



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)

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 Spitalisten 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 planification 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 finance-



ment 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 pourrions 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 régleme 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 Präsiden 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 bevorteilen. 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 svelt per che pussaivels respargns da custs da sanadad possian vegnir realisads immediat, per uschia fullar via per in provediment da sanadad effizient. 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 Versorgung. 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 neu-



en 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 Infras 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 bénéfices 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 Interessen-



bindung – 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 Prämienentlastung, 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 lingia:

– 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 maiorità.

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 ambulanten 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.



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



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)

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 prestations 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 Guscetti 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 insolvable 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 Guscetti 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: BBl

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: BBl

Antrag des Bundesrates: BBl

Neuer Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Neuer Antrag der Minderheit I

(Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, 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 Guscetti, 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 Kommissionsmehrheit 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 Vertragsspitalern 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 Vertragsspitalern 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 Kommissionsmehrheit, 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 Vertragsspitalern 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 Vertragsspitalern der gleiche Beitrag bezahlt werden wie bei Listenspitälern, weil privatversicherte 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 Vertragsspitalern 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 Vertragsspitalern 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 Vertragsspitalern 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 Privatspitalern 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 eintreiben 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 Spitalern 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 Vertragsspitalern 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 Vertragsspitalern keine unnötigen Behandlungen gemacht werden?

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Frau Gysi, es ist ein grundsätzliches Problem, dass Zusatzversicherte eher unnötigen Eingriffen unterliegen. Wir haben diese Zahlen an den Hearings auch von Herrn Heiniger, 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 Listenspitalern und Vertragsspitalern weiterführen. Heute bezahlen die Krankenversicherer bei Vertragsspitalern 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 Kommissionsmehrheit –, dass diese 75 Prozent künftig auch den Vertragsspitalern zugutekommen. Es geht nicht um eine Förderung der Vertragsspitäler. 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 Vertragsspitälern 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 presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): 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 presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): 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 presidente (Carobbio Guscetti Marina, presidente): 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 Guscetti 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 Guscetti 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)