

# Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	<b>23.04.2024</b>
Thème	<b>Sans restriction</b>
Mot-clés	<b>Hôpitaux</b>
Acteurs	<b>Sans restriction</b>
Type de processus	<b>Initiative parlementaire</b>
Date	<b>01.01.1965 - 01.01.2021</b>

# Imprimer

## Éditeur

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Contributions de

Benteli, Marianne  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja  
Schneuwly, Joëlle  
Schubiger, Maximilian

## Citations préféré

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Hôpitaux, Initiative parlementaire, 1997 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), téléchargé le 23.04.2024.

# Sommaire

<b>Chronique générale</b>	1
<b>Politique sociale</b>	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	1
Médecins et personnel soignant	4
Assurances sociales	4
Assurance-maladie	5
Assurance-accidents	10

## Abréviations

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>EVG</b>	Eidgenössisches Versicherungsgericht
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<b>GE KVG</b>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<hr/>	
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>TFA</b>	Tribunal fédéral des assurances
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
<b>IC LAMal</b>	Institution commune LAMal

# Chronique générale

## Politique sociale

### Santé, assistance sociale, sport

#### Politique de la santé

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 25.09.1997  
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat unterstützte gegen den Willen der SP eine **parlamentarische Initiative** Hochreutener (cvp, BE), welche verlangt, dass bei medizinisch begründeten **ausserkantonalen Hospitalisierungen** der Kanton sowohl in den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern als auch in den privaten Kliniken die allfällige Differenz zwischen Kostenbeteiligung der Krankenkassen und den Tarifen der betreffenden Institution zu übernehmen hat. Der Initiator begründete dies unter anderem damit, dass die öffentlichen Spitälern oftmals restlos überfordert seien, während in den Privatkliniken Betten frei wären. Gemäss geltendem KVG sei es den Kantonen praktisch nicht möglich, mit ausserkantonalen Privatspitälern Abkommen über die Tarife zu vereinbaren. Die Gegner der Initiative warnten vor einem neuerlichen Kostenschub und verwiesen darauf, dass auch unter dem geltenden Gesetz die Möglichkeit besteht, dass ein Kanton mit einer ausserkantonalen Privatklinik ein Abkommen trifft, welches die Kostenbeteiligung regelt. Der Initiative wurde mit 71 zu 53 Stimmen Folge gegeben.<sup>1</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 18.10.2002  
MARIANNE BENTELI

Im November des Vorjahres hatte das Eidg. Versicherungsgericht entschieden, dass die Kantone aufgrund des seit 1996 in Kraft stehenden KVG ab 2001 in den öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitälern auch bei einer **privaten oder halbprivaten Hospitalisierung** den hälftigen Sockelbeitrag an die Betriebskosten bezahlen müssen, was eine finanzielle Mehrbelastung von rund 700 Mio Fr. pro Jahr bedeutet hätte, welche die **Kantone** ohne Steuererhöhungen als nicht verkraftbar erachteten. Hier Sie wandten sich deshalb mit der Bitte ans Bundesparlament, den Kostenschub erträglicher zu machen. Die SGK des Ständerates bemühte sich daraufhin gemeinsam mit den Kantonen und Santésuisse (ehemals KSK) um eine Lösung, die sowohl der an sich klaren Rechtslage, welche die Kantone in den letzten sechs Jahren nicht hatten wahrhaben wollen, als auch deren finanziellen Möglichkeiten Rechnung trägt. Zur Diskussion standen eine vorgezogene Änderung der Spitalfinanzierungsbestimmungen im KVG, wie sie die zweite Teilrevision ohnehin vorsieht, oder eine Übergangslösung mit einem dringlichen Bundesgesetz.

Auf Antrag der SGK, welche ihre Vorschläge in die Form einer ausformulierten parlamentarischen Initiative gekleidet hatte, stimmte der Ständerat einem dringlichen Bundesbeschluss zu, welcher die **Kantonsbeteiligung schrittweise** einführt, dabei aber auf die Abgeltung der effektiven Kosten verzichtet und stattdessen von den Tarifen der allgemeinen Spitalabteilungen ausgeht, womit die Mehrbelastung der Kantone um 200 Mio Fr. pro Jahr reduziert wird. 2002 werden 60% des geschuldeten Betrages von den Kantonen übernommen, 2003 80% und 2004 100%, was zu jährlichen Mehrkosten für die Kantone von 300, 400 und schliesslich 500 Mio Fr. führt. Im Nationalrat versuchte eine knappe Kommissionsmehrheit unter den Abgeordneten Gutzwiller (fdp, ZH), Verwaltungsrat der grössten Privatspital-Betreiberin der Schweiz (Hirslanden), und Zäch (cvp, AG), Direktionspräsident des privaten Paraplegikerzentrums Nottwil (LU), zu erreichen, dass die Kantone ihre Beiträge auch an die privaten Spitälern, die auf der kantonalen Spitalliste stehen, entrichten müssen. Mit 101 zu 64 Stimmen schloss sich im Plenum aber eine Mehrheit der CVP und der FDP dem Antrag der SP an, die Frage der Privatspitälern erst im Rahmen der 2. KVG-Revision anzugehen. Auf Wunsch der Bundeskanzlei, die geltend machte, dass es noch nie ein sowohl **dringliches** als auch (für das Jahr 2002) **rückwirkendes Bundesgesetz** gegeben habe, beantragte die Kommission, auf die Dringlichkeit zu verzichten. Das Plenum liess sich aber von einem positiven Gutachten des Bundesamtes für Justiz sowie vom Argument überzeugen, die Angelegenheit sei in erster Linie durch die uneinsichtige Haltung der Kantone verschleppt worden, weshalb jetzt unbedingter Handlungsbedarf bestehe. Mit 128 zu 1 Stimmen wurde die Dringlichkeit bejaht und später mit 157 zu 7 Stimmen bestätigt. In der Schlussabstimmung wurde die Vorlage von beiden Kammern einstimmig verabschiedet. Mit dem Argument, der EVG-Entscheid sei bereits für 2002 vollumfänglich anzuwenden, reichte die Krankenkasse Assura das Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss ein.<sup>2</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 09.02.2003  
MARIANNE BENTELI

Mit etwas über 77% Ja nahmen die Stimmberechtigten am 9. Februar das im Vorjahr im Dringlichkeitsverfahren erlassene **Bundesgesetz über die Spitalkostenfinanzierung** deutlich an. Dieses war nach einem Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts von 2001 notwendig geworden. Gegen den Beschluss, der die Kantone verpflichtet, ab 2002 stufenweise den Sockelbeitrag für die stationäre Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich-subventionierten Spital auch für jene Patientinnen und Patienten zu übernehmen, die eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, war von der Krankenkasse Assura, die geltend machte, der EVG-Entscheid sei bereits 2002 vollumfänglich anzuwenden, das Referendum eingereicht worden. Der Bundesrat, die Kantone, alle namhaften Parteien sowie mit Ausnahme von Assura und Supra sämtliche Krankenversicherer warben für ein Ja zum Bundesbeschluss, da es bei einer Ablehnung zu endlosen Rechtsstreitigkeiten und voraussichtlich zu Steuererhöhungen in den Kantonen gekommen wäre. Da dem Ansinnen der Assura von Anfang an keine Chancen eingeräumt wurden, warf die Abstimmungskampagne keine hohen Wellen. Am deutlichsten wurde das Bundesgesetz in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Luzern und Graubünden angenommen, die Ja-Mehrheiten von über 80% auswiesen. Die geringste Ablehnung (gut 30% Nein-Stimmen) erfolgte im Kanton Waadt, in dem die Assura als Krankenversicherer besonders präsent ist.

### Abstimmung vom 9. Februar 2003

Beteiligung: 28,7%  
Ja: 1 028 673 (77,3%)  
Nein: 301 128 (22,7%)

Parolen:

– Ja: CVP, EVP, FDP, GP, Lega, LP, SD, SP, SVP (2\*); SGB, Travail Suisse, SBV, SGV, Santésuisse, SDK.

– Nein: FP, EDU.

– Stimmfreigabe: PdA; SAGV.

\* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen. <sup>3</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 26.10.2017  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eine bereits 2015 eingereichte parlamentarische Initiative Frehner (svp, BS) wurde 2017 auch von der zweiten Gesundheitskommission befürwortet. Darin ging es um eine Sanktionsmöglichkeit gegen Spitäler, die ihre Daten den Tarifpartnern nicht transparent und fristgerecht mitteilten. Mit einer Revision des KVG sollte erreicht werden, dass fehlbaren Häusern der Referenztarif um bis zu 10 Prozent gesenkt werden könnte. Der Basler leitete die Notwendigkeit einer solchen Anpassung aus einer bundesrätlichen Stellungnahme zu einer Interpellation ab, in der die Regierung eingeräumt hatte, dass bezüglich **Kostentransparenz der Spitäler** und weiterer Institutionen (Geburtshäuser, Pflegeheime) keine Mittel zur Durchsetzung vorhanden seien. Die Kenntnis der Spitaldaten sei jedoch erforderlich, um im System der neuen Spitalfinanzierung die Referenztarife ermitteln zu können, weswegen eine Beteiligung aller Spitäler essentiell sei.

Die SGK des Nationalrates hatte der Initiative bereits Ende 2016 mit 12 Stimmen einstimmig (gleichwohl mit fünf Enthaltungen) Folge gegeben. Mit dem identischen Stimmenverhältnis unterstützte auch die ständerätliche Kommission das Anliegen. Der Ball lag somit bei den Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern des Nationalrates, hierzu einen Erlassentwurf zu erarbeiten. <sup>4</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 06.07.2018  
JÖELLE SCHNEUWLY

Mittels parlamentarischer Initiative forderte Thomas Weibel (glp, ZH) im September 2017 eine **Gebühr**, welche bei der **Konsultation im Spitalnotfall** anfallen soll. Diese soll sich in der Grössenordnung von CHF 50 bewegen und nicht an die Franchise oder an die Kostenbeteiligung angerechnet werden können. Nicht von dieser Regelung betroffen sollen Personen sein, welche ärztlich zugewiesen wurden, unter 16-Jährige sowie Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an die Konsultation stationär behandelt werden. Weibel begründete seinen Vorstoss mit der Zunahme an ambulanten Spitalnotfällen, welche doppelt so teuer seien wie eine Untersuchung in der Arztpraxis. Darunter seien viele Bagatellfälle, die beim medizinischen Personal nicht nur unnötigen Stress verursachten, sondern auch zu längeren Wartezeiten für «echte Notfälle» führten, was gefährlich sein könne. Der zu entrichtende Beitrag solle einerseits den Spitalnotfall entlasten und andererseits einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitssystem leisten.

Im Juli 2018 behandelte die SGK-NR das Geschäft zusammen mit der parlamentarischen Initiative Burgherr (svp, AG; Pa.Iv. 17.452). Dabei gab die Kommission den beiden Vorstössen mit 17 zu 7 Stimmen bzw. mit 12 zu 9 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) Folge.<sup>5</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 16.04.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Die **SGK-SR** behandelte im April 2019 die parlamentarische Initiative Weibel (glp, ZH) zu den **Gebühren für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme** zusammen mit der parlamentarischen Initiative Burgherr (svp, AG; Pa.Iv. 17.452). Das Geschäft Weibel fand aus den bereits im Vorstoss Burgherr genannten Gründen keinen Anklang bei der Kommission und wurde mit 7 zu 5 Stimmen abgelehnt.<sup>6</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 03.05.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels parlamentarischer Initiative forderte Sylvia Flückiger (svp, AG) die **Gleichstellung von Hospizen mit Geburtshäusern** im KVG. Dies würde nicht nur die «teuren stationären Strukturen» entlasten, sondern dadurch könne auch ein Beitrag zur Anerkennung der Arbeit in Hospizen geleistet und ein «konkretes Zeichen» für die Palliative Care gesetzt werden. Momentan gebe es in der Schweiz rund elf solcher Institutionen. Im Mai 2019 befasste sich die SGK-NR mit dem Geschäft. Mit 16 zu 4 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gab sie der parlamentarischen Initiative grünes Licht.<sup>7</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 05.07.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Juli 2019 befasste sich die **SGK-NR** im Zusammenhang mit der Umsetzung der parlamentarischen Initiative Frehner (svp, BS) mit der **Kostentransparenz der Spitäler**. Um Fragen bezüglich Datenlieferungen der Spitäler zu klären, hörte sie sich Kantons-, Versicherer und Spitalvertreterinnen und -vertreter an. Zudem beauftragte die Kommission die Verwaltung, einer Reihe von offenen Punkten nachzugehen.<sup>8</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 14.11.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Im November 2019 beantragte die SGK-NR für die parlamentarische Initiative Frehner (svp, BS) zur **Kostentransparenz der Spitäler** eine **Verlängerung der Behandlungsfrist** bis zur Wintersession 2021. Die Verwaltung bereite momentan auf der Grundlage der festgelegten Kriterien einen Vorentwurf vor, den die Kommission in den kommenden Monaten diskutieren werde, so die SGK-NR in ihrem Kommissionsbericht. Im Anschluss daran werde sie einen Entscheid über «die Frage einer Vernehmlassung» fällen. Die Verlängerung des Behandlungszeitraums sei notwendig, um die Arbeiten hinsichtlich einer definitiven Gesetzesvorlage fortsetzen zu können. In der Wintersession 2019 kam der Nationalrat diesem Antrag nach und verlängerte die Verhandlungsfrist um zwei Jahre.<sup>9</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 03.12.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Dezember 2019 nahm sich der **Nationalrat** einer parlamentarischen Initiative Weibel (glp, ZH) an, welche nach dem Ausscheiden Weibels aus der grossen Kammer von Martin Bäumle (glp, ZH) übernommen worden war und eine **Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme** zum Gegenstand hatte. Bäumle, Kommissionssprecher Nantermod (fdp, VS) sowie Kommissionssprecherin Bertschy (glp, BE) erklärten, mit der geforderten Gebühr werde darauf abgezielt, dass die betroffenen Personen bei Bagatellfällen zuerst den Hausarzt respektive die Hausärztin, den 24-Stunden-Notfall-Dienst oder eine Apotheke aufsuchen, bevor sie sich in den Spitalnotfall begeben. Dadurch könnte nicht nur das Kostenwachstum im Gesundheitswesen abgeschwächt, sondern auch die Notfallstationen in den Spitälern entlastet werden, was für die Behandlung tatsächlicher Notfälle essentiell sei. Im Kanton Aargau würden sogenannte Walk-in-Gebühren beispielsweise bereits diskutiert. Dafür bedürfe es allerdings einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene, welche durch die vorliegende parlamentarische Initiative geschaffen werden solle. Von den Gebühren ausgenommen werden sollen Patientinnen und Patienten unter 16 Jahren, solche mit einer Zuweisung einer Ärztin oder eines Arztes sowie Personen, die in der Folge stationär behandelt werden müssen. Eine Minderheit rund um Yvonne Feri (sp, AG), welche beantragte, dem Anliegen keine Folge zu geben, hielt dieser Argumentation entgegen, dass eine solche Gebühr primär eine Belastung für Arme, ältere Personen sowie chronisch Kranke darstelle. Ferner könne sie gegebenenfalls auch Fehlanreize schaffen, indem die Patientinnen und Patienten darauf bestünden, stationär behandelt zu werden. Diene die Gebühr zur Abschreckung, werde dadurch auch die freie Arzt- und Spitalwahl untergraben. Viele Menschen hätten zudem keinen Hausarzt oder keine Hausärztin mehr – gerade auf dem Land sei es schwierig, einen entsprechenden Arzt oder eine entsprechende Ärztin zu finden. Bezüglich der Kapazitäten für tatsächliche

Notfälle meinte Feri, die Krankenhäuser hätten in der Notfallaufnahme bereits vor einiger Zeit ein Triage-System eingeführt, das zwischen leichten, mittelschweren und schweren Notfällen unterscheidet. Den Nationalrat vermochten die Worte der Kommissionsmehrheit anscheinend mehr zu überzeugen und so sprach er sich mit 108 zu 85 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für Folgegeben aus.<sup>10</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 12.08.2020  
JOËLLE SCHNEUWLY

Anders als ihre Schwesterkommission erteilte die SGK-SR im August 2020 der parlamentarischen Initiative Flückiger (svp, AG) (übernommen von Verena Herzog (svp, TG)) zur **Gleichstellung von Hospizen mit Geburtshäusern** mit 8 zu 0 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) eine Absage. Sie sei zwar ebenfalls der Meinung, dass im Bereich Palliative Care gehandelt werden müsse, möchte aber noch weiteren Fragen im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt nachgehen, so die Kommission in ihrer Medienmitteilung. Mit einem Verweis auf das von ihr eingereichte Postulat zur besseren Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende (Po. 18.3384), das vom Ständerat angenommen worden war, erklärte sie, sie werde sich aller Voraussicht nach im nächsten Vierteljahr mit dem bundesrätlichen Postulatsbericht befassen und auf Grundlage dessen ihre Arbeiten weiterführen sowie über die folgenden Schritte befinden.<sup>11</sup>

### Médecins et personnel soignant

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 17.10.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem die SGK-NR die Ergebnisse der Vernehmlassung zum **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative** zur Kenntnis genommen hatte, unterbreitete sie Mitte Oktober 2019 ihrem Rat den entsprechenden **Gesetzesentwurf**. Dabei stellte sie folgende Massnahmen vor, wie dem Fachkräftemangel und der fehlenden Attraktivität des Pflegeberufs begegnet werden könne: Zum einen sollen dem Pflegepersonal mehr Kompetenzen zugestanden werden. So sollen Pflegefachfrauen und -männer nach Vereinbarung mit den Versicherern gewisse Leistungen, die vom Bundesrat definiert werden, selbständig ohne ärztliche Anordnung durchführen dürfen. Zum anderen sollen Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen verpflichtet werden, Pflegefachleute auszubilden. Dabei müssten die Kantone für mindestens einen Teil der ungedeckten Kosten, die im Rahmen der praktischen Ausbildungsleistungen anfallen, aufkommen, wobei sie vom Bund während acht Jahren unterstützt würden. Weiter sah die SGK-NR eine Verpflichtung der Kantone vor, Personen die eine Pflegeausbildung an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule absolvierten, während ihrer Ausbildung mit finanziellen Beiträgen unter die Arme zu greifen. Auch hier solle der Bund den Kantonen während acht Jahren mit finanziellen Mitteln zur Seite stehen. Um das Potential von Leuten auszuschöpfen, die nach altem Recht ein Pflegediplom erworben hatten, und diesen den Zugang zu heutigen Aus- und Weiterbildungen zu eröffnen, beabsichtigte die Kommission zudem, ein Anschlussangebot für diese Personengruppe zu schaffen. Der Verpflichtungskredit, mit dem die SGK-NR die Ausbildungsoffensive während den acht Jahren zu finanzieren plante, soll einen Umfang von maximal CHF 469 Mio. aufweisen. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) wollte nicht auf die Vorlage eintreten, da sie der Ansicht war, dass dadurch in einem Bereich hohe Kosten zu Lasten des Bundes verursacht würden, der in die Zuständigkeit der Kantone und der Branche falle. Ferner bestünde die Gefahr einer Mengenausweitung, wenn das Pflegefachpersonal gewisse Leistungen ohne ärztliche Anordnung durchführen könnte.<sup>12</sup>

### Assurances sociales



## Assurance-maladie

Mit dem Bundesgesetz von 2002 über die Anpassung der **kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen** nach dem KVG hatte das Parlament eine Übergangsregelung beschlossen, die den Kantonen eine schrittweise Umsetzung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) zur Beitragspflicht beim Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung von innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erlaubt. Die Gültigkeit des Gesetzes war bis zum 31. Dezember 2004 befristet worden. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in den Räten in der Wintersession 2003 hatte der Bundesrat 2004 seinen Vorschlag zur Neuregelung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet und gleichzeitig die Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2006 beantragt, da die Neuordnung der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2007 in Kraft treten sollte. Das Parlament hatte dem Antrag zugestimmt. Weil die Zeit für die Bereinigung dieser Vorlage in beiden Räten und die Inkraftsetzung durch den Bundesrat nicht ausreichte, hatten die Räte im Dezember 2006 einer nochmaligen Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2007 zugestimmt. Die ständerätliche Kommission stellte nun fest, dass die Zeit für die Inkraftsetzung der Neuregelung auf Anfang 2008 trotzdem nicht ausreicht und beantragte mit einer parlamentarischen Initiative eine nochmalige Verlängerung um ein Jahr, bis längstens zum 31. Dezember 2008.

Die Verlängerung war in beiden Kammern nicht umstritten, hingegen deren zeitliche Ausdehnung. Im Ständerat wies der Bundesrat darauf hin, dass bei einer Verlängerung um lediglich ein Jahr, das Bundesgesetz dem fakultativen Referendum erneut entzogen würde. Ein dringliches Bundesgesetz, gegen welches kein Referendum möglich sei, dürfe jedoch nicht durch ein erneutes dringliches Bundesgesetz verlängert werden. Gegen einen Einzelantrag, der diesem Einwand Rechnung trug und eine Fristverlängerung **bis Ende 2009** postulierte, schloss sich der Rat aber mit 22 zu 10 Stimmen der Mehrheit der Kommission an, der bei ihren Beratungen die Stellungnahme des Bundesrates noch nicht vorgelegen hatte. Im Nationalrat konnte sich aber aus demokratiepolitischen Überlegungen die Auffassung des Bundesrates ganz klar durchsetzen, worauf der Ständerat einstimmig der Verlängerung bis Ende 2009 zustimmte.<sup>15</sup>

-----

## Zusammenfassung

-----

### **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS; Pa.lv. 09.528)**

Im Jahr 2009 verlangte Ruth Humbel (damals cvp, AG) in einer parlamentarischen Initiative die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitskosten, EFAS genannt. 2011 gaben beide Gesundheitskommissionen der Initiative Folge, woraufhin die SGK-NR bis 2019 einen Entwurf erarbeitete. Dieser sah vor, dass die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Umstritten war in der folgenden Parlamentsberatung einerseits die Rolle der Kantone – die Höhe ihrer Beteiligung an den Kosten, aber auch ihre zukünftigen Kompetenzen im Gesundheitsbereich –, andererseits die Frage, ob auch die Kosten der Langzeitpflege in EFAS integriert werden sollen. Nachdem der Ständerat Letzteres als zwingende Bedingung für eine Unterstützung der Kantone in die Vorlage aufgenommen und der Nationalrat dem etwas widerwillig zugestimmt hatte, debattierten die beiden Räte zahlreiche Detailfragen zur Ausgestaltung der zukünftigen Finanzierung im Gesundheitswesen, konnten sich bis vor der Wintersession 2023 jedoch noch nicht in allen Punkten einigen.

## Chronologie

Parlamentarische Initiative und Zustimmung der Kommissionen  
Vorentwurf der SGK-NR  
Vernehmlassung  
Entwurf der SGK-NR  
Stellungnahme des Bundesrates

Debatte im Erstrat  
Berichte zum Einbezug der Pflegeleistungen  
Debatte im Zweitrat: Der Ständerat integriert die Pflegekosten  
Start des Nationalrats ins Differenzbereinigungsverfahren

-----

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 18.02.2011  
ANJA HEIDELBERGER

Mit einer parlamentarischen Initiative wollte Ruth Humbel (cvp, AG) die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS)** erreichen. Demnach soll die öffentliche Hand zukünftig Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, den Risikoausgleich, Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie die Prämienverbilligung finanzieren. Die Krankenversicherungen sollen hingegen für die Finanzierung aller stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG zuständig sein. Dadurch sollten die Fehlanreize im Gesundheitssystem, die durch die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches entstünden, korrigiert werden, ohne dass die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Gelder verlören, argumentierte die Motionärin. Dies würde den Handlungsspielraum der Kantone zum Beispiel bei der integrierten Versorgung chronisch kranker, polymorbider Menschen vergrössern und den Krankenversicherern eine freie Prämienfestsetzung erlauben.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Nachdem ihre Schwesterkommission den Vorstoss im April desselben Jahres noch sisiert hatte, weil sie der Motion Brändli (svp, GR; 09.3546) folgend zuerst die Ausarbeitung eines Vorschlags durch den Bundesrat abwarten wollte, stimmte die SGK-SR im November 2011 dem Beschluss ihrer Schwesterkommission mit 7 zu 1 Stimme zu. In der Folge entschied sich die mit der Erarbeitung eines Entlassentwurfs beauftragte Subkommission «KVG» der SGK-NR, die laufenden Arbeiten im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik abzuwarten. In deren Rahmen sollten zwischen 2012 und 2018 verschiedene wissenschaftliche Studien zum entsprechenden Thema durchgeführt werden. Aus diesem Grund und wegen der starken Auslastung der Subkommission legte die Kommission 2013, 2015 und 2017 je einen Antrag auf Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre vor, welche der Nationalrat jeweils genehmigte.<sup>14</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 20.04.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 verabschiedete die SGK-NR einen ersten Vorentwurf für eine **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** mit 15 zu 7 Stimmen. Zukünftig sollen die Krankenversicherungen sowohl die Kosten der ambulanten als auch der stationären Behandlungen übernehmen. Die Kantone sollen einen Beitrag von mindestens 25.5 Prozent an die Behandlungskosten (nach Abzug der Franchisen und des Selbstbehalts) leisten. Die Anteile sind dabei so berechnet, dass die Umstellung für Kantone und Krankenversicherungen kostenneutral ist. Die Kommission definierte drei Ziele der Reform: Diese solle zu einer Verlagerung von stationären zu kostengünstigeren ambulanten Behandlungen führen, die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den Kosten für die OKP stabilisieren sowie die sachgerechte Tarifierung fördern. Eine Minderheit I beantragte Nichteintreten, weil die Kantone zur Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichtet würden, ohne dass sie diesen (mit-)steuern könnten. Eine Minderheit II schlug hingegen vor, die Anreize für eine effiziente Versorgung zu vergrössern, indem die Kantone den Krankenversicherungen bei Vorliegen eines Risikoausgleichs Pro-Kopf-Pauschalen anstelle eines Anteils der Versorgungskosten gutschrieben.<sup>15</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 15.05.2018  
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung** zum Vorschlag der SGK-NR zur **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen** zwischen Mai und September 2018 nahmen 111 Organisationen teil, darunter alle Kantone, die GDK, die CLASS, sechs grosse Schweizer Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumentenverbände, Leistungserbringendenverbände, Ärztesellschaften, Versicherungsverbände und Patientenorganisationen. Generell begrüsst die Vernehmlassungsteilnehmenden zwar eine einheitliche Finanzierung, zahlreiche von ihnen lehnten den vorliegenden Vorschlag dennoch als ungenügend ab. Zuspruch fand die Vorlage bei den bürgerlichen Parteien, Economiesuisse sowie zahlreichen Leistungserbringenden und Versicherungen. Sie erhofften sich mehrheitlich eine sachgerechtere Tarifierung im ambulanten Bereich, eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich sowie eine kostensenkende Wirkung der verschiedenen Massnahmen. Die Kantone forderten

fast durchwegs eine Überarbeitung der Vorlage, da sie die Fehlanreize im Gesundheitswesen vor allem in der Tarifierung orteten und mit der einheitlichen Finanzierung folglich keine grosse Kosteneindämmung erwarteten. Eine Verlagerung sei zudem durch Operationslisten schneller zu erreichen, argumentierten sie. Hingegen würden die Möglichkeiten der Kantone zur Kostensteuerung – sowie die demokratische Kontrolle – reduziert, indem die Rolle der Versicherungen gestärkt würde. Stattdessen verlangten die Kantone für eine zukünftige Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten für deren Angebot. Die SP und die Gewerkschaften lehnten die Vorlage ab. Die SP befürwortete zwar eine einheitliche Finanzierung, nicht aber den Transfer von Mitteln zu den Versicherungen. Gespalten zeigten sich die Konsumentenverbände: Einige befürworteten die einheitliche Finanzierung, andere forderten alternative Massnahmen wie eine sachgerechte Tarifierung oder eine verbesserte Qualität der ambulanten Leistungen.<sup>16</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 05.04.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2019 erschien der **Bericht der SGK-NR** zu ihrem Entwurf für die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Darin verdeutlichte sie noch einmal die drei Ziele der Vorlage: Sie wolle erstens die Verlagerung von stationären zu günstigeren ambulanten Behandlungen fördern, wo dies sinnvoll sei; zweitens die Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten, die durch Prämien und Steuern finanziert werden, stabilisieren; sowie drittens die sachgerechte Tarifierung fördern. Dazu sollen die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Eingeschlossen sind bei den Bruttoleistungen auch die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also Kosten, die nicht die Krankenversicherungen, sondern die Versicherten übernommen haben.

Das sogenannte «monistische Finanzierungsmodell» beinhalte folglich nur noch eine Zahlstelle; alle Rechnungen müssten somit zukünftig an die Krankenversicherungen geschickt werden, welche alleine für deren Kontrolle zuständig seien. Dies solle für alle OKP-Leistungen gelten, auch für Psychiatrie, Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege – nicht aber für die Pflegeleistungen, wie von den Kantonen gefordert worden war. Bei diesen müssten mit dem Postulat «Integration der Pflegeleistungen in die Efas» (Po. 19.3002) zuerst verschiedene Grundlagen – unter anderem zur Herstellung von Kostentransparenz, zur Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie zur Definition der Pflegestufen – geklärt werden, bevor sie ebenfalls integriert werden könnten. Als Reaktion auf die Vernehmlassungsantworten ergänzte die Kommission die Vorlage um den Auftrag an den Bundesrat, die Pflegeleistungen bei Vorliegen der entsprechenden Grundlagen in die EFAS-Vorlage aufzunehmen. Die 22.6 Prozent, welche die Kantone zukünftig übernehmen sollten, entsprächen den Beiträgen der Kantone und Gemeinden an den stationären Leistungen zwischen 2012 und 2015, wenn diese ihre Anteile von 55 Prozent im stationären Bereich bereits erreicht hätten. In der Realität hatten die Kantone in dieser Übergangsperiode nach der KVG-Revision jedoch nur einen Anteil von durchschnittlich knapp 53 Prozent der Kosten übernommen. Die Kritik der Kantone in der Vernehmlassung und ihren Wunsch, das ambulante Versorgungsangebot steuern zu können, wenn sie dieses mitfinanzieren müssten, habe die Kommission aufgenommen, indem sie die Inkraftsetzung der einheitlichen Finanzierung an die Inkraftsetzung der Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) geknüpft habe.

Die SGK-NR nahm die Vorlage im April 2019 mit 15 zu 7 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Obwohl sich die ständerätliche Kommission im Mai 2019 mit 9 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung gegen die Verknüpfung mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden gewehrt und eine solche abgelehnt hatte, um Letzteres nicht womöglich auf Jahre hinaus zu blockieren, bestätigte die nationalrätliche Kommission ihren diesbezüglichen Entscheid im August 2019. Sie wolle die «Verknüpfung der beiden Reformen nicht aufgeben, bevor nicht auch die Kantone ein Entgegenkommen bei der einheitlichen Finanzierung erkennen» liessen.<sup>17</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 14.08.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Er erklärte, dass er die Stossrichtung der Vorlage generell befürworte, der Bericht der Kommission aber noch einige Fragen ungeklärt lasse. So bedeute diese Änderung einen Systemumbau mit weitreichenden Wechselwirkungen und müsse folglich sorgfältig angegangen werden. Bei den Wechselwirkungen sprach er insbesondere die Schnittstelle zwischen OKP und Zusatzversicherungen an und betonte, dass diese

vermutlich die Wirkung von EFAS einschränken würden. Zum Beispiel entlaste die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung die Zusatzversicherungen stark und schaffe damit womöglich auch Anreize für zusätzliche ambulante Behandlungen. Die vom Bericht erwähnten Massnahmen würden wohl nicht ausreichen, diese Anreize auszugleichen. Zudem wollte der Bundesrat wissen, ob es Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone gebe, die über die Verknüpfung von EFAS mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) hinausgingen.<sup>18</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 26.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitallisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen, kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstige die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfliessen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der

Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.<sup>19</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 17.01.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Bereits kurze Zeit nach der Behandlung der Vorlage für eine **einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich** durch den Nationalrat setzte sich die SGK-SR damit auseinander und hörte erste Vertretungen der Kantone und der Versicherungen an. Sie würdigte die Arbeit ihrer Schwesterkommission, erachtete den Entwurf «in der vorliegenden Fassung [aber] weder [als] ausgereift noch [als] mehrheitsfähig». In der Folge erteilte sie der Verwaltung einen Auftrag zu umfassenden Abklärungen zu zahlreichen Detailfragen, unter anderem zur Frage des Einbezugs der Pflegefinanzierung, wie sie auch eine Motion der SGK-NR (Mo. 19.3002) verlangt hatte. Den entsprechenden Bericht publizierte die Kommission im Februar 2021.

In diesem **Bericht** zog das EDI das Fazit, dass der Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS wünschenswert sei, da Fehlanreize verhindert, die Kostenanteile der verschiedenen Leistungsträger «dauerhaft stabilisiert» und die koordinierte Versorgung gefördert werden können. Zuerst müsse dafür aber die Kostentransparenz verbessert und die Tarifierung der Pflegeleistungen neu geregelt werden, was innerhalb von fünf Jahren erledigt werden könne. Folglich soll EFAS mit einer Übergangsfrist von drei Jahren noch ohne Pflegeleistungen eingeführt werden, diese sollten nach insgesamt sieben Jahren zusätzlich integriert werden. Unklar bleibe aber, wie gross der Finanzierungsanteil der Kantone im Pflegebereich sein müsse – 2016 hätte dieser 27.5 bis 27.9 Prozent betragen. Gleich bleiben soll der Kostenbeitrag der Patientinnen und Patienten an den Pflegeleistungen, so dass keine neuen Kosten für die EL entstehen sollten. Mit dem Einbezug der Pflegeleistungen komme es gegenüber heute zu Verschiebungen in der Belastung der einzelnen Kantone – abhängig davon, wie stark ambulante Leistungen in den jeweiligen Kantonen heute schon genutzt würden, so der Bericht. Deshalb soll der «Übergang zum neuen Finanzierungsteiler schrittweise erfolgen» und maximal ein Prozentpunkt pro Jahr betragen. Zudem sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, weitere Leistungsbereiche zu steuern, etwa bezüglich Psychologinnen und Psychologen. Ansonsten sollten die neuen, im Rahmen der Zulassungskriterien für Leistungserbringende geschaffenen Instrumente zur Steuerung genügen, resümierte das EDI. Dieses hiess überdies die Beteiligung der Kantone an den Tariforganisationen für ambulante Bereiche und ihre Aufnahme in die gemeinsame Einrichtung KVG gut,

zumal die Kantone den ambulanten Bereich ja neu auch mitfinanzieren würden. Eine Änderung der vom Nationalrat vorgeschlagenen Regelungen verlangte das EDI beim Finanzierungsanteil der OKP für Vertragsspitäler. Dieser sollte gemäss Nationalrat von 45 auf rund 75 Prozent erhöht werden, wovon das EDI aber eine Kostensteigerung erwartete. Denn durch die Möglichkeit für (Zusatz-)Versicherungen, Spitäler unter Vertrag zu nehmen, verliere die kantonale Spitalplanung an Relevanz. Um dies zu verhindern, soll der Finanzierungsanteil bei 45 Prozent für Vertragsspitäler belassen werden. Schwierig tat sich das EDI schliesslich damit, die finanziellen Einsparungen von EFAS zu quantifizieren. Einsparungen seien vor allem dadurch möglich, dass die Versicherungen mehr Anreize hätten, ambulante anstelle von stationären Leistungen zu fördern, da sie neu auch gleichermassen für Letztere aufkommen müssten. Schätzungen bezifferten das Sparpotenzial auf bis zu CHF 3 Mrd., «wobei allerdings unklar ist, welcher Teil davon in der Praxis tatsächlich realisierbar ist».

Im April 2021 nahm die Kommission ihre Behandlung der Reform wieder auf und führte erneut «umfangreiche Anhörungen» durch – unter anderem neu auch mit Vertretenden der Patientenschaft, der Ärzteschaft, der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex. In der Folge gab die Kommission einen Zusatzbericht zu ausgewählten Fragen in Auftrag und reichte eine Motion (Mo. 22.3372) ein, mit der sie vom Bundesrat eine Evaluation der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG verlangte. Der **Zusatzbericht** der Verwaltung erschien im November 2021 und behandelte Fragen zu Kostenneutralität, finanziellen Auswirkungen und Sparpotenzialen, Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone, Tariforganisationen sowie erneut zum Einbezug der Pflegeleistungen.

Auf Grundlage dieser zwei Berichte startete die Kommission im Januar 2022 in die **Detailberatung**, unterbrach diese aber im März 2022 bereits wieder, um die künftigen Vorgaben für die individuelle Prämienverbilligung im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Prämienentlastungs-Initiative abzuwarten. Anfang Juli 2022 schloss die Kommission ihre erste Lesung der EFAS-Vorlage ab und bereitete sich mit der zweiten Lesung auf die in der Herbstsession 2022 anstehende Behandlung im Ständerat vor.<sup>20</sup>

## Assurance-accidents

Eine parlamentarische Initiative Hardegger (sp, ZH) verlangte, **Spitalinfektionen versicherungsrechtlich analog zu Unfällen zu behandeln**. Das Unfallversicherungsgesetz sollte entsprechend angepasst werden. In der Begründung des Vorstosses hiess es, dies sei angemessen, da eine in einer medizinischen Einrichtung erworbene Infektion ein unerwartetes und nicht beabsichtigtes Ereignis darstelle und damit die Definition eines Unfalles erfülle. Solche Infektionen können zudem schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben. Die SGK des Nationalrates beantragte, der parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben. Sie betonte, für die Prävention von Spitalinfektionen sollte mehr getan werden, und verwies auf laufende Bestrebungen. Würden die Kosten einer Spitalinfektion bei Patientinnen und Patienten, die nicht aufgrund eines Unfalls in Behandlung waren, von der Unfallversicherung übernommen, sei das jedoch systemwidrig. Die Unfalldefinition sei nicht erfüllt, und nicht die gesamte Bevölkerung sei nach UVG versichert. Der Nationalrat folgte in der Herbstsession 2015 nach kurzer Diskussion seiner Kommission und lehnte den Vorstoss mit 97 zu 65 Stimmen ab.<sup>21</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 24.09.2015  
FLAVIA CARONI

1) Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1761 ff.

2) BBI, 2002, S. 4365 ff. und 5847 ff. (BR); AB SR, 2001, S. 253 ff., 377 und 554; AB NR, 2002, S. 763 ff., 858 und 1140; AS, 2002, S. 1643 f.; BBI, 2002, S. 7126 und 7330; Presse vom 10.9. und 18.10.02.

3) BBI, 2003, S. 3111 ff.; Presse vom 10.1.–10.2.03.

4) Medienmitteilung SGK-NR vom 4.11.16; Medienmitteilung SGK-SR vom 27.10.17

5) Medienmitteilung SGK-NR vom 6.7.18; NZZ, 7.7.18

6) Medienmitteilung SGK-SR vom 16.4.19

7) Medienmitteilung SGK-NR vom 3.5.19

8) Medienmitteilung SGK-NR vom 5.7.19

9) AB NR, 2019, S. 2423; Bericht SGK-NR vom 14.11.19

10) AB NR, 2019, S. 2052 ff.

11) Medienmitteilung SGK-SR vom 13.8.20

12) BBI 2019, S. 8015 ff.

13) BBI, 2007, S. 6541 ff. und 6549 ff. (BR); AB SR, 2007, S. 765 ff., 1038 f. und 1213; AB NR, 2007, S. 1777 f., 1876 und 2078; AS, 2008, S. 9.

14) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11

15) Erläuternder Bericht vom 19.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; NZZ, 12.4., 21.4.18

16) Ergebnisbericht Vernehmlassung vom 25.1.19; NZZ, TA, 26.5.18; WW, 31.5.18; SoZ, 16.9.18

17) BBI 2019, S. 3499 ff; Medienmitteilung SGK-NR vom 30.8.19; Medienmitteilung SGK-NR vom 5.4.19; Medienmitteilung SGK-

SR (09.528) vom 17.5.19

18) BBl 2019, S. 5725 ff.

19) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19

20) Bericht EDI vom 30.11.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.7.22; Medienmitteilung SGK-SR vom 12.2.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 17.1.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 30.3.22; Zusatzbericht EDI vom 29.10.21

21) AB NR, 2015, S. 1855 ff.