

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

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

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

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

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

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

Die SGK des Nationalrates gab der Initiative am 16. Februar 2011 mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Ihre Kommission stimmte diesem Beschluss am 14. November 2011 mit 7 zu 1 Stimmen zu. Vermutlich sind nicht mehr viele im Rat dabei, die dort mitgestimmt haben. Die SGK des Nationalrates beauftragte ihre Subkommission KVG mit der Erarbeitung eines Erlassentwurfes. Nach der Auflösung der ersten Subkommission wegen des Ablaufs der Legislaturperiode nahm eine neue Subkommission am 23. August 2016 die Arbeit auf und erarbeitete einen Entwurf, den die SGK-N am 19. April 2018 mit 15 zu 7 Stimmen annahm und zu dem danach eine Vernehmlassung durchgeführt wurde. Am 5. April 2019 beriet die SGK-N den Erlassentwurf



sowie den erläuternden Bericht und nahm die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen an. In dieser Vorlage nicht enthalten war – das ist wichtig – die Pflege, obwohl die Kantone dies immer ausdrücklich verlangt hatten.

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

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

AB 2022 S 1115 / BO 2022 E 1115

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

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

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

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

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

Wir hatten Curafutura und Santésuisse da, die Kantone, Städte und Gemeinden; auch dort ging es um den Einbezug der Pflege, den Datenzugang, das Nettoprinzip. Die Versicherungsverbände, diese habe ich erwähnt, und die Patientenorganisationen hatten dann wieder einen anderen Approach. Die Patientenorganisationen und die Verbände wollen bei der Pflege Kostentransparenz, bevor man sie einbezieht, und sie wollen sicherstellen, dass Prämien auch gesenkt werden, wenn die Steuerzahler mehr belastet werden – das ist die Logik. Die Leistungserbringer verlangten, dass man einen klaren Termin im Gesetz hat und das dann nicht irgendwann macht.

Die Basis für die Kommissionsarbeit war schlussendlich ein sehr guter Bericht der Verwaltung. Eigentlich hat dieser Bericht des BAG vom 30. November 2020 Botschaftsqualität. Er ist auch öffentlich; Sie können



ihn einsehen – Sie sowieso. Ich glaube, wir können uns dann im weiteren Verlauf der Beratung auf diesen Bericht stützen, der viele Themen aufgenommen hat. Er hat die Grundlagen und die mögliche Gestaltung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas) gut dargelegt.

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

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

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

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

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

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

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

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

In der ersten Lesung haben wir einstimmig beschlossen, die Pflege einzubeziehen. Die weiteren Resultate unserer Beratung: Die Kantone wenden für die Finanzierung stationärer Spitalleistungen und für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen rund 10 Milliarden Franken auf, die in die Efas verschoben werden; das ergibt sich aus dem Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019. Dadurch ergibt sich auch – das ist das Resultat unserer Beratung –, dass die Kantone inklusive Pflege und ambulanter Leistungen neu 26,9 Prozent und die Krankenversicherungen 73,1 Prozent aller Leistungen finanzieren.

AB 2022 S 1116 / BO 2022 E 1116

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



Zeit für die Anpassungen im Gesetz benötigen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Es war auch wichtig, dass wir genügend Zeit für Anpassungen haben. Efas soll erst drei Jahre nach dem ungenützten Verstreichen der Referendumsfrist oder nach der Annahme in einer Volksabstimmung auf Anfang des folgenden Jahres in Kraft treten. Anschliessend haben die Kantone vier Jahre Zeit, um ihren Kostenanteil zu erreichen. Bis es definitiv eingeführt ist, dauert es also sieben Jahre. Die Pflege wird, wie gesagt, erst nach sieben Jahren einbezogen.

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

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



Einrichtung abgewickelt. Die Kantone sind einbezogen.

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

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

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

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

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

AB 2022 S 1117 / BO 2022 E 1117

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

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

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

Die Theorie der Fehlanreize und der Kostenverlagerung von stationär zu ambulant lässt sich in der Realität also nicht nachvollziehen. Wenn die Kostenerhöhung der letzten Jahre im ambulanten Bereich und insbesondere bei den niedergelassenen Spezialisten nicht auf eine Kostenverlagerung von stationär zu ambulant zurückzuführen ist, dann führt das zur Schlussfolgerung, dass dieser Bereich, der ausschliesslich durch die OKP finanziert wird, offensichtlich nicht genügend gesteuert wird. Der Monismus bzw. die Verlagerung der ganzen Finanzierung zu den Krankenversicherern schafft hier also keine besseren Bedingungen.

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



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

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

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

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

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

Wenn es aus Sicht der Versicherten eine Finanzierungsreform braucht, dann bei der Prämienverbilligung. Dass Efas ohne Verbesserung bei der Prämienverbilligung Risiken für die Versicherten birgt, sagt auch die Verwaltung in einem der vielen Berichte für die Kommission. Efas führt je nach Kanton entweder zu höheren Prämien für die Betroffenen, also für die Bevölkerung, oder zu höheren Steuerausgaben des Kantons für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Mit dem heutigen System der Prämienverbilligung besteht die Gefahr – das ist im Bericht der Verwaltung ausdrücklich ausgewiesen –, dass diese Efas-bedingten Sprünge bei den Prämien oder bei der Steuerfinanzierung von den Kantonen dazu genutzt werden, die Prämienverbilligung zu verschlechtern. Das kann – und das sagt der Bericht ausdrücklich – nur verhindert werden, wenn die gesetzlichen Regeln für die Prämienverbilligung durch die Kantone korrigiert und verbessert werden. Nach den gestrigen Beschlüssen zum Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative in diesem Haus ist das in weiter Ferne. So, wie die Dinge heute liegen, ist das für sich allein ein zwingender Grund, der gegen Efas



spricht.

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

AB 2022 S 1118 / BO 2022 E 1118

demokratisch legitimiert, auch wenn sie weniger als jene verdienen.

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

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

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

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

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

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

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

Germann Hannes (V, SH): Ich bin geneigt zu sagen: "Was lange währt, wird – hoffentlich – endlich gut." Ich teile den Pessimismus meines Vorredners, Herrn Rechsteiners, nicht auf der vollen Linie, auch wenn es sicherlich nach wie vor grosse Unsicherheiten gibt. Es handelt sich um einen Systemumbau, den es logischerweise mit Vorsicht und Bedacht anzugehen gilt. Allein die lange Dauer und die Entstehungsgeschichte zeigen, dass



man sich damit schwergetan hat. Der Widerstand der Kantone konnte aber nun doch stark abgebaut werden. Die Begeisterung hält sich noch in Grenzen, aber – wer weiss? – vielleicht bringen wir die Vorlage ja noch so weit, dass auch die Kantone voll und ganz dahinterstehen können. In meinem Kanton jedenfalls, das kann ich vorausschicken, begrüsst die Regierung diesen Schritt, vor allem auch den Einbezug der Pflege, auf den ich noch zu sprechen kommen werde.

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

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

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

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

AB 2022 S 1119 / BO 2022 E 1119

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

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

Entscheidend scheint mir noch, dass der Risikoausgleich für jeden Kanton separat durchgeführt wird. Die kantonal weitgehend gleichmässigen versicherungstechnischen Ergebnisse, also Prämien minus Kosten, haben zu einem wesentlich kleineren Teil der Erhöhung der Reserven geführt. Das wissen wir aus den entsprechenden Studien. Die dazugehörigen Zahlen können auch in den Betriebsrechnungen der Versicherer eingesehen werden. Es ist somit sichergestellt, dass eine finanzielle Mehrbelastung des Kantonshaushalts aus Sicht der Steuerzahlenden im selben Ausmass zu einer Entlastung der Prämienzahlenden in diesem Kanton führt, dies im Unterschied zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung. Also auch hier bringen wir eine Verbesserung ins System hinein.

Ich komme nun noch zu den Wünschen der Kantone, die Daten entsprechend nochmals zu kontrollieren oder einzusehen. Da sei einfach auf den enormen Aufwand verwiesen, den die Krankenversicherer schon heute be-



treiben. Alleine bei der Visana sind das mehrere hundert Stellen, bei der CSS ebenfalls. Das wird also bereits heute akribisch gemacht. Hier müssen wir im Sinn des Ganzen dafür sorgen, dass es nicht zu Doppelspurigkeiten kommt, die dann die Prämienzahlenden oder die Steuerzahlenden belasten – das wäre falsch. Hier wurde das Ei des Kolumbus also noch nicht gefunden. Aber insgesamt ist es eine gute Vorlage, hinter der wir stehen können, hinter der auch die Kantone stehen können sollten.

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

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

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

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

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

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

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

Ich meine aber, die Kommission hat gut gearbeitet. Sie hat sowohl die Anliegen der Versicherer als auch die Anliegen der Kantone aufgenommen, und in der Version der Mehrheit wird eigentlich beiden Anliegen Rechnung



getragen. Ich hoffe, dass dem Weg, den die Kommission aufzeigt, auch hier im Plenum Rechnung getragen wird, damit wir entsprechend legislieren und die Vorlage diesbezüglich eben auch ins Gleichgewicht bringen können. Wenn es so ist, meine ich, dass diese Vorlage doch einen wesentlichen Beitrag für eine Gesundung unseres Gesundheitssystems leisten könnte und eben doch auch wesentlichen Nutzen schaffen kann.

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

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

AB 2022 S 1120 / BO 2022 E 1120

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 S 1121 / BO 2022 E 1121

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Berset Alain, conseiller fédéral: Je crois que le débat d'entrée en matière que vous avez mené ce matin sur ce projet montre qu'il est d'une très grande importance. On sent une certaine gravité au moment d'aborder



ces questions. On sent que beaucoup d'éléments sont la manifestation d'une certaine incertitude au sujet de l'évolution qui suivra. Etant donné que cette réforme aura des conséquences extrêmement importantes, il est difficile de prévoir jusque dans tous les détails ce que cela signifiera.

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

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

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

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

AB 2022 S 1122 / BO 2022 E 1122

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

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

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

L'entrée en matière est décidée sans opposition

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

Detailberatung – Discussion par article

Titel

Antrag der Kommission

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

Titre

Proposition de la commission

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)
(Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Angenommen – Adopté

Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates





Titre, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 16 Abs. 3bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 16 al. 3bis

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

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

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

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 18

Antrag der Kommission

Abs. 2sexies

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

Abs. 2octies, 5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 18

Proposition de la commission

Al. 2sexies

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

Al. 2octies, 5

Adhérer à la décision du Conseil national

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



Das war eine Forderung der Kantone, und dagegen gab es auch keinen Widerstand. Artikel 60 Absatz 5 und Artikel 60a sind Ergänzungen zu dieser Bestimmung.

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

Angenommen – Adopté

Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

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

Abs. 2

...

- a. ... der Kostenentwicklung an das BAG;
- b. ... Gesetzesvollzugsänderungen an das BAG;
- c. ... Risikoausgleichs an das BAG;
- d. zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen von Ärzten und Ärztinnen an die Kantone.

Abs. 3

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

Abs. 4

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

Abs. 5

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

AB 2022 S 1123 / BO 2022 E 1123

Antrag der Minderheit I

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

Abs. 2 Bst. a

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

Antrag der Minderheit II

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

Unverändert

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 1

Les assureurs sont tenus de transmettre régulièrement à l'OFSP et aux cantons les données dont ils ont besoin pour accomplir les tâches respectives que la présente loi leur assigne.

Al. 2

...

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

Al. 3

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



Al. 4

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

Al. 5

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

Proposition de la minorité I

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

Al. 2 let. a

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

Proposition de la minorité II

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

Inchangé

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

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

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

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

Das ist die Erweiterung von Artikel 21 Absatz 2.

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

Gehen wir weiter auf Seite 30 und 31 der deutschen Fahne. Dort kommen bei Artikel 60 die angesprochenen Absätze 7, 7bis und 7ter. Absatz 7 hält fest, dass die Versicherer dem Kanton kostenlos – das ist der Grundsatz



– den Zugang zu Daten ermöglichen, aber nur für Rechnungen im stationären Bereich. Die Rechnungen gehen zu den Versicherungen. Die Kantone können diese prüfen. Das Überprüfen der WZW-Kriterien ist in einer solchen Prüfung nicht enthalten. Das war immer die Frage: Prüfen die Kantone auch Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit? Man hatte grosse Bedenken, wenn die Kantone diese Kriterien auch noch prüfen. Das ist eine Kernaufgabe der Versicherer.

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

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

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

AB 2022 S 1124 / BO 2022 E 1124

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

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

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

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

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

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

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

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



ist, grob zusammengefasst, der Inhalt des Antrages der Minderheit I.

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

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

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

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

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

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

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

Ich möchte Sie bitten, dass wir den Schritt Richtung Kantone ganz vollziehen und mit dem Minderheitsantrag I den Forderungen der Kantone entgegenkommen. Die Stärkung der Kantone in diesem umfassendsten Projekt seit der Einführung des KVG 1996 können und müssen wir zusammen mit den Kantonen machen, weil die Kantone verfassungsrechtlich die Kompetenz haben. Sie haben die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Somit müssen sie auch die Steuerung und Kontrolle behalten. Sie tragen gegenüber der Bevölkerung in ihren Kantonen die Verantwortung dafür, dass die Gesundheitsversorgung gewährleistet ist, dass sie für jedermann und jedefrau zugänglich ist und dass das auch so bleibt, trotz den Herausforderungen, die wir hier haben. Ich weise hier nur auf das Thema der Langzeitpflege angesichts einer älter werdenden Bevölkerung hin.

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

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

AB 2022 S 1125 / BO 2022 E 1125

versicherten Personen muss auf allen Ebenen wirklich gegeben sein, damit in Zukunft eine sinnvolle kantonale Steuerung und vor allem eine Planung der Versorgungssicherheit möglich ist. Wir wissen, wie wichtig das ist



und dass der Bund diesen Kompetenzbereich klar an die Kantone delegiert.

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

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

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

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

Ich empfehle Ihnen, hier der Minderheit I zu folgen.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

AB 2022 S 1126 / BO 2022 E 1126

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

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

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

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5464)

Für den Antrag der Mehrheit ... 22 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 20 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Antrag der Kommission

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

Art. 25 al. 2 let. a

Proposition de la commission

a. les examens, traitements et prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou



dans un établissement médicosocial par:

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

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 25a

Antrag der Kommission

Aufheben

Art. 25a

Proposition de la commission

Abroger

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Kommission

Abs. 1

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

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

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41

Proposition de la commission

Al. 1

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

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

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Wahlfreiheit bei den Pflegeheimen. Das ändert sich. Heute gilt die freie Wahl für ambulante Pflegeleistungen. Bei den Pflegeheimen ist es anders. Der Wohnkanton muss einer Patientin die Kosten nur dann nach den Regeln des Standortkantons abgelten, wenn er der versicherten Person keinen Platz in einem kantonalen Pflegeheim anbieten kann. Die Freizügigkeit ist bei den Pflegeheimen heute also eingeschränkt. Mit der Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen entfällt für die Kantone die Restfinanzierung und damit auch ein zentrales Argument gegen die Einschränkung der Freizügigkeit der versicherten Personen. Es gibt diese Unterschiede zwischen Kantonen in Zukunft also nicht mehr.

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 2, 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



Art. 42 al. 2, 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 47a

Antrag der Kommission

Titel

... Behandlungen und Pflegeleistungen

Abs. 1

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

Abs. 3

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

Abs. 4

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

Abs. 5

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

Abs. 7

Die von den Organisationen erarbeiteten ...

Art. 47a

Proposition de la commission

Titre

... ambulatoires et pour les prestations de soins

Al. 1

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

Al. 3

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

Al. 4

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

AB 2022 S 1127 / BO 2022 E 1127

Al. 5

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

Al. 7

... par les organisations et leurs ...

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



Berset Alain, conseiller fédéral: Tout à l'heure vous avez décidé d'intégrer le domaine des soins. On n'en a pas beaucoup parlé, mais c'est une décision extrêmement importante qui a des conséquences massives pour l'ensemble du domaine de la santé. Elle répond naturellement à une demande express des cantons. Il nous semble qu'il s'agit d'une conséquence assez logique de l'intégration des soins dans le projet que de prévoir également pour ce domaine-là une organisation tarifaire pour faire ce travail. Nous sommes donc évidemment d'accord avec la proposition de votre commission.

Angenommen – Adopté

Art. 47b

Antrag der Kommission

Titel

... Behandlungen und für Pflegeleistungen

Abs. 1

... sowie die Organisationen nach Artikel ...

Abs. 2

... gegen die Organisationen nach Artikel ...

Art. 47b

Proposition de la commission

Titre

... ambulatoires et les prestations de soins

Al. 1

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

Al. 2

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

Angenommen – Adopté

Art. 49a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 49a

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

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

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



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

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

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

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

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

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

AB 2022 S 1128 / BO 2022 E 1128

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

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

La question est la suivante: quelle est la situation aujourd'hui? Aujourd'hui, les hôpitaux conventionnés touchent les 45 pour cent qui correspondent à la part AOS et ils ne touchent pas les 55 pour cent provenant du financement par les cantons. Les hôpitaux conventionnés touchent donc aujourd'hui 45 pour cent. Avec la proposition du Conseil fédéral et de votre commission, les hôpitaux conventionnés continueraient de toucher 45 pour cent, alors que les hôpitaux inscrits dans la planification cantonale, eux, touchent aujourd'hui les 45 pour cent AOS et les 55 pour cent financés par le canton. Ils ont donc un financement, de ce point de vue, que l'on peut considérer à 100 pour cent. Le projet qui vous est soumis change cette relation et prévoit un financement égalitaire, moniste, entre l'ambulatoire et le stationnaire.

Si maintenant on profitait de cette situation pour augmenter la part de 45 pour cent à 75 pour cent pour les hôpitaux conventionnés, alors on ne renforcerait pas la planification hospitalière, on l'affaiblirait massivement, parce que, naturellement, l'incitation à gérer la planification nécessite aussi une différence pour ce qui est du financement, qui correspond d'ailleurs à ce qui existe aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle votre commission, après un débat assez nourri, avec beaucoup d'informations livrées, a décidé de soutenir l'avis du Conseil fédéral. Je crois qu'il y a une bonne argumentation: on ne veut justement pas changer la relation entre les



hôpitaux conventionnés et ceux qui sont sur les listes cantonales de planification pour ne pas affaiblir la planification cantonale. C'est aussi pour cela que les cantons sont favorables à cette solution. Je crois que c'est ce qui explique également le fait que, à la suite d'un débat qui a été conséquent lors de la préparation, il n'y ait pas de minorité à ce sujet.

Angenommen – Adopté

Art. 50

Antrag der Kommission

Titel

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

Abs. 1

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

- a. in einem Pflegeheim;
- b. ambulant durch einen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e.

Abs. 2

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

Abs. 3

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

Abs. 4

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

Abs. 5

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

Art. 50

Proposition de la commission

Titre

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

Al. 1

Les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins qui sont fournies conformément à l'article 25 alinéa 2 lettre a:

- a. dans un établissement médicosocial;
- b. sous forme ambulatoire par un fournisseur de prestations désigné à l'article 35 alinéa 2 lettre e.

Al. 2

Les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 disposent d'instruments de gestion adéquats; afin de calculer les coûts d'exploitation et d'investissement et de classer les prestations, ils tiennent notamment une comptabilité analytique et une statistique des prestations selon une méthode uniforme. Ces instruments contiennent toutes les données nécessaires à l'évaluation du caractère économique des prestations et à la tarification, ainsi que, dans le cas des établissements médicosociaux, les données requises pour la comparaison entre établissements.

Al. 3

Le Conseil fédéral détermine pour les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 une structure uniforme pour la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

**Al. 4**

Il convient de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre établissements médicosociaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats. Les établissements médicosociaux et les cantons sont tenus de livrer les documents requis à cette fin. Le Conseil fédéral peut, après consultation des cantons, régler les détails de la mise en oeuvre des comparaisons entre établissements. Il publie les comparaisons entre établissements.

Al. 5

Les fournisseurs de prestations visés à l'alinéa 1 ont l'obligation de tenir à disposition pour consultation leur comptabilité analytique et leur statistique des prestations, ainsi que les documents correspondants. Les parties à la convention tarifaire et les autorités chargées d'approuver les conventions tarifaires ainsi que de fixer les tarifs ont le droit de consulter ces informations.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um die Kostenübernahme für Pflegeleistungen. Sie sehen, hier hat Ihre Kommission einen Artikel eingefügt. Es geht vor allem auch darum, dass man Kostentransparenz hat. Die grosse Sorge beim Einbezug der Pflege – der Bundesrat hat es auch gesagt – ist die Entwicklung der Prämien, ist die Kostendynamik, welche die Pflegeleistungen haben. Wir sind uns natürlich bewusst, dass wir, wenn wir sie einbeziehen – auch auf die Forderung der Kantone hin –, hier eine gewisse Unsicherheit haben. Deshalb möchten wir, dass es für die Pflegebereiche einen einheitlichen Tarif gibt und dass genügend Kostentransparenz geschaffen wird, bis dann in sieben Jahren auch die Pflege übernommen wird.

Die Fragen in Ihrer Kommission waren: Was sind die Auswirkungen des Einbezugs der Pflege auf die Kantone und Gemeinden? Gibt es eine Art Kostenbremse? Das gibt es nicht, wir haben das Risiko einer Kostenausweitung. Wenn man sich die Zahlen vor Augen führt, sieht man, dass von den Pflegekosten in der Höhe von rund 6,3 Milliarden Franken 3 Milliarden Franken von der OKP übernommen wurden

AB 2022 S 1129 / BO 2022 E 1129

und 1 Milliarde von den Patienten; 2,3 Milliarden Franken sind Restfinanzierungen. Es gibt hier also ein Potenzial, das man gut im Auge behalten will. Artikel 50 schafft die Methode dazu.

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

Angenommen – Adopté

Art. 51 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 51 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ganz kurz: Hier wurde der Wegfall der Kantonsfinanzierung bei den Vertragsspitalern berücksichtigt. Die Bestimmung ist jetzt redaktionell korrekt.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Bundesrat möchte sich nicht äussern.

Angenommen – Adopté

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

Antrag der Kommission

3. ... nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, welche nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;



Art. 52 al. 1 let. a ch. 3

Proposition de la commission

3. ... conformément à l'article 25 alinéa 2 lettre b ou pour des prestations de soins visées à l'article 25 alinéa 2 lettre a, qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1;

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist nur eine redaktionelle Änderung. Sie haben eine neue Aufteilung der Kosten für Pflegematerial beschlossen, und auf Artikel 25a kann nicht mehr verwiesen werden, da dieser aufgehoben wird.

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

Angenommen – Adopté

Art. 55b

Antrag der Mehrheit

Titel

Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m

Abs. 1

Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

Abs. 2

Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Dittli, Gapany, Germann, Müller Damian)

Streichen

Art. 55b

Proposition de la majorité

Titre

Evolution des coûts des fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres b à g et m

Al. 1

Lorsque, dans un canton, les coûts annuels par assuré des prestations d'une catégorie de fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres b à g et m, augmentent davantage que la moyenne suisse des coûts annuels des prestations de la catégorie de fournisseurs en question ou lorsque le niveau des coûts annuels par assuré dans cette catégorie est en dessus de la moyenne suisse de cette catégorie, le canton peut prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est délivrée dans cette catégorie.

Al. 2

Les cantons désignent les catégories concernées de fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1.

Proposition de la minorité

(Dittli, Gapany, Germann, Müller Damian)

Biffer

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Mehrheit beantragt Ihnen, einen Artikel 55b einzufügen. Das Abstimmungsergebnis betrug 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung. Mit diesem Artikel will man die Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringer regeln, insbesondere die psychotherapeutischen Leistungen; diese sind im ambulanten Bereich noch nicht geregelt. Wir haben diese Diskussion im Zusammenhang mit dem Anordnungsmodell schon verschiedentlich geführt. Die Motion 20.3914 der SGK-N, "Zulassungssteuerung bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen", haben wir ja auch angenommen. Damit sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, auch das Angebot nichtärztlicher Leistungserbringer zu regeln, sind doch die ärztlichen Leistungserbringer bereits über die Zulassungssteuerung geregelt. Das betrifft Artikel 55b,



der die Forderung dieser Motion aufnimmt. Voraussetzung für diese Kompetenz der Kantone ist, dass das Kostenniveau im Verhältnis zu den anderen Kantonen überdurchschnittlich ansteigt. Artikel 55b geht also weniger weit als die analoge Regelung betreffend die Ärztinnen und Ärzte, bietet den Kantonen in diesem Bereich aber eine Handhabe und setzt damit auch die Motion um.

Ich bitte Sie deshalb, hier der Mehrheit zu folgen.

Dittli Josef (RL, UR): Ich bitte Sie, Artikel 55b zu streichen. Er ist etwas verunglückt, so wie er da hineingekommen ist.

Am 1. Juli 2021 ist der neue Artikel 55a KVG in Kraft getreten. Seither haben die Kantone die Möglichkeit, die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Mit dem von der Mehrheit beantragten Artikel 55b würde diese Zulassungsbeschränkung bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung nun auf Leistungserbringer im nichtärztlichen Bereich ausgeweitet.

Solch eine Ausweitung ist meines Erachtens weder nötig noch sinnvoll. Mit den bestehenden, gesetzlich verankerten Instrumenten der Wirtschaftlichkeitskontrolle und der Qualitätsentwicklung können nicht notwendige Leistungen bereits heute verhindert werden. Hinzu kommt, dass es schwierig ist, eine genaue, bedarfsgerechte Anzahl von Leistungserbringern festzulegen. Diese hängt zu stark von den kantonalen und regionalen Versorgungsstrukturen ab. Eine pauschale Regel im Sinne von "oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts", wie es die Mehrheit beantragt, würde dieser Vielfalt nicht gerecht und würde am Bedarf der Bevölkerung vorbeisteuern. Zudem gibt es beim erst gerade in Kraft gesetzten Artikel 55a bekanntlich einige Einführungsprobleme. Wenn die Zulassungssteuerung künftig schon ausgeweitet

AB 2022 S 1130 / BO 2022 E 1130

werden soll, braucht es nach ein paar Jahren Erfahrung eine Gesamtevaluation der Wirkung. In diesem Kontext könnte dann auch über eine solche Ausweitung diskutiert werden, aber nicht vorher.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel dafür nennen, was dieser Artikel bewirken könnte: Apotheken in Kantonen, die ausschliesslich das sogenannte Rezeptursystem kennen – Medikamente müssen dort in den Apotheken bezogen werden –, befinden sich kostenmässig über dem schweizerischen Durchschnitt und wären von dieser Bestimmung betroffen. Würde nun ein solcher Kanton die Zulassung der Apotheken beschränken, wäre die Versorgungssituation kritisch, weil nur Apotheken die Bevölkerung mit Medikamenten versorgen und Medikamente nicht wie in anderen Kantonen auch in einer Arztpraxis bezogen werden können.

Ich bitte Sie also, dem Antrag der Minderheit zu folgen, weil im Prinzip alles schon in Artikel 55a geregelt ist.

Berset Alain, conseiller fédéral: Dans ce domaine aussi, il s'agit de savoir comment mettre en place un système à la satisfaction de l'ensemble des acteurs. J'aimerais vous inviter, comme je l'ai fait tout à l'heure, à suivre la majorité de votre commission, qui a essayé de trouver cet équilibre très fin entre l'intérêt des cantons et celui de l'ensemble des acteurs – c'est le cas ici. Il existe depuis le 1er juillet 2021 une possibilité pour les cantons de limiter le nombre de médecins fournissant des prestations ambulatoires. Cela dit, il a bien fallu constater que, même si une grande partie des exigences des cantons sont déjà remplies grâce à cet article, il faut encore trouver une solution pour l'admission des fournisseurs de prestations non médicaux. Nous avons, dans des rapports fournis par l'administration et à la suite de discussions que nous avons eues au sein de votre commission, soutenu l'idée qu'il fallait un mécanisme d'action, qui est moins détaillé que celui qui concerne les médecins. Cela dit, il nous semble important de donner aux cantons la possibilité de piloter également ce domaine, parce que ces mécanismes de pilotage sont essentiels pour les cantons s'ils doivent cofinancer – ce qui est nouveau – les prestations ambulatoires.

Pour ces raisons, j'aimerais vous inviter à soutenir la proposition de la majorité de votre commission.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5465)

Für den Antrag der Mehrheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Gliederungstitel vor Art. 60

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



Titre précédant l'art. 60

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 60

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

...

a. ... ausgenommen sind Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.

b. ...

1. ... wohnen. Bei einem Wohnsitzwechsel innerhalb der Schweiz ist der Kanton massgebend, in dem die versicherte Person zu Beginn eines Monats ihren Wohnsitz hat.

2. ... als Wohnkanton (Stichtag gemäss Ziff. 1) gilt.

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 26,9 Prozent.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5

Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind.

Abs. 6

Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2ter gilt und er somit für deren Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7bis

Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen.

Abs. 7ter

Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 7bis berechtigt. Er kann nur rügen:

a. dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;

b. dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;

c. dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

Abs. 8

Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 2bis

Für die Berechnung des Kantonsbeitrags werden die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 24,1 Prozent.



Antrag der Minderheit I

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

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, welche er zur Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz benötigt. Das sind Rechnungen, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 oder eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7ter Bst. abis

abis. dass der Leistungserbringer Auflagen im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag nicht einhält;

Abs. 7ter Bst. d

d. dass der Kanton aufgrund des Wohnsitzes nicht zuständig ist.

Antrag der Minderheit II

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

Abs. 7

Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten. Der

AB 2022 S 1131 / BO 2022 E 1131

Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 60

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

a. ... les prestations rémunérées sur la base de conventions au sens de l'article 49a sont exclues;

b. ...

1. canton; en cas de changement de domicile à l'intérieur de la Suisse, le canton déterminant est celui dans lequel l'assuré a son domicile au début du mois.

2. ... est le canton concerné (date de référence: selon ch. 1).

Al. 3

... Ce taux se monte à 26,9 pour cent au moins.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5

Les assureurs transmettent à l'institution commune (art. 18) les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale.

Al. 6

Ils communiquent aux cantons les assurés pour lesquels ils demandent une contribution cantonale. Si un canton conteste être le canton de domicile d'un assuré ou qu'il soit considéré comme tel en vertu de l'article 41 alinéa 2ter, et qu'il doit donc verser une contribution cantonale pour ses prestations, il rend une décision.

Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Al. 7bis

Si le canton juge que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas remplies, il en informe l'assureur après la réception de la facture dans un délai fixé par le Conseil fédéral. Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans les factures contestées, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue.



Al. 7ter

Le canton peut recourir devant le tribunal des assurances visé à l'article 58 LPGA contre la décision de l'assureur visée à l'alinéa 7bis. Il peut seulement invoquer le fait:

- a. que le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission;
- b. qu'un tarif non autorisé est utilisé;
- c. que les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

Al. 8

Les cantons et la Confédération versent leur contribution à l'institution commune.

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 2bis

Le produit des actions récursoires fondées sur l'article 72 alinéa 1, LPGA sont déduits des coûts selon l'alinéa 2 pour le calcul de la contribution cantonale.

Al. 3

... Ce taux se monte à 24,1 pour cent au moins.

Proposition de la minorité I

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

Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai aux données des factures dont il a besoin pour accomplir les tâches que la présente loi lui assigne. Il s'agit de factures qui concernent un traitement hospitalier au sens de l'article 49 alinéa 1, ou une prestation désignée par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Al. 7ter let. abis

abis. que le fournisseur de prestations ne respecte pas les conditions relatives au mandat de prestations;

Al. 7ter let. d

d. que, compte tenu du domicile, le canton n'est pas compétent.

Proposition de la minorité II

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

Al. 7

L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement et sans délai à toutes les données des factures. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe a macht redaktionell einfach klar, dass die auf einen Vertrag nach Artikel 49a gestützten Leistungen nicht vergütet werden. Es geht um die Vertragsspitäler. Das ist konsequent.

Bei Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 1 muss man festhalten, dass die Restfinanzierung ja wegfällt und bei der Pflegefinanzierung eine freie Wahl besteht. Deshalb wollte man, dass die Wohnsitzfrage und die Kostenübernahme durch den Kanton geklärt sind. Unser Antrag dient der Klärung der Frage, ab welchem Zeitpunkt welcher Kanton zuständig ist.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Zu den Absätzen 2bis und 3 liegt ein Antrag der Minderheit I vor.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das war ein weiterer Schwerpunkt in unserer Diskussion; da geht es um Brutto- oder Nettoleistungen. Ich habe im Eintretensvotum schon darüber gesprochen. Es geht darum, an welchen Kosten sich der Kanton beteiligt. Beteiligt er sich an den Bruttokosten der Leistung, also an Kosten, die entstanden sind, egal wer sie bezahlt, ob die Versicherung oder der Patient, die Patientin? Oder beteiligt er sich an den Nettokosten? Das wären die Kosten, die der Versicherung effektiv angefallen sind, also nach Abzug der Kosten, die der Patient selber zu tragen hat. Es wurden uns drei Gründe für die Übernahme des Nettoprinzipis aufgezeigt.

Es ist ein administratives Thema; auch mit der Beteiligung an der Bruttoleistung wäre ein Anstieg der administrativen Kosten verbunden. Die Versicherer müssen möglichst alle Rechnungen erhalten, damit sie den



Kantonsbeitrag auch für die Rechnungen erhalten, die sie nicht bezahlen. Um ein Beispiel aufzugreifen: Der Versicherer hat ein grosses Interesse daran, die Rechnung über die 1000 Franken, die der Versicherte vollumfänglich bezahlt hat, zu erhalten, damit er seinen Anteil vom Kanton erhält – das wären jetzt in unserem System, wenn der Patient 1000 Franken selber bezahlt, 260 Franken. Also ist es ein administrativer Aufwand. Ist dieser erste Grund politisch vertretbar? Können wir es erklären, wenn wir sagen, der Kanton muss sich an Kosten beteiligen, die der Versicherer gar nicht hatte?

Dann wurden uns noch verfassungsmässige Bedenken aufgelistet. Man ist sich nicht sicher, ob das Bruttoprinzip verfassungsmässig überhaupt geht, weil man sich bewusst sein muss, dass es relativ viele Situationen gibt, in denen versicherte Personen ihre Franchisen nicht ausschöpfen. Bei einem Viertel oder einem Drittel der Versicherten übernimmt die Versicherung im Verlauf eines Jahres gar nichts, während der Kanton da nach dem Bruttoprinzip immer ein Viertel bezahlen müsste. Dann würde nur der Kanton zahlen, aber die Versicherung nicht. Es sei fraglich, ob mit diesem Prinzip dem verfassungsrechtlichen Anspruch, dass man eine Versicherung haben muss, Genüge getan sei. Ich gebe das so wieder, ich bin selber nicht Jurist. So wurde es uns gesagt.

AB 2022 S 1132 / BO 2022 E 1132

Insofern bitte ich Sie hier, der Mehrheit zu folgen. Ich muss noch erwähnen, dass wir auch diskutiert haben, ob das Nettoprinzip oder das Bruttoprinzip Auswirkungen auf den Anreiz haben, andere Franchisenmodelle zu wählen, und ob so einer falschen Entwicklung Vorschub geleistet wird. Uns hat man versichert, dass es keine Auswirkung auf die Franchisenmodelle haben wird, ob man jetzt das Netto- oder das Bruttoprinzip wählt. Man hat dann ausgemehrt, und der jetzige Antrag der Mehrheit hat obsiegt. Das Abstimmungsergebnis war 9 zu 3 Stimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Weshalb habe ich diesen Minderheitsantrag eingereicht? Ich habe ihn eingereicht, weil sich diese Bestimmung direkt gegen die Eigenverantwortung des Versicherten im Gesundheitswesen und gegen kostenbewusstes Verhalten richtet. Diese Gesetzesbestimmung wirkt zwar sehr technisch, hat aber direkte Folgen für Versicherte mit höheren Franchisen, also Franchisen von 1500, 2000 oder 2500 Franken. Es geht um die Frage, wie künftig die Beiträge der Kantone berechnet werden. Die Mehrheit beantragt den sogenannten Nettoansatz. Das heisst, der Kanton beteiligt sich mit 26,9 Prozent an den Nettoleistungen der Krankenkassen, also den Leistungen ohne Kostenbeteiligung der Patienten.

Wenn ein Spitalaufenthalt, um das mit einem Beispiel zu verdeutlichen, 10 000 Franken kostet, dann wird beim Nettoansatz zunächst die Beteiligung des Versicherten, also die Franchise und der Selbstbehalt, abgezogen. Bei der Höchstfranchise von 2500 Franken bleiben bei diesem Beispiel 6800 Franken übrig. Von diesem Betrag übernimmt der Kanton 26,5 Prozent oder 1802 Franken. Gemäss meinem Minderheitsantrag müsste er 2400 Franken übernehmen. Der Rest – 4998 Franken – geht zulasten der Krankenkasse.

Mit dem Nettoansatz erhalten die Kassen also für Versicherte mit höheren Franchisen markant tiefere Kantonsbeiträge als für Personen mit einer Franchise von 300 Franken. Eine Studie des Instituts für Wirtschaftsstudien Basel schätzt die Umverteilung der Kantonsbeiträge auf jährlich 300 Millionen Franken. Sie komme vor allem der Minimalfranchise von 300 Franken zugute. Diese Umverteilung hat Folgen. Sie führt dazu, dass die Versicherer die Rabatte bei den hohen Franchisen reduzieren müssen. Sie müssen den Rückgang der kantonalen Beiträge letztlich durch höhere Prämien bei den hohen Franchisen kompensieren. Dadurch verlieren diese an Attraktivität. Dies läuft jedoch den Spareffekten entgegen, die man über die Stärkung der Selbstverantwortung erzielen wollte.

Der Bundesrat hält den Bruttoansatz verfassungsrechtlich für sehr zweifelhaft. Für ihn ist alles andere als klar, ob es die Verfassung erlaubt, die Kantone zu einem Beitrag für Leistungen zu verpflichten, die nicht von den Kassen, sondern letztlich von den Versicherten bezahlt würden. Diese Interpretation ist für mich fragwürdig. Als Versicherter sehe ich mich als versicherte Person im Kollektiv der Versicherung. Dieses Kollektiv trägt die entstandenen Kosten. Es ist doch unerheblich, wie die Kosten im Kollektiv verteilt werden.

Mit der Nettomethode würden Versicherte mit hohen Franchisen systematisch benachteiligt. Da bei dieser Methode der Kantonsbeitrag bei ambulanten Eingriffen und hohen Franchisen in vielen Fällen wegfallen würde, würden diese Bürgerinnen und Bürger von ihrem Kanton schlechter behandelt als jene mit tiefen Franchisen. Es wäre also auch wieder eine Ungleichbehandlung. Für mich ist diese Situation verfassungsrechtlich mindestens so zweifelhaft wie die vom Bundesrat gegen das Bruttoprinzip angeführten Argumente.

Der Kommissionssprecher hat jetzt ausgeführt, der administrative Aufwand wäre höher. Ich als Versicherter bin ja auch gehalten, sämtliche Arztrechnungen aufzubewahren, die ich übers Jahr erhalte, um zu schauen, ob die Kosten, die mir entstanden sind, unter oder über der Franchise liegen. Wenn sie höher als die Franchise



sind, bin ich doch daran interessiert, diese Rechnungen einzugeben, damit die über der Franchise liegenden Kosten durch die Krankenkasse bezahlt werden. Ich finde die Argumentation der Mehrheit deshalb nicht gerade stichhaltig.

Die Auswirkungen bezüglich der Bundesverfassung habe ich erwähnt.

Ich meine, dass es wirklich sinnvoll und auch dringlich wäre, das Bruttoprinzip zu wählen und die Eigenverantwortung im Gesundheitswesen zu stärken. Das machen wir ja mit höheren Franchisen. Wenn Sie aber den Nettoansatz wählen, wird das obsolet.

Ich empfehle Ihnen, meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Dittli Josef (RL, UR): Es geht hier um die Grundsatzfrage der Berechnung der Kantonsbeiträge, also um die Frage, ob die Berechnung nach dem Brutto- oder dem Nettoprinzip erfolgen soll. Ich plädiere klar für das Nettoprinzip und erläutere Ihnen im Folgenden, wieso.

Beim Bruttoprinzip wird der Kantonsbeitrag ohne Abzug von Franchise und Selbstbehalt berechnet, beim Nettoprinzip hingegen erst nach deren Abzug. Im Rahmen des Nettoprinzips beteiligen sich sowohl die Kantone als auch die Versicherer lediglich an den Kosten der Versicherungsleistungen, nicht aber an den Kosten für Leistungen, die im Rahmen der Kostenbeteiligung von Privatpersonen übernommen werden.

Mit dem Bruttoprinzip müssten die Kantone, wie heute im stationären Bereich, auch im ambulanten Bereich ihren Anteil an die Bruttokosten der Leistungen zahlen. Folglich würden die Versicherer wegen Franchise und Selbstbehalt in vielen Fällen nichts bezahlen, während die Kantone ihren Anteil in jedem Fall, unabhängig von Franchise und Selbstbehalt, bezahlen müssten. Ein solcher Ansatz wirft einige verfassungsrechtliche Fragen auf und ist in einem Versicherungssystem mehr als fragwürdig. Das Nettoprinzip ist nach geltendem Versicherungsgesetz für die Berechnung der Kantonsbeiträge sachgerecht.

Ich empfehle Ihnen deshalb, hier dem Nationalrat, dem Bundesrat und der Mehrheit zu folgen.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission.

On peut imaginer les prestations nettes ou les prestations brutes, pour ce qui est de la neutralité des coûts cela pourrait être la même chose. C'est pour cela d'ailleurs qu'il y a un pourcentage différent à l'alinéa 3. Par contre, les conséquences sont différentes.

Avec la proposition de la minorité I (Hegglin Peter), nous avons deux points de réflexion qui nous conduisent à soutenir la majorité.

D'une part c'est que, de facto, on introduirait avec cette proposition le système du tiers payant pour tout le monde, puisque toutes les factures seraient adressées aux assureurs. Ce serait donc de facto une introduction du système du tiers payant généralisée. On s'attend à ce que cela ait pour conséquence l'augmentation des coûts administratifs des assureurs. D'autre part, il existe du côté des spécialistes qui nous ont accompagnés pour ce projet des doutes sur la constitutionnalité de cette solution. Pour quelle raison est-ce qu'il y a des doutes sur la constitutionnalité? Parce que les cantons devraient, pour une part importante d'assurés, prendre en charge les coûts, alors que les assureurs n'effectueraient aucun remboursement si la franchise des assurés n'est pas encore atteinte.

Puisqu'on peut faire l'un ou l'autre et qu'il nous paraît que la question des prestations, telle qu'elle est réglée par la majorité selon l'avis du Conseil fédéral, permet d'éviter les deux problèmes que j'ai mentionnés, j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de la commission.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Berichterstatter wünscht noch das Wort zu Absatz 6.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Absatz 6 beinhaltet auch eine Art Rechtsweg, auf dem die Kantone ihren Widerspruch geltend machen können. Es gab in der Kommission eine Diskussion, ob man da jetzt nicht eine Vermischung von Rechtswegen hätte, weil es zwei verschiedene Rechtswege gibt. Aber es braucht zwei Rechtswege. Der eine gilt für die Frage des Wohnsitzes. Versicherer und

AB 2022 S 1133 / BO 2022 E 1133

Kanton können sich bezüglich des Wohnsitzes miteinander auseinandersetzen. Da muss der Kanton einen Rechtsweg haben, und das ist ein anderer Rechtsweg als der Rechtsweg für die Rechnungsprüfung, bei der der Kanton auch ein Widerspruchsrecht hat. Deshalb sind für die verschiedenen Themen, bei denen der Kanton ein Widerspruchsrecht hat, die Rechtswege unterschiedlich geregelt. Das zur Erläuterung von Absatz 6.



Abs. 2bis, 3 – Al. 2bis, 3

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5466)

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7, 7ter Bst. abis, d – Al. 7, 7ter let. abis, d

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit II wurde bei Artikel 21 zurückgezogen. Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 21 abgelehnt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Abs. 4 – Al. 4

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5467)

Für Annahme der Ausgabe ... 39 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(0 Enthaltungen)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Art. 60a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5bis

Die Versicherten leisten zudem für Pflegeleistungen, welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Der Bundesrat legt die maximale Höhe des Beitrags in Franken fest. Die Kantone können den Beitrag ganz oder teilweise übernehmen.

Abs. 5ter

Bei Pflegeleistungen, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet wurden (Akut- und Übergangspflege), schuldet die versicherte Person während längstens zwei Wochen keinen Beitrag nach Absatz 5bis.

Abs. 7 Bst. b

b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche ...



Abs. 8

Kostenbeteiligungen nach den Absätzen 2 und 5 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden ...

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 2bis

Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 wird vor der Erhebung der Kostenbeteiligung abgezogen.

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5bis

Les assurés versent pour les prestations de soins qui leur sont fournies sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial une contribution aux coûts pour les prestations de soins. Le Conseil fédéral fixe le montant maximal de la contribution en francs. Les cantons peuvent prendre en charge la totalité ou une partie de la contribution.

Al. 5ter

Pour les prestations de soins qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin de l'hôpital (soins aigus et de transition), aucune contribution au sens de l'alinéa 5bis n'est due par l'assuré durant deux semaines au plus.

Al. 7 let. b

b. prestations visées à l'article 25 qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, ...

Al. 8

La participation aux coûts prévue aux alinéas 2 et 5 ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée ...

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 2bis

La contribution cantonale visée à l'article 60 est déduite avant la perception de la participation aux coûts.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es um den Beitrag der Versicherten an die Pflegeleistungen. Es ist klar, das sollte sich durch Efas nicht verändern. Es war in der Kommission ein grosses Anliegen, dass die Einführung von Efas nicht dazu führt, dass Personen, die in einem Pflegeheim sind, plötzlich mehr Beiträge bezahlen müssen als heute. Heute ist die Beteiligung des Patienten auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags begrenzt. Dieser Pflegebeitrag ist in der Krankenpflege-Leistungsverordnung mit Fr. 115.20 definiert. 20 Prozent davon machen 23 Franken aus. Sie sehen dann auch in Ziffer III Absatz 6, wie wir das absichern wollten.

Artikel 64 Absatz 5ter weist eine Spezialität auf. Heute gibt es für Leistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, die sogenannte Akut- und Übergangspflege. Diese wird für längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Neu entspricht die Spitalfinanzierung aber der Pflegefinanzierung. Deshalb kann dieses Instrument grundsätzlich gestrichen werden. Es gibt aber einen Unterschied. Es geht um die Frage der Beteiligung der Patientinnen und Patienten, eben um diese 23 Franken. Heute bezahlen die Patientinnen und Patienten nach den Regeln der Spitalfinanzierung bei der Akut- und Übergangspflege null Franken. Neu würde der Patientenbeitrag 23 Franken pro Tag betragen, also höchstens 322 Franken für zwei Wochen. Das will man verhindern, indem man Absatz 5ter einführt.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 60 abgelehnt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



Art. 79a

Antrag der Kommission
Aufheben

AB 2022 S 1134 / BO 2022 E 1134

Art. 79a

Proposition de la commission
Abroger

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

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

Abs. 2

Der Bundesrat führt eine Evaluation dieses Gesetzes durch. Dabei prüft er insbesondere, ob die Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen für die Kantone und Versicherer bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019 kostenneutral war und ob der höhere finanzielle Beitrag einzelner Kantone sich in entsprechend tieferen Prämien in diesen Kantonen niedergeschlagen hat. Der Bundesrat soll dem Parlament nötigenfalls eine Anpassung von Artikel 60 Absatz 3 vorschlagen.

Ch. II

Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

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

Al. 2

Le Conseil fédéral soumet cette loi à une évaluation. En particulier, il examine si l'introduction du financement uniforme des prestations a été neutre en termes de coûts pour les cantons et les assureurs par rapport aux années 2016 à 2019, et si la contribution financière accrue de certains cantons s'est traduite par une baisse correspondante des primes dans ces cantons. Si nécessaire, le Conseil fédéral doit proposer au Parlement une adaptation de l'article 60 alinéa 3.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Der Minderheitsantrag wird ja zurückgezogen. Ich glaube, beide wollen das Gleiche. Es geht nur um die Frage, ob man es im Gesetz festhalten will. Die Minderheit wollte das im Gesetz klar regeln, und die Mehrheit hatte das Gefühl, die Motion sei der richtige Weg. Die Kommission hat sich mit 9 zu 4 Stimmen für die Motion entschieden.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Stöckli, möchten Sie sich noch zum Antrag der Minderheit äussern?

Stöckli Hans (S, BE): Ich ziehe hiermit den Minderheitsantrag zurück. Ich bin eigentlich überzeugt, rein von der Bedeutung her, dass eine Evaluation sinnvoll wäre. Wir haben davon gesprochen, dass es sich um die grösste Veränderung im ganzen Gesundheitsgesetzgebungsprozess seit der Entstehung dieses Gesetzes handle. Ich denke auch, dass die Veränderungen gross sein werden. In meinem Kanton werden die Prämien erheblich steigen, im Umfang von 50 Millionen Franken. In anderen Kantonen werden die steuerlichen Belastungen erheblich grösser werden. Es gibt einen grossen Veränderungsprozess, und da wäre es klug gewesen, wenn der Auftrag, eine Evaluation zu machen, im Gesetz gestanden wäre. Das wäre eine Evaluationsklausel, wie sie in unserem Recht gang und gäbe ist. Ich habe hier ein achtseitiges Dokument vom Bundesamt für Justiz, das auflistet, in welchen Gesetzen Evaluationsklauseln stehen. Aber ich bin, als Protestant, auch nicht päpstlicher als der Papst.

Dementsprechend ziehe ich den Minderheitsantrag zurück.



Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit ist zurückgezogen worden. Der Bundesrat verzichtet auf das Wort.

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

Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten mindestens dem in Artikel 60 Absatz 3 vorgesehenen Wert entsprechen. Der Mindestprozentsatz der einzelnen Kantone für den Kantonsbeitrag in den ersten vier Jahren nach Inkrafttreten richtet sich nach der Tabelle 1 im Anhang.

Abs. 2, 3

Streichen

Abs. 4

Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 sind für die Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a ausgenommen.

Abs. 5

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 werden bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.

Abs. 6

Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a liegt der Prozentsatz nach Artikel 60 Absatz 3 bei 24,5 Prozent.

Abs. 7

Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.

Abs. 8

Der Bundesrat legt für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis die jeweiligen maximalen Beiträge der Versicherten pro Tag für Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, so fest, dass sie jeweils nicht höher sind als vor dem Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis.

Antrag der Minderheit II

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

Abs. 1

... von sechs Jahren nach ... in den ersten sechs Jahren nach ...

Antrag der Minderheit

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

Abs. 1bis

Jeder Erhöhung des Kantonsbeitrags in einem Jahr, um den in Artikel 60 festgelegten Prozentsatz zu erreichen, entspricht eine vergleichbare Senkung der Versichertenprämien im betreffenden Kanton im gleichen Jahr. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Antrag der Minderheit I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Abs. 6

... nach Artikel 60 Absatz 3 bei 21,7 Prozent.

Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 1

Le taux en pour cent de la contribution cantonale doit correspondre au moins à la valeur définie à l'article 60 alinéa 3, au plus tard quatre ans après l'entrée en vigueur. Le pourcentage minimal de chaque canton pour la contribution cantonale au cours des quatre premières années suivant l'entrée en vigueur est déterminé dans le tableau 1 en annexe.



Al. 2, 3

Biffer

Al. 4

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, les prestations au sens de l'article 25a alinéa 1, sont exclues du calcul de la contribution cantonale visée à l'article 60.

Al. 5

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, les prestations de soins aigus et de transition visées par l'article 25a alinéa 2, sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins.

AB 2022 S 1135 / BO 2022 E 1135

Al. 6

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, le taux visé à l'article 60 alinéa 3, est de 24,5 pour cent.

Al. 7

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'abrogation de l'article 25a, le droit de recours au sens de l'article 72 LPGA s'applique par analogie au canton de domicile pour les contributions que celui-ci a versées en vertu de l'article 25a.

Al. 8

Le Conseil fédéral fixe pour les quatre premières années après l'entrée en vigueur de la modification de l'article 64 alinéa 5bis, les contributions maximales par jour des assurés, pour les prestations de soins qui sont fournies sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial, de manière à ce que les contributions respectives ne soient pas plus élevées qu'avant l'entrée en vigueur de la modification de l'article 64 alinéa 5bis.

Proposition de la minorité II

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

Al. 1

... au plus tard six ans après ... au cours des six premières années ..

Proposition de la minorité

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

Al. 1bis

A toute augmentation de la contribution cantonale une année donnée pour atteindre le taux de l'article 60 correspond la même année une diminution équivalente des primes des assurés du canton concerné. Le Conseil fédéral règle les détails.

Proposition de la minorité I

(Hegglin Peter, Häberli-Koller, Kuprecht)

Al. 6

... l'article 60 alinéa 3, est de 21,7 pour cent.

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Die Minderheit wird ihren Antrag ja noch begründen. In der Kommission war immer auch in Diskussion, was bei diesen unterschiedlichen Fällen in den Kantonen geschieht. Es gibt ja Kantone, es wurde schon gesagt, bei denen es auf der Kostenseite durch die neue Finanzierung eine Verlagerung von der Steuerfinanzierung zur Prämienfinanzierung gibt oder umgekehrt. Wenn ein Kanton jetzt bei den Steuern eine höhere Belastung hat, dann müsste er ja die Prämien senken. Die Minderheit will dafür sorgen, dass auch entsprechend gehandelt wird. Wenn es bei einem Kanton eine Verschiebung gibt und er die Prämien senken sollte, dann müssen sie auch tatsächlich gesenkt werden. Von der Verwaltung hat man uns gesagt, das passiere sowieso, weil ja die Prämien auch den Gesundheitskosten eines Kantons entsprechen müssen. Bei der Prämien genehmigung müssen die Kantone dies entsprechend befolgen. Es sollte also systemisch passieren. Ich glaube, die Minderheit will einfach eine Sicherheit im Gesetz einbauen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): La mia minoranza riprende un tema già accennato da me durante il dibattito di entrata in materia e adesso anche presentato dal relatore della commissione. È un tema che abbiamo discusso anche nel quadro della mozione rispettivamente della minoranza Stöckli che poi è stata ritirata. Mi riferisco all'aumento dei costi a carico di alcuni cantoni, derivante dall'aggiornamento dei dati utilizzati per le previsioni. L'aumento dei costi penalizza quei cantoni che da tempo investono nell'assicurare delle cure



ambulatoriali che finora sono a carico degli assicuratori. Per il mio cantone, per esempio, ciò significa una quarantina di milioni di franchi di spesa supplementare; senza il finanziamento delle cure sono 6 milioni di franchi in più.

Con la mia minoranza ora chiedo che anche nella legge venga espressamente indicato che gli aumenti annuali dei contributi cantonali devono portare ad una riduzione equivalente dei premi. È questo il senso della mia proposta. Se avanzo questa richiesta è anche perché nel passato abbiamo avuto brutte esperienze. Durante il dibattito di entrata in materia ho per esempio ricordato il finanziamento ospedaliero introdotto nel 2012, dal quale ci si aspettava un effetto sui premi che in realtà non si però mai registrato.

Les augmentations des contributions cantonales doivent donc déboucher sur des diminutions des primes équivalentes. Tel est le sens de ma minorité sur les dispositions transitoires qui, de mon point de vue, doivent pouvoir le faire expressément. Selon la prise de position de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS), aucune des variantes élaborées dont nous avons discuté jusqu'ici, pour la clé de répartition et la période transitoire, ne permet d'exclure que le passage au financement uniforme (Efas) s'accompagne de fortes hausses de dépenses dans certains cantons. Pour cette raison, la CDS soutient ma minorité et demande des garanties dans la loi, de sorte qu'une charge financière supplémentaire sur le budget cantonal entraîne automatiquement un allongement de même ampleur pour les payeurs de primes de ce canton, ainsi que nous l'a écrit la CDS à propos de cette minorité.

Je vous invite donc pour ces raisons à soutenir ma proposition de minorité.

Berset Alain, conseiller fédéral: D'après le projet de votre commission, la réforme n'entrerait pas en vigueur tout de suite. Ce qui est prévu, c'est qu'elle entrerait en vigueur trois ans après l'adoption du projet. Ensuite, les cantons auraient un délai de quatre ans pour adapter leur contribution. On a donc affaire au total, pour la préparation de l'application de cette loi, à une période de transition de sept ans.

Le délai de quatre ans a été calculé de manière assez simple. Il s'agirait de faire en sorte que l'augmentation de la part du financement n'excède en principe pas 1 pour cent par année pour aucun canton. Le projet de votre commission implique dans ce cadre l'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme – cela dit, ce financement, c'est encore une autre affaire. Cette intégration demande suffisamment de temps pour être réalisée. Mais il faut pouvoir la réaliser sans pour autant retarder l'instauration du financement uniforme pour les prestations ambulatoires et stationnaires. C'est la raison pour laquelle des délais différents sont prévus.

La proposition de la minorité Carobbio Guscetti au chiffre III alinéa 1bis traite le problème de l'adaptation des primes.

Sur la proposition de la minorité II (Carobbio Guscetti) au chiffre III alinéa 1, pour éviter de me répéter tout à l'heure, je vous invite à suivre la majorité de la commission. Je suis désolé d'avoir pris la parole avant vous sur cette proposition, Madame Carobbio Guscetti.

Concernant la proposition de la minorité Carobbio Guscetti au chiffre III alinéa 1bis, l'adaptation des primes suit en fait l'évolution des coûts. C'est évidemment le principe de base. Une augmentation du financement par le canton doit donc se traduire à terme par une baisse de la charge que représentent les primes. Il y a par contre à court terme des écarts qui sont possibles. En effet, d'un côté, les coûts et les réserves des différents assureurs peuvent évoluer différemment que ce qui est attendu.

L'objectif de votre proposition de minorité au chiffre III alinéa 1bis, Madame Carobbio Guscetti, si je l'ai bien compris, consiste à soutenir – c'est également garanti à moyen terme, mais le mandat ne peut pas être mis exactement en oeuvre en pratique, le principe selon lequel les primes doivent garantir la solvabilité des assureurs. On aurait donc un problème. L'objectif que vous visez nous paraît absolument adéquat; nous souhaitons la même chose. C'est la raison pour laquelle le délai est important. Mais l'intervention telle qu'elle est prévue dans votre proposition nous paraîtrait en contradiction avec le principe selon lequel les primes doivent couvrir les coûts de façon à garantir la solvabilité des assureurs-maladie.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral est favorable à la proposition de la majorité de la commission.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir kommen zu den Absätzen 2 bis 5.

AB 2022 S 1136 / BO 2022 E 1136

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei Absatz 2 geht es eigentlich um eine redaktionelle Anpassung, aber natürlich auch um eine inhaltliche, weil die Prozentwerte nicht die gleichen sind. Da bei uns der Wunsch vorhanden war, die Zahlen über die vier Jahre, in denen man Anpassungen macht, verbindlich im Gesetz festzulegen, hat man diese in einem Anhang festgehalten. Deshalb ist Absatz 2 gemäss Vorlage des Bundesrates, in dem die Zahlen festgehalten sind, nicht mehr notwendig. Auch Absatz 3 brauchen wir deshalb nicht mehr.



Noch kurz zu Absatz 4: In diesem geht es um die Pflege. Aber darüber haben wir ja schon entschieden.

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wünschen Sie noch das Wort zu den Absätzen 7 und 8, Herr Berichterstatter?

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier ist vor allem Absatz 8 wichtig. Wie ich schon gesagt habe: Bei der Pflegeleistung, welche die Gepflegten selber tragen müssen, diesen 23 Franken, wollte man verhindern, dass die Anteile der Leistungsbezüger steigen, wenn man Efas einführt. Das betrifft die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Konkret wird im letzten Satz festgehalten, dass die maximalen Beiträge jeweils nicht höher sein dürfen als vor dem Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5bis. Damit ist das also sichergestellt.

Abs. 1 – Al. 1

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5468)

Für den Antrag der Minderheit ... 11 Stimmen

Dagegen ... 30 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 6 – Al. 6

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit I wurde bei Artikel 60 abgelehnt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Streichen

Abs. 3

Steht zehn Tage nach Ablauf der Referendumsfrist fest, dass gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen ist, so tritt es wie folgt in Kraft:

a. die Artikel 16 Absatz 3bis, 18 Absätze 2sexies, 2octies und 5, 21, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a sowie 79a: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt;

b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 41 Absatz 1, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

Abs. 4

Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es wie folgt in Kraft:

a. die Artikel 16 Absatz 3bis, 18 Absätze 2sexies, 2octies und 5, 21, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a sowie 79a: drei Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn;

b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 41 Absatz 1, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: sieben Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn.



Antrag der Minderheit II

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

Abs. 3 Bst. b

b. ... Ablauf von neun Jahren nach ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: neun Jahre nach ...

Antrag der Minderheit III

(Dittli, Ettlin Erich, Gapany, Hegglin Peter, Müller Damian)

Abs. 3 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, dieses erfolgt am 1. Januar, der auf den Ablauf von mindestens sieben und höchstens neun Jahren nach ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, frühestens sieben und höchstens neun Jahre nach ...

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Biffer

Al. 3

Si dix jours après l'échéance du délai référendaire aucun référendum contre la loi n'a abouti, elle entre en vigueur comme suit:

a. les articles 16 alinéa 3bis, 18 alinéa 2sexies, 20cties et 5, 21, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4, 42 alinéas 2 et 3, 47a alinéas 1, 3, 4, 5 et 7, 47b alinéas 1 et 2, 49a, 51 alinéa 1, 55b, 60, 60a ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier;

b. les articles 25 alinéa 2 lettre a, 25a, 41 alinéa 1, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4

Si la loi est acceptée par le peuple, elle entre en vigueur comme suit:

a. les articles 16 alinéa 3bis, 18 alinéas 2sexies, 20cties et 5, 21, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4, 42 alinéas 2 et 3, 47a alinéas 1, 3, 4, 5 et 7, 47b alinéas 1 et 2, 49a, 51 alinéa 1, 55b, 60, 60a ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après la votation, au début de l'année;

b. les articles 25 alinéa 2 lettre a, 25a, 41 alinéa 1, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 entrent en vigueur sept ans après la votation, au début de l'année.

Proposition de la minorité II

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

Al. 3 let. b

b. ... entrent en vigueur neuf ans après ...

Al. 4 let. b

b. ... et 8, entrent en vigueur neuf ans après ...

Proposition de la minorité III

(Dittli, Ettlin Erich, Gapany, Hegglin Peter, Müller Damian)

Al. 3 let. b

b. ... 8: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Celle-ci a lieu le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans au moins et de neuf ans au plus après ...

Al. 4 let. b

b. ... et 8: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur, au plus tôt sept ans et au plus tard neuf ans après ...

AB 2022 S 1137 / BO 2022 E 1137

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es, wie schon verschiedentlich aufgezeigt wurde, um das Inkrafttreten von Efas und vor allem um die Zeit der Umwälzung bei den neuen Kostenbeteiligungen.





In der Gesetzessystematik, die Mehrheit sieht das so, ist jetzt vorgesehen, dass es nach Inkrafttreten des Gesetzes drei Jahre geht – so haben auch die Kantone und die Versicherer Zeit, sich langsam einzurichten –, dann startet eigentlich die Finanzierung über diese neue Finanzierungsform. Das wird über vier Jahre gezogen. Nach Inkrafttreten passiert also drei Jahre lang nichts. Während vier weiterer Jahre werden die Anteile der Kantone langsam eingeführt, sodass nach vier Jahren der Kostenbeteiligung das Ziel pro Kanton erreicht ist. Sie ersehen aus den Tabellen, wie sich die Anteile der Kantone verändern. Wir haben also sieben Jahre, bis das Endziel erreicht ist. In den letzten vier dieser sieben Jahre wird schon einheitlich finanziert, aber in unterschiedlichen Grössenordnungen. Man arbeitet sich langsam in Richtung Zielgrösse, um keine Schockzahlung zu haben.

Die Minderheiten II (Carobbio Guscetti) und III (Dittli) haben hier Bedenken, dass die Zeit für die Kantone unter Umständen nicht reicht. Die Minderheit II will mehr, sie will neun Jahre. Die Minderheit III will nach hinten eine gewisse Flexibilität haben, sodass der Bundesrat allenfalls mehr Zeit in Anspruch nehmen kann.

Die Mehrheit schlägt Ihnen vor, dass wir bei der klaren Regelung von drei und vier Jahren bleiben. Nach sieben Jahren ist das neue System also eingeführt. Es geht, wie gesagt, nicht um die Pflege, die Pflege kommt erst nach sieben Jahren. Aber für die anderen Bereiche sind es drei und vier gleich sieben Jahre.

Im Namen der Kommission bitte ich Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen – ich selber gehöre aber der Minderheit III an.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Le rapporteur nous a déjà expliqué les différences entre la proposition de la majorité de la commission, ma minorité, la minorité II, et la minorité III (Dittli). Le conseiller fédéral, en relation avec le chiffre III, qui est lié à la présente discussion, nous a déjà expliqué tout à l'heure la position du Conseil fédéral et les différences entre les propositions.

Pourquoi ai-je déposé cette minorité? Nous avons discuté tout à l'heure des conséquences d'une augmentation de la contribution cantonale pour certains cantons, ainsi que des conséquences sur les primes, qui ne sont pas connues. Le fait de demander, par ma proposition, un délai de neuf ans, alors que la majorité propose un délai de sept ans, vise à garantir un délai suffisamment long pour gérer cette situation. Selon l'estimation de certains cantons, dont le mien, avec lequel j'ai étudié cette proposition, un délai trop court entraînerait des augmentations trop importantes des dépenses cantonales d'une année à l'autre. Il faut donc lisser cette entrée en vigueur.

C'est pourquoi j'ai déposé cette proposition de minorité II que je vous invite à suivre.

Dittli Josef (RL, UR): Es geht hier um eine gewisse Flexibilisierung. Wir geben dem Bundesrat einen kleinen Spielraum bei der Inkraftsetzung. Mit der Anpassung der Frist – frühestens sieben und spätestens neun Jahre – soll den Unsicherheiten, ob man alle notwendigen Arbeiten rechtzeitig machen kann, Rechnung getragen werden. Denn die gesamte Umsetzung gibt sehr viel zu tun. Selbstverständlich ist anzustreben, dass das alles in sieben Jahren erfolgt. Aber es gibt doch ein gewisses Risiko, dass bis dahin noch nicht alles gemacht ist. Hier sollte man dem Bundesrat eine Rückfallposition für die Dauer von maximal zwei Jahren einräumen, damit er da für die Inkraftsetzung noch einen gewissen Spielraum hat. Sieben Jahre sind anzustreben, länger als neun Jahre darf es auf keinen Fall dauern. Mit dieser Flexibilität hätte der Bundesrat die Möglichkeit, auf Unvorhergesehenes angemessen zu reagieren.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'ai déjà expliqué par anticipation quelle était la position du Conseil fédéral par rapport à la minorité II (Carobbio Guscetti). Je vous inviterai donc à suivre la majorité de la commission. Je ne vais pas répéter les arguments.

Concernant la proposition de la minorité III (Dittli): je vous remercie beaucoup, Monsieur Dittli, de vouloir donner une marge de manoeuvre au Conseil fédéral et de nous faire confiance pour la mise en oeuvre. Mais il y a deux éléments qui, de notre point de vue, s'opposent à votre minorité, et qui font que je vais vous inviter à suivre la majorité.

Le premier élément est que le fait d'inscrire "une période de sept ans au moins et de neuf ans au plus après" crée une situation qui n'est pas très claire: on ne sait pas très bien quels éléments devraient pousser le Conseil fédéral à fixer la date ni à quel moment il le ferait. En fait, il y a un intérêt pour tout le monde à ce que la date soit réaliste – c'est clair que s'il était écrit "une année" ou "six mois", on ne pourrait pas en discuter – et à ce qu'elle soit claire pour tout le monde et pour tous les acteurs. Si on donne cette tâche au Conseil fédéral, il faudra qu'il se demande à quelle date il convient de fixer l'entrée en vigueur, il devra écouter les acteurs et les consulter. A la fin, on dira qu'on la fixe à neuf ans après l'échéance du délai référendaire, mais que cela ne suffit pas, ou bien à huit ans ou que sais-je. C'est le premier élément.

J'en viens au deuxième élément. Franchement, on parle de sept ans après l'expiration du délai référendaire



– toute une procédure est prévue à ce sujet. S'il y a un référendum, tout est repoussé. Mais s'il n'y a pas de référendum, le délai référendaire expirera au début de l'année 2024 si vous terminez les travaux en septembre 2023, ou il expirera à la fin 2023 si vous les terminez plus tôt dans le courant de l'année prochaine. Si on ajoute sept ans, on arrive à 2030. Oui, il y a beaucoup de travaux, il y a beaucoup de choses à faire et c'est un gros engagement, mais la question que je dois vous poser est la suivante: qui pourrait nous dire qu'on arrive à faire en huit ans ou en huit ans et demi ce que l'on n'arrive pas à faire en sept ans en le planifiant bien?

A partir de là, on préfère de la clarté. Il me semble que ce qui a été prévu par votre commission, y compris avec l'intégration des soins, est réaliste. Cette clarté permettrait aux acteurs de bien pouvoir se préparer, et, franchement, il y a sept ans pour le faire, et sept ans non à partir d'aujourd'hui, mais à partir de fin 2023 ou de début 2024. En fait, on parle de 2031. Si on n'arrive pas à mettre en place, en effectuant les travaux nécessaires, une telle réforme jusqu'en 2031, il faut se poser la question de savoir si elle est réaliste. Je rappelle qu'en tout cas à mon souvenir, la mise en place du financement hospitalier en 2012, qui était une affaire au moins aussi compliquée que celle-là si ce n'est plus, a été réalisée en un délai beaucoup plus court, mais avec de la clarté.

Donc, j'aimerais vous inviter, avec cette argumentation, à suivre dans les deux cas la majorité de votre commission.

Abs. 3 Bst. b, 4 Bst. b – Al. 3 let. b, 4 let. b

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5469)

Für den Antrag der Minderheit III ... 29 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 11 Stimmen

(1 Enthaltung)

Präsidentin (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit II zu Ziffer III Absatz 1 ist mit dieser Abstimmung ebenfalls abgelehnt.

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/5470)

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit III ... 13 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

AB 2022 S 1138 / BO 2022 E 1138

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 09.528/5471)

Für Annahme des Entwurfes ... 29 Stimmen

Dagegen ... 6 Stimmen

(5 Enthaltungen)