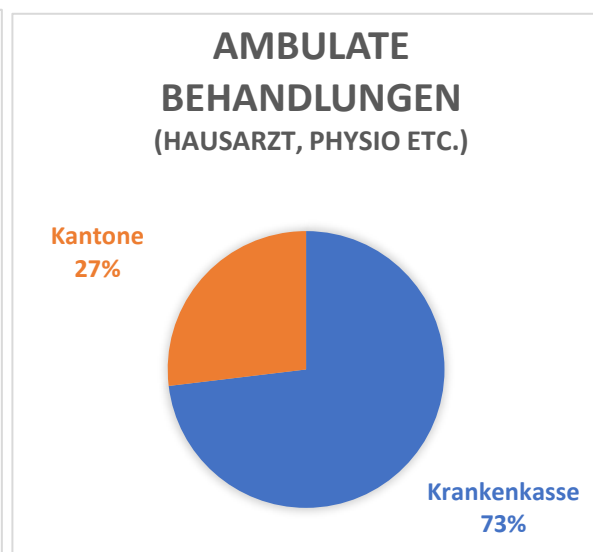


Die Ausgaben die Langzeitpflege (Altersheime und Spitex) werden im aktuellen System „variabel“ geregelt: Die Kantone müssen die „Restkosten“ übernehmen, d. h. die Pflegekosten, die weder von den Versicherern noch von den Bewohnerinnen und Bewohnern getragen werden. Die Rechnung variiert von Kanton zu Kanton recht stark, macht aber im nationalen Durchschnitt 54 % aus.

Heute



Neu mit EFAS



Die ambulanten Behandlungen, die im aktuellen System von den Versicherern getragen werden, würde mit der EFAS-Revision durch Steuern mitfinanziert werden. Die Verpflichtung, die Kantone an den Ausgaben im ambulanten Sektor zu beteiligen, ist das Argument der EFAS-Befürworter/innen, mit dem sie - vorsichtig formuliert - behaupten, dass die Prämien dank dieser finanziellen Beteiligung durch Steuern sinken werden. Aus mathematischer Sicht wird die Finanzierung, wenn die ambulanten Leistungen stark zunehmen, mit EFAS nicht mehr nur auf den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern lasten. Das ist richtig. Man hätte sich vorstellen können, dass die Finanzierung des ambulanten Sektors durch unsere Steuern

zumindest ein Kontrollrecht der Kantone über die Ausrichtung desselben Sektors verdient. Dem ist nicht so, das Parlament hat sich bei der Verabschiedung dieser Revision geweigert, den Kantonen eine Möglichkeit zur Kontrolle der Ausgaben im ambulanten Bereich zu geben.

In allen drei Bereichen der Gesundheitsversorgung werden die Krankenkassen mit unseren Prämien den grössten Teil der Ausgaben finanzieren müssen. Diese KVG-Revision verstärkt den Einfluss der Versicherer auf unser Gesundheitssystem, da sie in allen Bereichen zu den Hauptfinanzierern werden. Die Kehrseite der Medaille ist, dass die Kantone nicht mehr verpflichtet wären, die Restkostenfinanzierung in der Langzeitpflege zu garantieren. Auf diese Weise können sie sich von der finanziellen Verantwortung in diesem speziellen Bereich entlasten. Und gerade hier wird der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung und dem steigenden Anteil an altersbedingten Krankheiten, wie Demenz, steigen.

Die Versicherten ihrerseits werden weiterhin zusätzlich zu den Prämien noch höhere Beträge aus der eigenen Tasche bezahlen müssen als heute, denn die KVG-Revision wird höhere Kostenbeteiligungen für die Pflege in Pflegeheimen, bei Spitalaufenthalten und bei der Pflege zu Hause ermöglichen! Gleichzeitig hat der Bundesrat Anfang September 2024 bereits grünes Licht für eine Erhöhung der Mindestfranchise gegeben, die private Kostenbeteiligung wird also zukünftig eher steigen.

3. Warum löst diese Revision nicht die Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung?

Für die Befürworter der Revision wird die derzeitige Finanzierung des Systems beschuldigt, „Fehlreize“ zu schaffen, welche vor allem die öffentlichen Spitäler dazu ermutigen würden, die Patienten nach der Methode zu behandeln, die am meisten Geld einbringt. Die Schweizer Spitäler haben ihre Reform jedoch bereits hinter sich: Die vorherige Änderung des KVG in Bezug auf die Spitalfinanzierung trat 2012 in Kraft. Es war diese Reform, die die öffentlichen Krankenhäuser zu endlosen Sparprogrammen, zur Schliessung von Standorten und Abteilungen, die als „zu teuer“ oder nicht rentabel genug eingestuft wurden, veranlasst hat. Es war auch diese Reform, die den roten Teppich für Privatkliniken ausgerollt hat. Diese können Patient:innen aussortieren, um Gewinne zu erzielen, während die öffentlichen Spitäler seit 2012 eines nach dem anderen in die roten Zahlen rutschen. EFAS ändert nichts an den Tarifen, mit denen Krankenhäuser finanziert werden: Das Problem der fehlenden Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser bleibt bestehen.

EFAS bietet keine Antwort auf die Hauptprobleme des Gesundheitssystems: Kopfprämien ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe der Versicherten, viel Platz für zwei grosse Gruppen von börsennotierten Privatkliniken auf Kosten der öffentlichen Spitäler, kolossale Gewinne der Pharmaunternehmen, Undurchsichtigkeit der Krankenversicherer im Zusammenhang mit dem ständigen Interessenkonflikt von Versicherern, die die Prämien der Grundversicherung verwalten und gleichzeitig versuchen, Zusatzversicherungen zu verkaufen.

4. Was ändert sich bei der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause?

EFAS bedeutet die Abschaffung des Mechanismus, der den finanziellen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause begrenzt. Das aktuelle KVG sieht eine Obergrenze für diese Beteiligung vor. Diese Deckelung überträgt den Kantonen eine finanzielle Verantwortung. Diese müssen die sogenannten „Restkosten“ decken.

Alle sind sich einig, dass diese Kosten aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren stark ansteigen werden. Die entscheidende Frage lautet: Wer wird dafür bezahlen? EFAS entlastet die Kantone, während die Ausgaben für Pflegeheimbewohner:innen und die Prämienzahler:innen weiter steigen.

5. Warum ist unsere öffentliche Gesundheitsversorgung in Gefahr?

Die Revision des KVG (EFAS) ermöglicht es den Krankenkassen, sich in der gemeinsamen Einrichtung des KVG zu organisieren, einer Einrichtung, die die von den Kantonen bezahlten, rund 13 Milliarden und die rund 38 Milliarden aus unseren Prämien verwalten kann.

In den kommenden Jahren dürften die demografische Alterung und die steigende bzw. stark steigende Zahl von Demenzzfällen im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen. Einer Politik, die von öffentlichen, demokratischen und transparenten Stellen koordiniert werden muss, die Zugang zu den notwendigen Informationen haben müssen.

EFAS überträgt den Versicherern die Verwaltung der öffentlichen Gelder, sowie de facto die Steuerung der Langzeitpflege. Die Krankenkassen befinden sich jedoch in einem ständigen Interessenkonflikt, da sie neben der obligatorischen Grundversicherung auch Zusatzversicherungspolicen verkaufen.

6. Warum wird die KVG-Revision EFAS die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verschlechtern?

Im Gegensatz zu gewinnorientierten privaten Einrichtungen müssen, die von den Kantonen finanzierten, öffentlichen Krankenhäuser, Pflegeheime und Spitex-Organisationen alle Menschen ohne Diskriminierung aufnehmen. Heute wird häufig festgestellt, dass die Finanzierung die tatsächlichen Betreuungskosten nicht deckt, z. B. wenn das Patientengut aus komplexen Fällen besteht, die eine umfangreiche Pflege erfordern. Da die Personalkosten der grösste Kostenfaktor sind, geraten bei gekürzten oder eingefrorenen Budgets die Personalausstattung (die Anzahl der Beschäftigten), die Löhne und die Arbeitsbedingungen unter Druck. Diese Finanzierungslücke wird mit EFAS nicht mehr von den Kantonen ausgeglichen, da deren Beteiligung im Gesetz strikt auf 26,9 % festgelegt wird. Es wird nicht mehr möglich sein, durch die politische Debatte in den Kantonen zusätzliche Beträge zu erhalten, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten und gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal zu gewährleisten.

8. Warum verschlechtert sich die Qualität der Pflege mit EFAS?

Wenn die Krankenversicherungsprämien steigen, nimmt der Kostendruck im Gesundheitswesen zu. Die Personalausgaben - der grösste Kostenfaktor in den Gesundheitseinrichtungen - stehen unter Druck. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt zu Personalmangel und zu weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten, sowie für die Bewohnerinnen und Bewohner. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität sind zwei Seiten derselben Medaille. Noch gravierender ist die Situation in den Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege: Wie soll eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden, wenn es keine kantonale Garantie mehr gibt, die alle Kosten deckt?

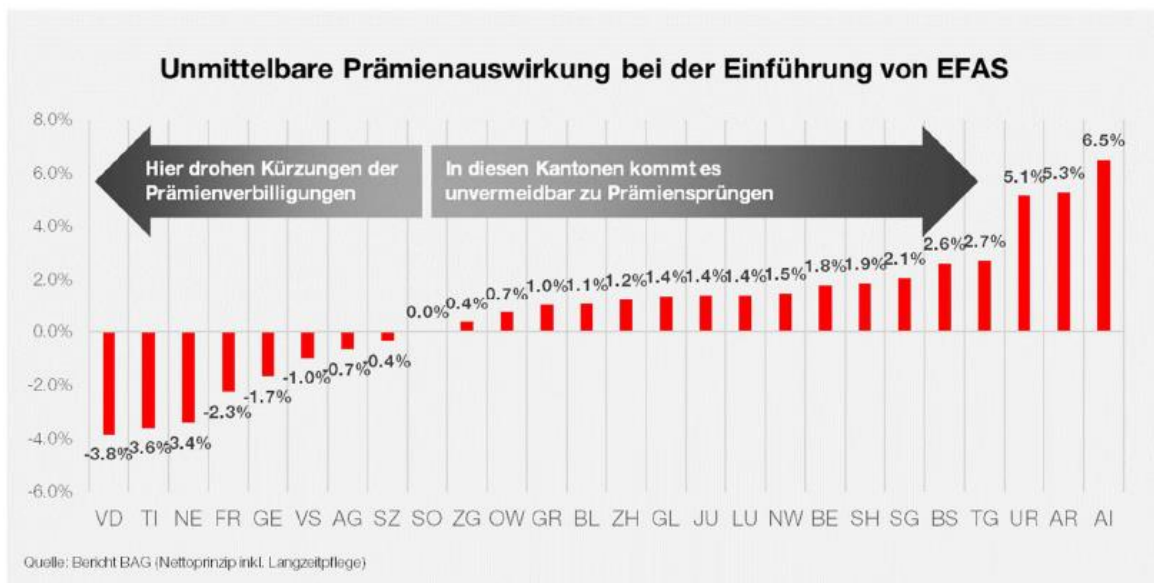
8. Warum werden die Prämien mit EFAS steigen?

EFAS legt den kantonalen Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben auf 26,9% fest. Diese Zahl bedeutet, dass die Kantone ihre steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben blockieren können.

Im Bereich der Pflegeheime und der häuslichen Pflege werden die Kantone nicht mehr die Verantwortung tragen, die sie derzeit haben: Sie müssen auf die eine oder andere Weise die Restrechnung decken, die aufgrund mehrerer Faktoren (u. a. demografische Alterung, Zunahme der Demenzfälle) steigen dürfte. Es ist bereits bekannt, dass die Ausgaben für Pflegeheime und häusliche Pflege steigen müssen, um eine qualitativ hochwertige und ausreichende Versorgung der älteren Menschen zu gewährleisten. Wenn die Kantone diese nicht ausreichend finanzieren, werden die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler zur Kasse gebeten.

Bekanntlich können wir uns auf langfristige Prognosen über das Prämienniveau kaum verlassen? Trotz dieser Ungewissheit lenkt der auf nationaler Ebene beschlossene Verteilungsschlüssel deutlich in Richtung steigende Prämien. In einem Interview mit der Tribune de Genève vom 10. September 2023 stellt die Direktorin von SantéSuisse fest, dass „sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes [EFAS] die Kassen auch die Langzeitpflege zu drei Vierteln finanzieren müssen - jene in den Pflegeheimen und die Pflege zu Hause. Dies bereitet uns Sorgen, da die Kostendynamik in diesen Bereichen extrem ist. Ausserdem ist geplant, die Tarife zu überprüfen, was sie weiter erhöhen könnte.“

Mit EFAS werden in 17 Kantonen die Prämien bei der Umsetzung des neuen Finanzierungsschlüssels steigen:



10. Warum muss diese Revision von den Frauen abgelehnt werden?

Die Revision des KVG, EFAS, die den Versicherern mehr Macht gibt, ebnet den Weg für eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in einem Sektor, in dem besonders viele Frauen arbeiten. Ein Sektor, in dem die Löhne historisch niedrig sind, selbst für die am besten qualifizierten Frauen. Im Jahr 2023 veröffentlichte HES Suisse, der Dachverband der Hochschulabsolventinnen und -absolventen, eine Studie über die Löhne von Fachkräften mit einem Studium auf Fachhochschulniveau. Die Gesundheitsbranche bildet das Schlusslicht. Während das Ausbildungsniveau gleich hoch ist, liegt der Medianlohn für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen um 26 % niedriger als im Finanz- und Versicherungswesen, den beiden am besten bezahlten Branchen!

Die Revision wird den gewinnorientierten Privatsektor begünstigen, indem die Revision die Finanzierung der Kantone im öffentlichen Sektor reduziert, verringert sie auch die Fähigkeit der Kantone, einzugreifen und die Arbeitgeber zu verpflichten, Arbeits- und Lohnbedingungen zu gewährleisten, die mindestens gleichwertig mit den kantonalen Regelungen und Gesetzen sind.

Mit EFAS entledigt sich der öffentliche Dienst der Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeheime und der häuslichen Pflege. Die Desinvestition eines Sektors, der ältere, meist pflegebedürftige Menschen pflegt und betreut, bedeutet, sich einmal mehr auf die Frauen zu verlassen, die unentgeltlich einen immensen Teil der Pflegearbeit für die Angehörigen übernehmen, oft unter Gefährdung ihrer eigenen Gesundheit. Wenn die öffentlichen Dienste versagen, sind es überwiegend Frauen, die die Arbeit übernehmen.

Indem man die Pflegeheime und die häusliche Pflege den Versicherern, ihrer Rentabilitätslogik und ihren ständigen Interessenkonflikten zwischen Grundversicherung und ihren lukrativen Zusatzversicherungen überlässt, gefährdet man die Lebensbedingungen der älteren Menschen, die in Pflegeheimen und zu Hause betreut werden. Wie die Erfahrungen

in Frankreich, insbesondere die Untersuchung des Unternehmens ORPEA, zeigen, setzt die Übertragung des Gesundheitssektors, insbesondere der Altenpflege, an den gewinnorientierten Privatsektor die Bewohner und damit die älteren Frauen im besten Fall einer schlechteren Pflege und Betreuung, im schlimmsten Fall einer institutionellen Misshandlung aus



EFAS : les raisons de notre référendum

1 Qu'est-ce qu'EFAS ?

L'initiative parlementaire 09.528 de Ruth Humbel « Financement moniste des prestations de soin », déposée en 2009, est à l'origine du projet de modification de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Au départ, l'initiative préconisait de modifier la LAMal pour que les soins soient financés par un seul organisme. 14 ans plus tard, le 22 décembre 2023, la loi fédérale sur l'assurance-maladie a été effectivement modifiée selon le projet EFAS - un sigle alémanique pour abréger *Financement uniforme des traitements ambulatoires et hospitaliers*. EFAS est une réforme fondamentale de la LAMal qui impacte le financement du système de santé en imposant une nouvelle répartition des dépenses entre cantons, caisses-maladie et assuré-e-s.

2 Pourquoi le syndicat SSP lance-t-il un référendum ?

Le 9 janvier 2024, le Syndicat des services publics (SSP) a lancé un référendum contre cette révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Jusqu'à présent, le référendum est soutenu par l'Union syndicale suisse (USS). Ensemble, nous devons récolter 50'000 signatures validées d'ici le 18 avril 2024.

3 Qu'est-ce qui change avec la révision de la loi EFAS ?

La LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie) est une matière complexe, car le système de santé et son financement en Suisse sont également compliqués. Cette complexité est volontiers utilisée par les partisans d'EFAS pour présenter la révision comme une «simplification» bienvenue.

Aujourd'hui, le système de santé suisse est financé par différentes sources :

- **Nos primes**, qui sont encaissées par les caisses-maladie, financent l'ensemble du système, mais à différents niveaux selon le secteur de soins.
- En plus des caisses maladie, les cantons financent par **l'impôt** les hôpitaux, les EMS et les soins à domicile. Cette part de financement est importante. Ainsi dans le secteur des hôpitaux publics, les cantons versent **au moins 55 % des dépenses de soins**.
- Dans les EMS et les soins à domicile, les cantons versent aussi des parts importantes, parts qui varient d'un canton à l'autre. Certains sont plus généreux que d'autres à l'heure de financer les services publics. De manière générale, les cantons contribuent au moins autant que les caisses maladie au financement de ces soins, dits de longue durée.
- Les malades et résident-e-s dans les EMS versent, en plus de leurs primes et de la franchise, des **participations aux coûts** (la quote-part).

Avec EFAS, le système de santé est financé selon une clé unique :

- Les caisses- maladie doivent financer **73,1 %** des dépenses de santé.
- Les cantons doivent financer **26,9 %** des dépenses de santé.

4 Quelle est la clé de répartition des coûts aujourd'hui?

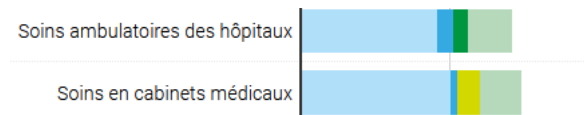
Traitements stationnaires (hôpitaux)

financés à 55% par les impôts / par les cantons



Traitements ambulatoires (cabinets médicaux, laboratoires, etc.)

financés à 0% par des recettes fiscales / par les cantons



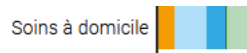
Établissements médico-sociaux

financés par des recettes fiscales / par les cantons ou les communes, le financement étant réglé de différentes manières selon les cantons



Aide et soins à domicile

financés par des recettes fiscales / par les cantons ou les communes, le financement étant réglé de différentes manières selon les cantons



État Assurance-maladie obligatoire Autres assurances sociales Autres financements publics Assurances privées Autres financements privés Versements directs des ménages

1

¹ Source: OFS – Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement, en 2020: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.22324795.html>

5 Pour quels motifs EFAS ne résout pas les problèmes du financement du secteur santé ?

Le financement actuel est souvent accusé de produire des incitations qui encourageraient les prestataires de soins à traiter les patient-e-s selon la méthode qui rapporte le plus d'argent. Ainsi les hôpitaux auraient-ils parfois un avantage financier à hospitaliser des patient-e-s pour des interventions qui pourraient se faire en ambulatoire. En tant que syndicat des personnels de santé, nous constatons cependant que de nombreuses interventions ne sont déjà plus effectuées qu'en ambulatoire, même si ce n'est pas toujours pour le bien du/de la patient-e. Est-il possible que des interventions hospitalières soient effectuées uniquement parce qu'elles sont financièrement intéressantes et non parce qu'elles sont urgemment nécessaires pour le bien-être du/de la patient-e ? C'est possible.

Cependant EFAS ne change rien à cela. Les tarifs ne sont pas impactés par cette révision. En revanche, nous constatons, en particulier, que le tarif hospitalier pour les soins stationnaires ne couvre pas les coûts, en particulier dans le service public. Ce manque de financement entraîne une pression financière considérable, gèle les dotations en personnel et provoque une charge de travail croissante dans les services. EFAS ne résout nullement les problèmes de tarifs et ne réduit pas non plus la bureaucratie dans le quotidien des hôpitaux.

6 Qu'est-ce qui change dans les soins de longue durée ?

L'autre changement de cette révision concerne la suppression du mécanisme qui limite la contribution financière des assuré-e-s **aux coûts des soins de longue durée** (homes et soins à domicile). La LAMal prévoit actuellement un plafonnement de cette participation. Ce plafonnement confère aux cantons une responsabilité financière : ils doivent couvrir les coûts dits "résiduels".

Avec la révision EFAS :

- la participation des assuré-e-s au coût des soins n'est plus plafonnée : ils et elles verront la facture en EMS augmenter fortement.

En raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la démographie, ces coûts vont fortement augmenter au cours des prochaines années. *santésuisse* prévoit des coûts de primes supplémentaires de près de 10 milliards d'ici 2040. D'une manière ou d'une autre, les primes augmenteront et la pression sur les personnels des EMS sera encore plus forte.

7 Pourquoi notre système de santé publique est en danger ?

La révision EFAS permet aux caisses-maladie de s'organiser en une **institution commune** qui gèrera les milliards payés par les cantons (estimés à 11 milliards) et les milliards de nos primes (37 milliards). Les caisses-maladie ont pour mission de financer les prestations de soins figurant dans le catalogue de l'assurance obligatoire des soins ; de négocier des tarifs avec les prestataires de soins et de calculer et encaisser des primes. En revanche, ces caisses n'ont pas le mandat d'identifier les besoins de santé de la population, ni de piloter l'organisation des soins, de définir les objectifs de santé publique et encore moins de faire de la prévention. Ce sont des responsabilités à charge des pouvoirs publics, cantons et confédération. EFAS ouvre une voie royale pour que les cantons se désengagent encore davantage de leurs responsabilités de planifier et financer des soins de base de qualité.

8 Pourquoi la révision EFAS impactera les conditions de travail dans le secteur des soins ?

Contrairement aux institutions privées, les hôpitaux publics, les EMS et soins à domicile financés par les cantons doivent proposer toutes les prestations à tout le monde. Il arrive que le financement ne couvre pas les coûts. Comme les charges de personnel sont le facteur de coût le plus important, lorsque les budgets sont réduits, ou gelés, ce sont les salaires et les conditions de travail qui sont automatiquement mis sous pression. C'est déjà le cas aujourd'hui.

Mais ce manque de financement n'est pas résolu par la révision EFAS. Au contraire, avec le nouveau financement dans les soins de longue durée qui augmente les dépenses à charge des caisses-maladie, les primes vont fortement augmenter. Les caisses-maladie vont forcément tenter de maîtriser les coûts en faisant pression pour réduire les dépenses en personnel. Et comme en parallèle, le financement public va être réduit à une participation minimale, nous ne pourrons plus compter sur les pouvoirs publics pour financer les institutions de service public à hauteur de leurs réels besoins.

9 Pourquoi la qualité des soins se détériore-t-elle ?

Si les primes d'assurance-maladie augmentent, la pression sur les coûts dans le secteur de la santé s'accroît. Les dépenses de personnel - le facteur de coûts le plus important dans les institutions de santé - sont sous pression. La dégradation des conditions de travail entraîne un manque de personnel et de temps pour les patient-e-s et les résident-e-s. Conditions de travail et qualité des soins sont les deux faces d'une même médaille.

10 Pourquoi les primes augmentent-elles ?

Avec EFAS, les caisses-maladie doivent prendre en charge une plus grande partie des dépenses dans les soins de longue durée. En raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la démographie, ces coûts vont fortement augmenter au cours des prochaines années. EFAS supprime deux mécanismes de protection qui limitaient la contribution financière des payeurs-payeuses de primes et des résident-e-s dans les EMS.

- A) la limitation de la participation aux coûts des assurés n'est plus fixée à 20 % dans les EMS
- B) la contribution des caisses-maladie prend le dessus sur la participation des cantons/communes. Les coûts croissants dans ce domaine sont donc absorbés par les caisses -maladie et se répercutent sur les primes.

Les dépenses de santé financées par l'impôt seront moins importantes pour le secteur EMS et soins à domicile.

Moins de financement par l'impôt, davantage de financement par les primes. Une révision anti-sociale et dangereuse.

Janvier 2024, Syndicat des services publics

Contact : central@ssp-vpod.ch



EFAS: le ragioni del nostro referendum

1. Cos'è EFAS?

L'iniziativa parlamentare 09.528 di Ruth Humbel «*Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico*», depositata nel 2009, è all'origine del progetto di modifica della Legge sull'assicurazione-malattia (LAMal). Inizialmente, l'iniziativa preconizzava di modificare la LAMal affinché le cure siano finanziate da un solo ente. 14 anni dopo, il 22 dicembre 2023, la legge federale sull'assicurazione-malattia è stata effettivamente modificata secondo il progetto EFAS – un acronimo tedesco per abbreviare la dicitura *Finanziamento uniforme dei trattamenti ambulatoriali e ospedalieri*. EFAS è una riforma fondamentale della LAMal che intacca il finanziamento del sistema di salute imponendo una nuova ripartizione delle spese fra i cantoni, casse-malati e assicurate/i.

2. Perché il sindacato SSP lancia il referendum?

Il 9 gennaio scorso, il Sindacato dei servizi pubblici (SSP) ha lanciato un referendum contro questa revisione della legge federale sull'assicurazione-malattia. Finora, il referendum è sostenuto dall'Unione sindacale svizzera (USS). Insieme, dobbiamo raccogliere 50'000 firme valide entro il 18 aprile 2024.

3. Cosa cambia con la revisione della legge EFAS?

La LAMal (legge federale sull'assicurazione-malattia) è una materia complessa, poiché il sistema sanitario e il suo finanziamento in Svizzera sono anch'essi complessi. Questa complessità è volentieri usata dai sostenitori dell'EFAS per presentare la revisione come una "semplificazione" benvenuta.

Oggi il sistema sanitario svizzero è finanziato da diverse fonti:

- I nostri premi, i quali sono incassati dalle casse-malati, finanziano l'insieme del sistema, ma a diversi livelli a seconda del settore di cure.
- In più delle casse malattia, i cantoni finanziano attraverso l'imposta gli ospedali, le case per anziani e le cure a domicilio. Questa quota di finanziamento è importante. In questo modo nel settore degli ospedali pubblici, i cantoni versano almeno il 55% delle spese per le cure.
- Nelle case per anziani e le cure a domicilio, i cantoni versano pure delle quote importanti, parti che variano da un cantone all'altro. Alcuni sono più generosi di altri nel finanziare i servizi pubblici. In maniera generale, i cantoni contribuiscono almeno altrettanto rispetto alle casse malati al finanziamento di queste cure, cosiddette di lunga durata.
- I malati e i residenti delle case di cura versano, oltre ai loro premi e alla franchigia, delle partecipazioni ai costi (la quota-parte).

Con EFAS, il sistema sanitario sarebbe finanziato secondo un'unica chiave di ripartizione:

- Le casse malattia dovranno finanziare il 73,1% delle spese sanitarie;
- I cantoni dovranno finanziare il 26,9% delle spese sanitarie.

4. Qual è oggi la chiave di ripartizione dei costi?

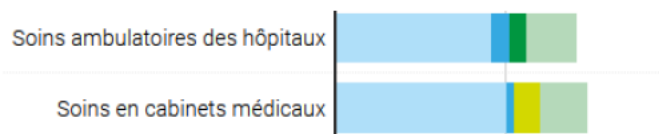
Trattamenti stazionari (ospedali)

Finanziati al 55% dalle imposte e dai cantoni



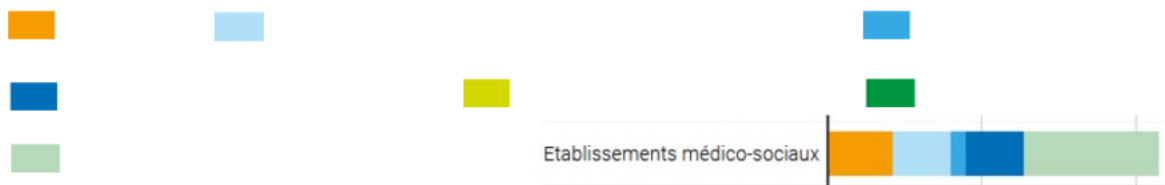
Trattamenti ambulatoriali (gabinetti medici, laboratori, ecc.)

Finanziati allo 0% dalle imposte e dai cantoni



Stabilimenti medico-sociali

Finanziati dalle entrate fiscali, dai cantoni e dai comuni, il finanziamento è regolato in modo diverso a seconda dei cantoni



Aiuti e cure a domicilio

Finanziati dalle entrate fiscali, dai cantoni e dai comuni, il finanziamento è regolato in modo diverso a seconda dei cantoni.



Stato Assicurazione malattia obbligatoria Altre assicurazioni sociali

Altri finanziamenti pubblici Assicurazioni private Altri finanziamenti privati

Versamenti diretti delle famiglie

Fonte : UFS – Finanziamento delle spese di salute per tipo di prestazione, secondo il regime di finanziamento, nel 2020: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.22324795.html>

5. Per quali ragioni EFAS non risolve i problemi del finanziamento del settore della salute?

Il finanziamento attuale è spesso accusato di produrre degli incitamenti che incoraggerebbero i prestatori di cure a trattare i/le pazienti secondo il metodo che rende di più in termini monetari. Così gli ospedali avrebbero a volte un vantaggio finanziario nell'ospedalizzare dei/delle pazienti per interventi che potrebbero essere svolti in ambulatorio. Come sindacato del personale sanitario, constatiamo tuttavia che numerosi interventi sono già effettuati solo in ambulatorio, anche se ciò non è sempre per il bene del/della paziente. È possibile che degli interventi ospedalieri siano effettuati unicamente perché sono finanziariamente interessanti e non perché sono urgentemente necessari per il benessere del/della paziente? Sì è possibile.

Tuttavia EFAS non cambia nulla a tutto ciò. Le tariffe non sono intaccate da questa revisione. Constatiamo, invece, in particolare che la tariffa ospedaliera per le cure stazionarie non copre i costi, soprattutto nel servizio pubblico. Questa mancanza di finanziamento provoca una pressione finanziaria considerevole, congela le dotazioni di personale e provoca un carico di lavoro crescente nei servizi, EFAS non risolve assolutamente i problemi delle tariffe e non riduce neppure la burocrazia nella vita quotidiana degli ospedali.

6. Cosa cambia nelle cure di lunga durata?

L'altro cambiamento di questa revisione concerne la soppressione del meccanismo che limita il contributo finanziario degli/delle assicurati/e ai costi per le cure di lunga durata (case per anziani e cure a domicilio). La LAMal prevede attualmente un tetto massimo a questa partecipazione. Questo tetto massimo conferisce ai cantoni una responsabilità finanziaria: devono coprire i costi cosiddetti "residuali".

Con la revisione EFAS:

- La partecipazione degli/delle assicurati/e ai costi delle cure non è più limitata: la loro fattura per la permanenza in una casa per anziani aumenterà fortemente.

A causa dell'allungamento della speranza di vita e della demografia, questi costi aumenteranno fortemente nel corso dei prossimi anni. *santésuisse* prevede dei costi di premi supplementari per quasi 10 miliardi di franchi entro il 2040. In un modo o nell'altro, i premi aumenteranno e la pressione sul personale delle case per anziani e di cura sarà ancora più forte.

7. Perché il nostro sistema di sanità pubblica è in pericolo?

La revisione EFAS permette alle casse malati di organizzarsi come un'istituzione comune che gestirà i miliardi pagati dai cantoni (stimati a 11 miliardi di franchi) e i miliardi dei nostri premi (stimati a 37 miliardi di franchi). Le casse malati hanno quale missione quella di finanziare le prestazioni di cura che figurano nel catalogo dell'assicurazione obbligatoria per le cure; di negoziare delle tariffe con prestatori di cure e di calcolare e incassare dei premi. Invece, queste casse non hanno il mandato d'identificare i bisogni sanitari della popolazione, né di pilotare l'organizzazione delle cure, di definire gli obiettivi in materia di salute pubblica e ancora meno di fare prevenzione. Sono responsabilità a carico dei poteri pubblici, dei cantoni e della Confederazione. EFAS apre la strada maestra affinché i cantoni si disimpegnino ancora di più dalle loro responsabilità di pianificare e finanziare delle cure di base di qualità.

8. Perché la revisione EFAS intaccherà le condizioni di lavoro nel settore delle cure?

Contrariamente alle istituzioni private, gli ospedali pubblici, le case per anziani e le cure a domicilio finanziate dai cantoni devono proporre tutte le prestazioni e a chiunque. Succede che il finanziamento non copre i costi. Siccome le spese per il personale sono il fattore di costo più importante, quando i budgets sono ridotti o congelati, sono i salari e le condizioni di lavoro a essere automaticamente messi sotto pressione. È già oggi il caso.

Questa mancanza di finanziamento non è stata risolta con la revisione EFAS. Al contrario, con il nuovo finanziamento nelle cure di lunga durata che aumentano le spese a carico delle casse malati, i premi aumenteranno pesantemente. Le casse malati tenteranno sicuramente di controllare i costi facendo pressione per ridurre le spese di personale. E visto che in parallelo il finanziamento pubblico si ridurrà a una partecipazione minima, non potremo più contare sui poteri pubblici per finanziare gli istituti pubblici nella misura dei loro reali bisogni.

9. Perché la qualità delle cure peggiora?

Se i premi dell'assicurazione malattia aumentano, la pressione sui costi nel settore della salute diventa più forte. Le spese per il personale – il fattore di costo più importante nelle istituzioni sanitarie – sono sotto pressione. La degradazione delle condizioni di lavoro porta a una mancanza di personale e di tempo per i/le pazienti e per i/le residenti. Condizioni di lavoro e qualità delle cure sono due facce della stessa medaglia.

10. Perché i premi aumenteranno?

Con EFAS, le casse malati devono prendere a carico una maggiore parte delle spese per le cure di lunga durata. A causa dell'allungamento della speranza di vita e della demografia, questi costi aumenteranno fortemente nel corso dei prossimi anni. EFAS sopprime due meccanismi di protezione che limitavano il contributo finanziario di coloro che pagano dei premi di cassa malati e dei/dei residenti nelle case di cura.

- A) Il limite della partecipazione ai costi degli assicurati non è più fissato al 20% nelle case per anziani;
- B) Il contributo delle casse malati prende il sopravvento sulla partecipazione dei cantoni/comuni. I costi crescenti in questo settore sono dunque assorbiti dalle casse malati e si ripercuoteranno sui premi.

Le spese sanitarie finanziate attraverso le imposte saranno meno importanti per il settore delle case per anziani e delle cure a domicilio.

Meno finanziamenti per il tramite delle imposte, più finanziamenti sulla base dei premi. Una revisione anti-sociale e pericolosa.