



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Differenzen – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.12.13 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.15 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.17 (FRIST - DÉLAI)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.19 (FORTSETZUNG - SUITE)

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

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Wir befinden uns in der ersten Runde der Beratung der Differenzen. Die Debatte ist in zwei Blöcke aufgeteilt. Sie haben eine Übersicht erhalten.

Block 1 – Bloc 1

Geltungsbereich mit/ohne Pflege; Akut- und Übergangspflege; Patientenbeitrag; Kantonsbeitrag; differenzierte Tarife; flexibles Inkrafttreten

Champ d'application avec/sans soins; soins aigus et de transition; contribution du patient; contribution cantonale; tarifs différenciés; entrée en vigueur flexible

Sauter Regine (RL, ZH): Ich spreche in diesem Block zu meinem Minderheitsantrag und gleichzeitig für die FDP-Liberale Fraktion. Zuerst gebe ich meine Interessenbindungen bekannt: Ich bin seit Beginn dieses Jahres Präsidentin von H plus – Die Spitäler der Schweiz.

Dieses Geschäft hat tatsächlich eine lange Geschichte. Sie sehen das, wenn Sie die Geschäftsnummer anschauen. Seit sage und schreibe vierzehn Jahren beschäftigt sich unser Parlament mit diesem Geschäft zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Der Nationalrat beschäftigt sich sogar zum ersten Mal in dieser Legislatur mit diesem Geschäft, vorher war es längere Zeit im Ständerat blockiert. Ohne Übertreibung kann man aber sagen, dass es eines der wichtigsten Geschäfte, wenn nicht das wichtigste im gesundheitspolitischen Bereich in dieser Legislatur ist, haben wir es hier nun doch endlich in der Hand, tatsächlich einmal eine griffige und wirksame Massnahme gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu beschliessen. Wir setzen nämlich den Hebel dort an, wo es etwas bringt.

Es ist bekannt, dass es aus volkswirtschaftlicher Gesamtsicht sinnvoller ist, wenn medizinische Behandlungen ambulant statt stationär, also ohne eine Übernachtung im Spital, stattfinden. Das kommt günstiger, ist im Übrigen für die Patientinnen und Patienten meistens auch angenehmer. Das passiert heute oft nicht, weil die Finanzanreize falsch gesetzt sind. Wenn man nämlich ambulante Behandlungen durchführt, zahlt die Krankenversicherung den ganzen Betrag, währenddem im Spital 55 Prozent der Kosten einer Behandlung von der öffentlichen Hand, vom jeweiligen Kanton getragen werden. Es ist klar, dass eine Verschiebung in den ambulanten Bereich eine zusätzliche Belastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler bedeutet, weil dort die





Krankenkasse gänzlich einspringt. Aus diesem Grund findet das heute noch zu wenig statt, respektive dort, wo es stattfindet, merkt man das dann eben an der Steigerung der Prämien.

Genau hier müssen wir ansetzen. Es darf bei der Finanzierung keine Rolle mehr spielen, wo eine Behandlung erfolgt, ob im Spital oder in einer Arztpraxis. Der Finanzierungsschlüssel, die Aufteilung zwischen öffentlicher Hand und Krankenkasse, muss gleich bleiben.

Dass das Geschäft so lange im Ständerat blockiert war, hat mit dem grossen Widerstand der Kantone in diesem Bereich zu tun. Ich habe es gesagt: Neu müssten die Kantone auch im ambulanten Bereich ihren Beitrag leisten. Ihre Zustimmung haben die Kantone nun von zwei Punkten abhängig gemacht: zum einen davon, dass auch die Langzeitpflege in das Projekt mit einbezogen wird und dass dort der gleiche Finanzierungsschlüssel zur Anwendung kommt; zum andern davon, dass man ihnen ein Instrument zur Steuerung im ambulanten Bereich in die Hand gebe.

Die Steuerung im ambulanten Bereich haben wir mit der Zulassungssteuerung für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich beschlossen. Die Folge davon sehen Sie bereits: In gewissen Bereichen gibt es nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte. Ein solcher Ärztestopp, wie ihn das Parlament beschlossen hat, ist völlig unsinnig und bringt im Ergebnis überhaupt nichts. Ganz sicher bringt er nicht weniger Kosten, sondern höchstens mehr administrativen Aufwand für alle Beteiligten und, in gewissen Bereichen, letztlich auch zu wenig Ärzte.

Mit Zähneknirschen hat die FDP-Liberale Fraktion Kenntnis vom Wunsch der Kantone genommen, die Langzeitpflege mit einzubeziehen. Wir stimmen dem zu, wenngleich wir dadurch Gefahr laufen, ein wirklich grosses Projekt, ein riesiges Paket zu beschliessen, das im Endergebnis natürlich viel Kritik auf sich ziehen könnte. Wir sind aber der Meinung, dass es hier angezeigt ist, die Kantone an Bord zu nehmen. Sinnvollerweise wird das Ganze dann auch etappiert; der Einbezug der Langzeitpflege in das Geschäft wird erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Wichtig ist, und da möchte ich nun wirklich an alle Seiten appellieren, dass wir das Fuder hier nicht überladen. Zeigen wir uns fähig, hier eine wirkliche Reform zu beschliessen: eine Reform, die uns tatsächlich einen Hebel gibt, Massnahmen zu beschliessen; eine Reform, die zielführend ist und kostendämpfende Wirkung erzeugt. Begnügen wir uns nicht damit, wie dies auch in dieser Session geschieht, nur zu fordern, dass mehr Prämienverbilligungen bezahlt werden müssen, wie das die Linke will, oder irgendeine Allgemeinformulierung zu beschliessen, in der es heisst, dass das Parlament Massnahmen beschliessen kann, wenn die Kosten steigen. Das ist alles nur – wie soll ich sagen? – "pour la galerie". Wir müssen dort ansetzen, wo es tatsächlich etwas bringt; genau das ist mit dem vorliegenden Projekt der Fall. Es ist zielführend und eben tatsächlich geeignet, die Kosten zu dämpfen.

Lassen Sie mich noch etwas sagen zum Minderheitsantrag Sauter zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3. Tatsächlich hat dieses Anliegen im weitesten Sinne nichts mit der einheitlichen Finanzierung zu tun. Es geht hier um einen Mangel, den wir aber in diesem Zusammenhang auch gleich beheben könnten. Es geht hier um die Akut- und Übergangspflege. Sie wurde damals im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführt. Es geht da um Leistungen für Personen, die nach einem Spitalaustritt noch Pflegeleistungen brauchen. Das heutige Gesetz beschränkt diese Leistungen auf zwei Wochen. Es zeigt sich, dass dies in der Praxis überhaupt nicht zur Anwendung kommt, obwohl es kostengünstiger wäre als beispielsweise ein Aufenthalt in einem Pflegezentrum. In diesem Sinne beantragt Ihnen meine Minderheit, diese Frist auf vier Wochen auszudehnen und insbesondere in diesem Zeitraum auch die Hotellerieleistungen zu tragen, was heute ebenfalls nicht der Fall ist – ein weiterer Grund, wieso Akut- und Übergangspflege praktisch nicht zur Anwendung kommen.

Ich komme noch zu den Empfehlungen der FDP-Liberalen Fraktion bezüglich der weiteren Anträge in diesem Block. Wir folgen in Block 1 grundsätzlich der Mehrheit, ausser – ich habe es bereits erwähnt – bei der Minderheit Sauter.

AB 2023 N 1581 / BO 2023 N 1581

In Artikel 60 Absatz 3 geht es um den Kantonsbeitrag. Hier liegen Ihnen verschiedene Varianten vor zur Frage, wie hoch der Kantonsbeitrag, der zur Anwendung kommt, in Zukunft sein soll. Wir folgen hier der Minderheit II (Glarner), die sich für einen Mindestsatz von 26,9 Prozent ausspricht. Das ist das, was auch der Ständerat gefordert hat, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kantone. Natürlich kann man immer fordern, dass die Kantone und somit die öffentliche Hand respektive der Steuerzahler einen grösseren Betrag übernehmen müssen. Ich weiss, dass das heute sehr populär ist, aber wir müssen einfach schauen, wer das am Schluss dann bezahlen muss und ob wir wollen, dass hier zum grössten Teil die öffentliche Hand in der Verantwortung steht und nicht die Krankenversicherung, wie das eigentlich vom Konzept her gedacht ist.

Bei Artikel 60 Absatz 3bis folgen wir der Minderheit Aeschi Thomas, die den Absatz streichen will. Es ist absolut



nicht angezeigt, dass man die Höhe des kantonalen Beitrages regelmässig überprüft. Es ist gut, wenn wir ihn hier nun festsetzen. Letztlich geht es auch um die Umsetzung in den Kantonen. Wenn wir hier laufend wieder neue Bestimmungen erlassen, den Betrag regelmässig überprüfen und anpassen, bringt das jedes Mal auch Aufwand und vor allem finanzielle Unsicherheit in den Kantonen mit sich, und das wollen wir nicht.

Ich komme noch zu Ziffer III Absatz 9 bzw. zur Frage des Inkrafttretens. Ich habe Ihnen gesagt, dass es Sinn macht, das Projekt gestaffelt umzusetzen und nicht das Ganze auf einmal zu realisieren, weil das wirklich zu einer Überforderung der Strukturen führen würde. Wir unterstützen hier die Minderheit IV (Aeschi Thomas) und folgen dem Ständerat, der vorsieht, dass die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas) drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umgesetzt und die Pflege erst sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einbezogen werden soll. Damit haben wir eine sinnvolle Etappierung, die den entsprechenden Behörden auch die Möglichkeit gibt, das sauber umzusetzen.

In diesem Sinne beantragen wir Ihnen, in diesem Block immer der FDP-Liberalen Fraktion zu folgen, und bitten Sie im Übrigen, das Gesetz nun zügig zu behandeln, damit wir es möglichst noch in diesem Jahr beschliessen können.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Ce projet de financement uniforme des prestations (Efas) suscite beaucoup d'espoir; il a une longue histoire derrière lui et la première chose que j'aimerais dire, c'est que beaucoup de ces espoirs sont trop élevés, trop importants par rapport à la réalité de ce dossier. Comme souvent dans le dossier de la LAMal, on brasse beaucoup de concepts pour, en définitive, ne pas changer grand-chose sur le terrain. Cela a été le cas pour le financement hospitalier, et il en ira probablement de même pour ce projet. Changer les clés de répartition entre les payeurs n'a pas beaucoup d'influence sur ce qui se passe sur le terrain.

Avec ce projet, nous avons cependant l'occasion de traiter des éléments de la crise du système de santé que nous connaissons. Car il y a bel et bien une crise du système de santé; je crois que d'ici quelques jours, plus personne n'en doutera. Il y a évidemment d'abord une crise du financement, mais le pire, c'est que cette crise du financement se double d'une crise de l'approvisionnement. Car en plus de cela, nous avons, dans la première ligne de soins, de plus en plus de difficultés à assurer les prestations 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur l'ensemble du territoire suisse.

Nous le savons, la médecine de premier recours est en crise; les délais pour obtenir des rendez-vous chez les médecins de premier recours s'allongent; les systèmes d'urgence sont saturés; les hôpitaux de premier recours, qui doivent traiter tous les patients à toute heure du jour ou de la nuit, sont en difficulté financière; le personnel est en souffrance et quitte le métier très rapidement après une formation qui a duré de longues années. On estime qu'en moyenne, un professionnel de santé dans le domaine des soins, poursuit sa carrière pendant une dizaine d'années à peine. Vous connaissez et nous connaissons tous ces problèmes: nous avons ici et aujourd'hui l'occasion de les régler, parce que nous avons la loi devant nous. Ce n'est pas parce que cela fait quinze ans qu'une solution est discutée que nous ne devons pas traiter les problèmes tels qu'ils se posent aujourd'hui. Je rejoins en cela Mme Sauter et répète presque mot pour mot ses propos: il faut aujourd'hui essayer de traiter les problèmes qui se posent.

Avec ma minorité I (Maillard), nous essayons de vous proposer quelque chose d'efficace. Le premier principe qui la guide est le principe cardinal "qui paie commande et qui commande paie".

Ce projet prévoit que les cantons financent désormais l'activité ambulatoire. Il faut donc qu'ils puissent avoir la possibilité de savoir ce qu'ils paient; qu'ils ne soient pas contraints de continuer à payer des prestations exagérément tarifées, notamment parce que le système tarifaire ne change pas suffisamment rapidement et parce que les partenaires tarifaires sont incapables d'offrir un système flexible et rapide, qui s'adapte aux nouvelles technologies.

C'est la raison pour laquelle nous avons actuellement des prestations qui sont encore payées comme si elles duraient dix fois plus de temps, alors que le progrès technologique a parfois divisé par dix le temps nécessaire pour fournir certaines prestations.

On continue de les tarifier, selon le bon vieux Tarmed, qui a été conçu il y a trente ans. Voulez-vous vraiment que les cantons soient contraints de payer ces prestations, alors que les partenaires tarifaires n'arrivent pas à résoudre ces difficultés? Ma proposition de minorité vise à ce que les cantons obtiennent une marge de manoeuvre pour renforcer les soins de première ligne – ceux qui sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 – pour qu'ils aient les moyens d'assurer que ces prestations soient garanties.

Je vous donne un seul chiffre: en 2011, la médecine de premier recours consommait environ 3,5 milliards de francs dans le système ambulatoire. La médecin dite spécialisée consommait 3,9 milliards de francs. En 2011, il y avait donc une certaine égalité entre les dépenses consacrées à la médecine de première ligne et celles



consacrées à la médecine dite spécialisée. Aujourd'hui, dix ans après, les chiffres de 2021 montrent que le coût de la médecine de première ligne est resté à 3,5 milliards de francs, pas un franc de plus, c'est-à-dire qu'elle traite 15 pour cent de patients en plus avec la même somme, alors que le coût de la médecine élective, technique et spécialisée a grimpé à 7 milliards de francs. La croissance budgétaire se fait justement où nous n'avons pas de problème d'approvisionnement mais au contraire des excès de tarif. Cette difficulté est connue et reconnue par tous.

Je vous propose que les cantons puissent corriger les tarifs pour améliorer les tarifs de la médecine de première ligne – des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 – et réduire les tarifs dans le domaine des spécialités, qui sont très bien tarifées. Grâce à ma proposition de minorité, nous pourrions trouver un financement pour l'initiative sur les soins. Il faudra améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Nous savons que cela coûtera. Avec cette proposition de minorité, il y a une solution réalisée à l'intérieur même du budget ambulatoire soumis à l'assurance obligatoire des soins, par des transferts de financement et non par des financements supplémentaires. Que voulez-vous de plus pour justement aborder ce problème difficile? Voilà pourquoi je pense que cette proposition de minorité permettrait de traiter les problèmes aigus qui se posent à nous. C'est également une des raisons pour lesquelles les syndicats et les organisations de personnel pourraient peut-être soutenir cette réforme, tandis que s'il n'y a pas ce genre de changement, il sera très difficile d'obtenir un soutien de leur part.

Crottaz Brigitte (S, VD): A l'article 43 alinéa 6 bis de la loi sur l'assurance maladie, la minorité II que je défends est très proche de la minorité I (Maillard). Elle est peut-être un petit peu moins extrême dans sa rédaction. Selon cette minorité "les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que toutes les prestations, entre autres les soins de base et d'urgence, soient représentées de manière appropriée", par ailleurs il doit être possible de, "si nécessaire à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certains

AB 2023 N 1582 / BO 2023 N 1582

domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations."

Ces deux minorités visent en fait la même chose: revaloriser la médecine générale ou médecine de premier recours. Cela devrait inciter les étudiantes et étudiants à opter pour cette voie, plutôt que pour celles très lucratives de certaines spécialités.

Pour que les soins de base et d'urgence soient représentés de manière appropriée dans toutes les régions, il devrait être possible d'augmenter les tarifs de la médecine de premier recours et, ainsi, éviter la pénurie qui se profile à relativement court terme. Une bonne rémunération permettrait de donner un signal fort aux étudiantes et étudiants en médecine.

Pour répondre aux besoins en soins de la population, il faudrait actuellement une proportion de 50 pour cent de généralistes. Or, en Suisse, nous en sommes bien loin, avec moins de 30 pour cent. L'objectif de la proposition de minorité est de faire en sorte que, si nécessaire, pour les valoriser, le tarif des généralistes soit différencié de celui des spécialistes.

Refuser la différenciation de tarifs entre ces deux types de prestataires de soins relève d'une vision à très court terme: la pénurie de médecins de premier recours est déjà une réalité en de nombreux endroits du pays et pose d'importants problèmes d'accès aux soins. Il en va aussi de la maîtrise des coûts. Il faut inverser la tendance actuelle, car toujours plus de consultations en médecine spécialisée engendrent une augmentation constante des coûts. A l'inverse, revaloriser la médecine de premier recours participe à rompre la spirale de la croissance des coûts de la santé et c'est bien ce qui est souhaité par l'ensemble de cette assemblée.

Différencier les tarifs en augmentant ceux des généralistes a bien sûr un coût, mais qui devrait être aisément compensé par la diminution des consultations spécialisées. Si tel n'est pas le cas, le texte introduit la possibilité d'envisager une diminution du revenu des spécialistes. Au fond, il s'agit de solidarité entre les médecins.

Je crois que tout le monde s'accorde à dire que les médecins de premier recours ne sont pas assez valorisés et qu'il est temps de faire un geste pour inverser la préférence croissante des personnes en formation à se spécialiser à tout prix.

Pour toutes ces raisons, je vous invite donc à soutenir ma minorité.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche zum Antrag meiner Minderheit zu Artikel 47a Absatz 1. Ich möchte die Verbände des Pflegepersonals in die Tariforganisation einbeziehen. Ich halte es für sehr wichtig, dass die Personalsicht aktiv eingebracht werden kann. Das ist sehr wichtig, weil sich die Interessen der Arbeitnehmendenverbände nämlich nicht zwangsläufig mit den Interessen der Leistungserbringenden decken.

Ich möchte hier einfach auf die Spitalfinanzierung verweisen. Dort ist es nicht der Fall, dass die Pflege in die



DRG-Verhandlungen einbezogen ist, die Ärztinnen und Ärzte sind es aber. Wir haben seinerzeit auch bei den DRG einen Einbezug der Pflege gefordert. In der Langzeitpflege leistet die Pflege einen wesentlichen Beitrag: Sie leistet nämlich die Hauptarbeit. Daher ist es wichtig, dass in den Verhandlungen mit den Krankenversicherern zu den Tarifen nicht nur die Leistungserbringenden am Tisch sitzen, sondern eben auch die Verbände der Pflege.

Der Ständerat hat ja in diesem Artikel bereits Veränderungen vorgenommen und den Artikel etwas ausgebaut. Er hat die Forderung der Kantone aufgenommen, sie auch in die Tariforganisation einzubeziehen. Das ist richtig, weil ja die Kantone im Bereich der ambulanten Leistungen zukünftig mitbezahlen. Wir unterstützen das vollumfänglich. Es ist, glaube ich, aber richtig, nicht nur den Kantonen, sondern eben auch den Verbänden der Pflege – es gibt mehrere Verbände, nicht einfach nur einen – die Möglichkeit zu geben, ihre Interessen direkt geltend machen zu können.

Sie alle haben gestern ein Schreiben des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner erhalten, und Sie haben es vorhin auch von Kollege Maillard gehört: Pflegeverbände und Gewerkschaften stehen dem Einbezug der Pflege in die Vorlage kritisch gegenüber, weil sie befürchten, dass ihre heute schon wenig attraktiven Arbeitsbedingungen verschlechtert und der heute schon grosse Druck verstärkt wird, weil ihre Interessen in den Tarifverhandlungen zu wenig gut vertreten sind.

Ich bitte Sie darum, meine Minderheit zu unterstützen. Das wäre auch ein klares Zeichen an die Pflegenden, dass ihre Forderungen gehört werden.

Glärner Andreas (V, AG): Letztendlich – das müssen wir uns immer wieder bewusst machen – sind diese Kantonsbeiträge Steuergelder. Es findet also eine Umverteilung statt. Steuerzahler sollten nicht über Gebühr belastet werden, deshalb muss der Kantonsbeitrag massvoll und angemessen sein. Am besten ist es natürlich, wenn Sie der Minderheit Aeschi Thomas folgen und dem Satz von 24,5 Prozent zustimmen. Sollten Sie den Antrag dieser Minderheit hingegen ablehnen, so appelliere ich an Sie, wenigstens meiner Minderheit II und somit dem Ständerat zu folgen und dem Satz von 26,9 Prozent zuzustimmen.

Weichelt Manuela (G, ZG): Leider muss ich meinem geschätzten Vorredner fundamental widersprechen. Meine Minderheit bittet Sie, den Kostenbeitrag der Kantone an die Leistungen des KVG auf 30 Prozent zu erhöhen. – Es gibt da nichts zu lachen! Die 25,5 Prozent gemäss Entwurf des Bundesrates entsprechen dem Schnitt aus den Jahren 2012 bis 2015. Der Durchschnitt für die nachfolgenden vier Jahre zeigt, dass die Kantone bereits 1 Prozent weniger an die Gesamtkosten der Leistungen gemäss KVG bezahlt haben.

Die "Ambulantisierung" hat in den letzten Jahren zu einer überproportionalen Belastung der Prämienzahlenden und zu einer Entlastung der Kantone beigetragen. Sie sehen, wir haben weniger ein Kostenproblem im Gesundheitswesen als vielmehr ein Finanzierungsproblem. Sie wissen es alle: Es steht unserer Bevölkerung in diesem Herbst eine ausserordentlich hohe Mehrbelastung durch die steigenden Krankenkassenprämien bevor. Dazu drei Punkte:

1. Die Kantone schleichen sich gleichzeitig aus der Finanzierung der Gesundheitskosten heraus, indem wir, wie ich gesagt habe, die ambulante Versorgung stärken und die Kantone diese bis heute kaum mitfinanzieren müssen.

2. Mindestens zehn Kantone schleichen sich auch aus der Prämienverbilligung raus, indem sie weniger zahlen als noch im Jahre 2012.

3. Die Pflege-Initiative ist noch immer nicht umgesetzt. Die Kommissionsmehrheit wie auch die Kantone und die Grünen möchten die Langzeitpflege in die Monismusvorlage integrieren. Die besseren Arbeitsbedingungen für die Pflege sind jedoch nicht gratis zu haben. Um die besseren Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, muss der Beitrag der Kantone erhöht werden. Nationalrat und Ständerat haben mit Artikel 7 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege entschieden, dass die Kantone den Zugang zu den Bildungsgängen Pflege verstärken, indem sie den Personen die Sicherung des Lebensunterhalts durch die Gewährung von Ausbildungsbeiträgen ermöglichen; das ist die Umsetzung der Pflege-Initiative.

Wichtig ist also: Wir haben hier drin beschlossen, dass mit den Ausbildungsbeiträgen die Sicherung des Lebensunterhalts garantiert sein muss. Das tönt super. Nur, in der Umsetzung – das sehen wir jetzt – wird damit gerechnet, dass lediglich ein verschwindend kleiner Anteil der Auszubildenden in der Pflege einen Ausbildungsbeitrag bekommen wird und im Durchschnitt nur rund 2000 Franken erhält. Zusammen mit dem sehr mickrigen Praktikumslohn ergibt das in etwa 3000 Franken pro Monat. Das ist einfach keine Sicherung des Lebensunterhalts. Das entspricht weder dem Volkswillen noch dem Willen des Parlamentes. Wann lernen die Kantone und der Bundesrat endlich, dass auch die Frauen in der Pflege ihre Wohnungen und ihre Krankenkassenprämien bezahlen müssen?



Als Vergleich rufe ich Ihnen gerne nochmals den Ausbildungslohn eines unter 25-jährigen angehenden Polizisten in Erinnerung, der mit den Zulagen bereits im ersten Ausbildungsjahr knapp 6000 Franken pro Monat verdient. Er bekommt diesen Lohn, ohne dass er einen Antrag auf Ausbildungszulage stellt.

AB 2023 N 1583 / BO 2023 N 1583

Der Ausbildungszuschlag ist nur ein Punkt, den es braucht, damit wir mehr Personen für die Pflege gewinnen können. Sie wissen es, es braucht auch die Einhaltung der Höchstarbeitszeit oder genügend Erholungszeit, um nur einige Punkte zu nennen.

Was will ich damit sagen? Obwohl die Spitäler und die Heime eine Abteilung nach der anderen schliessen müssen, weil das Personal fehlt, und obwohl das Volk die Pflege-Initiative 2021 angenommen hat, sind weder der Bundesrat noch die Kantone bereit, in die wichtigste Ressource unseres Gesundheitswesens – das Personal – zu investieren. Aus diesem simplen Grund beantragt unsere Minderheit eine Kostenbeteiligung der Kantone von 30 Prozent. Den Kantonen geht es finanziell mehrheitlich sehr gut. Wir müssen ihnen einen Riegel vorschieben, sodass sie sich nicht weiter aus der Verantwortung nehmen und die Finanzierung zu den Prämienzahlenden schieben, denn das ist unsozial. Sie wissen es: Der Milliardär zahlt mit seiner Krankenkassenprämie gleich viel wie die Verkäuferin in der Migros.

Danke, dass Sie die von der Minderheit geforderten 30 Prozent unterstützen.

Aeschi Thomas (V, ZG): Gerne begründe ich meine vier Minderheitsanträge. Ich fange an mit der Minderheit auf Seite 1 der Fahne, wo es um den Einbezug der Pflege geht. Sie können sich erinnern, beim Entscheid über die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wollte man die Prämienzahler von der starken Kostendynamik der Langzeitpflege entlasten; das war die damalige Absicht. Wenn Sie jetzt die Langzeitpflege in diese Vorlage integrieren, so kann ich Ihnen versichern, dass die Folge eine massive Kostenverlagerung zulasten der OKP sein wird. Das heisst, wenn es mit Efas allfällige Einsparungen gäbe, würden diese Kostenersparnisse direkt zunichtegemacht. Ich möchte Ihnen dringend davon abraten, die Langzeitpflege in diese Vorlage aufzunehmen. Die Mehrbelastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wäre enorm.

Als Nächstes komme ich zur Minderheit auf Seite 56 der Fahne, wo es um die Überprüfung des Kantonsbeitrages geht. Wie vorhin von Frau Sauter ausgeführt, möchten wir jedenfalls dafür plädieren, dass der Kantonsbeitrag nicht periodisch überprüft wird. Wenn Sie das so hineinschreiben, ist die Folge klar: Dann wird der Kantonsbeitrag in Zukunft immer weiter steigen müssen; auch das lehnen wir ab. Zuerst wird alles zusammengelegt, und dann werden auch die Kantone immer mehr zur Kasse gebeten.

Auf Seite 75 der Fahne finden Sie schliesslich meinen dritten Minderheitsantrag: Ich plädiere für ein fixes Inkrafttreten. Danach erfolgt das Inkrafttreten frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. So herrscht dementsprechend auch Planungssicherheit für alle Akteure.

Was die Motion 22.3372 anbelangt, bitte ich Sie mit meinem vierten Antrag auf Seite 81 der Fahne, der Fassung des Ständerates zu folgen. Es geht hier vor allem um folgenden Text: Der Bundesrat soll prüfen, "ob die Einführung für die Kantone und Versicherer bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019 kostenneutral war". Wir denken, dass die Analyse, die mit dem Motionstext gemäss Beschluss des Ständerates vorgesehen ist, sinnvoll ist, und wir möchten Sie bitten, hier dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung dieser vier Minderheitsanträge.

Porchet Léonore (G, VD): Nous recommençons des débats qui ont débuté en fait en 2009: le virage ambulatoire par un financement uniforme des prestations. Il a plusieurs fois été rappelé à quel point il est plus efficient et plus économique de passer à l'ambulatoire, puisque ce dernier est plus de 50 pour cent moins cher que le stationnaire, mais il est 100 pour cent à la charge des payeurs de primes, alors que le stationnaire est pris en charge par les cantons à hauteur de moitié. Il y a donc un intérêt à passer à l'ambulatoire non seulement pour nos finances, mais aussi pour la qualité de la santé – j'y reviendrai.

Pour le groupe des Verts, il y a trois conditions à ce changement, et c'est une des raisons pour lesquelles nous allons vous encourager à soutenir plusieurs des minorités dont nous parlons aujourd'hui. La première condition est que ce projet ne doit pas faire augmenter les primes. C'est une évidence. La deuxième est que cela ne doit pas mettre en danger le financement des soins et notamment des soins hospitaliers. Enfin, nous aimerions vraiment exprimer un fort regret par rapport au projet d'augmenter le pouvoir des assurances-maladie, qui sont de véritables boîtes noires.

Il faut rappeler que même si ces conditions sont remplies, il n'y a pas de projet miracle. Le projet de financement uniforme Efas ne va pas régler les problèmes de coûts et de surcoûts de l'assurance-maladie. Des



améliorations sont encore à apporter au projet et il faut en profiter, surtout, pour corriger des problèmes criants, notamment le manque de professionnels de la santé, et revaloriser les professions qui sont importantes pour notre système, valoriser les soins intégrés et enfin les mettre en oeuvre.

Je vais aborder dans le détail quelques propositions de minorité, en commençant par la question du concept, qui fait l'objet de la minorité Aeschi Thomas, soit la question épineuse de l'intégration ou non des soins. C'est cette question qui nous a fait prendre énormément de retard. C'est la grande question: est-ce que les soins à domicile et les EMS font partie des soins? En fait, la réponse est dans la question. Evidemment que oui! Donc cette demande des cantons d'intégrer les soins à domicile et les EMS dans Efas a tout son sens, cela garantit une répartition uniforme et équitable des coûts entre cantons et assurances-maladie, et cela permet aussi de garantir que les soins à domicile et les EMS fassent partie de la chaîne de prestations des soins.

Il faut que j'annonce mes intérêts: je préside le réseau de santé de la région lausannoise, qui est l'organisation de mise en réseau légale du canton de Vaud et des régions de santé. Parmi nos membres, il y a les hôpitaux, les associations de soins à domicile, les médecins, les EMS, etc., que nous forçons, dans le canton de Vaud, à travailler ensemble. Il serait bien qu'il y ait également une logique de soins intégrés dans le système fédéral, notamment pour les questions de financement. C'est bon pour la qualité, c'est bon pour la sécurité, c'est bon pour l'efficacité et c'est bon pour l'efficience. Il faut absolument une coordination des soins fournis par tous les prestataires, mais aussi des conditions financières communes.

En matière de finances, justement, ma collègue Weichelt, avec sa proposition de minorité, a bien expliqué que nous sommes surtout face à un problème de financement plutôt qu'à un problème de coûts. Il est donc important de faire participer de manière accrue les cantons, qui se désengagent peu à peu du financement des soins. En faisant participer les pouvoirs publics, on fait participer des finances qui sont progressives plutôt qu'arbitraires, comme les primes. Je vous encourage donc fortement à soutenir la minorité III (Weichelt), tout en refusant les minorités Aeschi à l'article 60 et au chapitre 3.

En ce qui concerne les minorités Maillard et Crottaz, il y a aussi un enjeu très important, en particulier face aux acteurs de la médecine de base. Tout le monde en parle, tout le temps, pour dire que c'est l'un des enjeux les plus importants, mais personne ne fait rien, ou en tout cas pas la majorité de ce Parlement. Il y a un problème de main-d'oeuvre, et surtout un problème de professionnels de la santé dans la médecine de base. On se retrouve ainsi, en Suisse, face à des déserts sanitaires et c'est inacceptable. Nous avons besoin de médecins de base, qui sont les spécialistes des cas complexes et de la polymorbidité en première ligne, sans tri préalable, et qui entretiennent une relation durable avec leurs patientes et leurs patients.

Il faut donc favoriser la prise en charge en amont, avec des soins médicaux de base, qui font office de "gatekeepers" contre l'explosion des coûts de la médecine spécialisée. Il faut rappeler que 10 pour cent des chirurgiens, radiologues et gastroentérologues gagnent plus de 500 000 francs par année. Certains d'entre eux s'approchent même du million. Il faut donc plutôt favoriser les soins de base que cette

AB 2023 N 1584 / BO 2023 N 1584

biomédecine surspécialisée qui n'est pas synonyme de qualité, mais de croissance des actes et, donc, des coûts.

Nous suivrons donc les minorités I (Maillard) et II (Crottaz).

Nous suivrons aussi la minorité I (Gysi Barbara) puisqu'il faut absolument que le personnel soignant soit représenté dans la structure tarifaire.

Nous ne suivrons pas la minorité II (Glarner), puisque la contribution spécifique aux prestations de soins doit être supprimée, mais prise en charge par les cantons. Je vous ai déjà expliqué pourquoi il fallait que les cantons augmentent leur participation aux coûts.

Quant à la minorité Sauter, nous ne la suivrons pas non plus. Nous nous rallierons à la majorité. Sa proposition est d'augmenter les soins de transition à quatre semaines. A priori, ça donne envie, puisque cela pourrait améliorer la qualité dans les soins de transition, mais – même si l'on comprend bien l'intérêt des hôpitaux à soutenir ce financement supplémentaire – il faut rappeler ce que les patients et les patientes veulent, à savoir rentrer chez eux le plus vite possible ou retrouver un cadre de vie avec des conditions d'hébergement proches d'un foyer confortable. Pour cela, il faut soutenir les soins à domicile et les EMS, et c'est là que doit aller l'argent.

Nous rejetterons aussi la proposition de la minorité Aeschi Thomas, qui concerne la motion 22.3372, puisque nous refusons l'obsession des coûts qui est décrite dans le texte adopté par le Conseil des Etats, mais que nous voulons au contraire nous concentrer sur la répartition et la qualité. C'est en ce sens que nous soutiendrons la version modifiée, proposée par notre commission.

Je vous remercie de suivre le groupe des Verts sur tous ces points.



Roduit Benjamin (M-E, VS): Il y a quatre ans, à cette tribune même, je rappelais au nom de notre groupe, qui ne portait pas encore l'étiquette du Centre, l'importance du projet Efas, que notre ancienne collègue Ruth Humbel avait initié dix ans plus tôt. Un brin optimistes, nous souhaitions, à ce moment déjà, voir aboutir ce que l'ensemble des partenaires considérait comme le plus important projet de réforme de notre système de santé. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les points, mais notre position n'a toujours pas changé. Si nous voulons être crédibles dans notre combat contre l'explosion des coûts de la santé et contre la hausse des primes, thèmes dont tous les partis se sont emparés à la veille des élections fédérales, il nous faut un financement uniforme du système de la santé.

Vous le savez bien: actuellement, les prestations médicales fournies en ambulatoire et en stationnaire sont financées différemment et cela conduit à de mauvaises incitations financières. C'est pourquoi les caisses d'assurance-maladie et les cantons doivent financer les traitements de manière identique, qu'ils soient effectués à l'hôpital ou dans les cabinets, avec ou sans l'intégration des soins.

Ce n'est pas en nous concentrant uniquement sur les subsides – que la gauche juge toujours insuffisants, comme elle l'a martelé hier – que nous pourrions régler durablement le problème de la hausse des coûts et que nous pourrions préserver durablement – et pas seulement cet automne – le pouvoir d'achat de la population. Or, Efas, qui fait partie des 37 mesures d'économie présentées par les experts de la Confédération à l'époque, a gardé toute son actualité. Permettez-moi, avant d'entrer dans le détail de ce premier bloc, de rappeler trois raisons essentielles. Premièrement, Efas oblige tous les partenaires de la santé, et cela de manière encore plus étroite avec l'intégration des soins, à travailler de manière transparente, ensemble, et non plus en silo, pour une répartition équitable de la charge des coûts entre cantons et assureurs-maladie, c'est-à-dire entre contribuables et assurés. Deuxièmement, l'objectif d'un transfert du stationnaire à l'ambulatoire pour certaines opérations ne laisse aucun doute sur le fait qu'il y aura une réduction des coûts. Renseignez-vous auprès des cantons – Bâle et Lucerne, par exemple – qui ont établi une liste de groupes de prestations privilégiant une prise en charge ambulatoire: cela marche.

Troisièmement, Efas donne un réel élan aux soins intégrés et aux modèles alternatifs, ce qui implique aussi – et personne ne peut le contester – des avantages pour les assurés sous forme de rabais sur les primes. De plus, ces modèles permettent aux patients de bénéficier de traitements qui répondent réellement à leurs besoins, et qui sont de plus en plus différenciés dans une société vieillissante. Hier, l'un de nos collègues déplorait le fait que les primes constituent de fait un impôt par tête, mais il oubliait que les prestations se font de plus en plus par tête, à la carte, et c'est heureux.

Sur la base de ces évidences, notre groupe s'est largement investi dans les travaux en commission pour que ce projet aboutisse, tout en gardant son objectif initial, à savoir de s'attaquer aux coûts de la santé sans toucher à la qualité des soins. C'est pour cette raison que nous refuserons toutes les propositions de minorité de ce bloc 1, car elles visent soit à affaiblir Efas – par exemple les propositions de minorité Aeschi Thomas sur l'intégration des soins et sur la suppression d'un examen périodique de la contribution cantonale, ou les propositions des minorités II (Glarner) et III (Weichelt), portant respectivement sur la baisse et l'augmentation de la contribution cantonale. Et également parce que certaines de ces propositions de minorité, au contraire, visent à faire d'Efas un fourre-tout, une sorte de machine complexe vouée à l'échec. On le voit avec la proposition de minorité Sauter, sur l'adaptation des soins aigus et de transition, ou la proposition de minorité I (Gysi Barbara), sur la composition de l'organisation tarifaire, en intégrant le personnel soignant.

En résumé, il s'agit dans ce bloc d'accepter l'intégration des soins, exigée à juste titre et de manière réaliste par les cantons. Cela doit se faire de manière souple, et à des conditions claires. C'est ce que nous retrouvons dans les dispositions du bloc 1. La principale condition est que la transparence nécessaire soit établie au sujet des coûts obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, dans le même temps, que les prestations de soins soient clairement délimitées par rapport à celles d'assistance. En fin de compte, il ne doit pas y avoir de report des coûts sur les assurés. De plus, il s'agit de procéder à une mise en oeuvre de l'inclusion des soins par étape et d'établir un calendrier réaliste, selon la décision du Conseil des Etats – ce fameux délai de sept ans au minimum. Il s'agit aussi de respecter la volonté populaire et de mettre entièrement en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers avant d'intégrer les soins.

Enfin, nous soutiendrons la motion 22.3372, qui vise clairement les modalités d'évaluation, en particulier du point de vue des conséquences financières du projet; on ne veut pas naviguer à vue.

Au risque de me répéter, toutes ces dispositions ont été réfléchies pour que Confédération, cantons et partenaires tarifaires puissent saisir cette occasion unique d'aborder enfin de manière globale les coûts de la santé. On veut un changement de système, et c'est ce que souhaite la population.

de Courten Thomas (V, BL): Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist seit



der neuen Spitalfinanzierung zweifellos die tiefgreifendste Reform im schweizerischen Gesundheitswesen. Deshalb sollten wir bedacht vorgehen. Die SVP unterstützt Efas, vorausgesetzt, die Rechnung geht auch für die Prämienzahlerinnen und -zahler auf. Andernfalls drohen weitere Prämienanschübe, die sich viele Versicherte bald nicht mehr leisten können. Genau dieses Szenario drohte, wenn die Pflege ebenfalls in die Efas-Vorlage integriert würde; es würde bedeuten, dass langfristig hohe Mehrkosten in die OKP überwältigt würden. Die erhoffte positive Wirkung von Efas, die Kostensenkung, würde mit der Integration der Pflege zunichtegemacht, und es käme zu einer erheblichen Zusatzbelastung für die Versicherten.

In der Kommission haben wir das sehr genau angeschaut. Man hat uns Berechnungen vorgelegt, die die direkten finanziellen Folgen einer Integration der Pflege prognostizieren. Wir hatten drei Szenarien: Erstens hatten wir das Szenario "Status quo". Dieses bringt uns nichts, da das heutige System richtig funktioniert und da wir den Fehlanreiz erkannt haben und ihn korrigieren wollen. Zweitens hatten wir das Szenario "Efas ohne Pflege". Dieses zeigt, dass wir kurz- bis mittelfristig erwarten dürfen – ich sage "erwarten", nicht "wissen"! –, dass die Kosten entsprechend sinken werden. Und

AB 2023 N 1585 / BO 2023 N 1585

drittens hatten wir das Szenario "Efas mit Pflege", also mit der wirklichen Blackbox in unserem Gesundheitssystem, von der wir nicht wissen, wie sie genau strukturiert ist; bei der die Transparenz völlig fehlt; bei der wir auch in Bezug auf die Kantone keine definitive Prognose dazu abgeben können, wie es letztlich aussehen wird; und bei der wir nur wissen, dass die Pflegekosten jener Bereich im Gesundheitswesen sind, der schon aufgrund der Alterung massiv steigen wird.

Gemäss den besagten Unterlagen führt Efas vor der Integration der Pflege, also in der Übergangsphase von 2027 bis Ende 2030, kurzfristig zu einer tieferen Belastung der Prämienzahler. Wird die KVG-pflichtige Pflege ab 2031 ebenfalls einheitlich finanziert, reduziert sich der Spareffekt.

Somit ist klar: Die kostenreduzierenden Effekte von Efas werden durch die Integration der KVG-pflichtigen Pflege aufgehoben. Bis ins Jahr 2035 wird die Integration der KVG-pflichtigen Pflege die Prämienzahler gemäss realistischen Prognosen und im wahrscheinlichsten Szenario, in dem auch das Wachstum der KVG-pflichtigen Pflege hoch sein wird, Milliarden von Franken kosten – wir reden von drei bis fünf Milliarden Franken. Und dieser Betrag wird sich, das können Sie mir glauben, bis 2040 noch verdoppeln. Sie können das auch entsprechend in Prämienprozente umrechnen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die mit Efas verbundenen Einsparungen bereits wenige Jahre nach der Einführung zunichtegemacht würden und dass das Wachstum zulasten der Grundversicherung zusätzlich an Tempo zulegen würde. Langfristige Prognosen sind naturgemäss mit Unsicherheiten verbunden. Die zugrunde liegenden Annahmen sind aber transparent und nachvollziehbar. Man kann sich auch ausrechnen, wieso ausgerechnet die Kantone die Pflege unbedingt als *Conditio sine qua non* in der Vorlage haben möchten: Sie hoffen, dass sie damit auch eine Entlastung auf ihrer Seite haben werden und dass die Belastung die Prämienzahler in der OKP treffen wird.

Ich sage Ihnen heute Folgendes: Wenn Sie bei dieser grossen Reform dem Beschluss des Ständerates mit Einbezug der Pflege folgen, werden die Auswirkungen auf die Prämienzahler gravierend sein. Die SVP-Fraktion wird deshalb am Beschluss des Nationalrates ohne Einbezug der Pflege festhalten und alle anderslautenden Minderheitsanträge ablehnen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Es gibt gute Gründe, die Finanzierung der Gesundheitsleistungen zu vereinheitlichen. Der Entscheid, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, sollte gemäss medizinischen Kriterien erfolgen und nicht von finanziellen Zwängen überlagert werden. Und weil aus medizinischen Gründen eben der ambulante Bereich gegenüber dem stationären wächst, wächst der Kostenanteil, der direkt über die Prämien finanziert wird. Das heisst, das Kostenwachstum schlägt sich voll auf die Prämien nieder, was eben auch den Leidensdruck in der Bevölkerung verstärkt.

Es gibt aber auch gute Gründe, die grossen Erwartungen, die an das neue Finanzierungssystem geknüpft werden, zu dämpfen. Rein mit dem Systemwechsel steigt weder die Qualität, noch kann die Fehl- oder Überversorgung gestoppt werden, und es können damit auch keine Kosten eingespart werden. Aber ich glaube, dass die Einführung von Efas, wie die einheitliche Finanzierung genannt wird, die Basis dafür legen kann, dass weitere notwendige Reformen, die folgen müssen, besser gelingen können. Denn damit werden grundlegende Fehlanreize im System ausgemerzt.

Wir müssen auch ehrlich sein: Efas ohne Einbezug der Langzeitpflege hat kaum Chancen, zum Fliegen zu kommen; das können wir feststellen. Es macht wenig Sinn – ob uns das jetzt Freude macht oder nicht –, eine solch einschneidende und grosse Reform gegen den Willen der Kantone durchzudrücken. Es gibt aber



auch gute Gründe, mit dem Einbezug der Pflege neue Schnittstellen zu vermeiden. Die aktuelle Situation in der Pflegefinanzierung ist durchaus unbefriedigend, weil viele Kantone ihre Verantwortung ungenügend wahrnehmen. Das gilt es zu verbessern.

Wir von der SP-Fraktion sind der Meinung, dass wir den Einbezug der Pflege an zusätzliche Bedingungen knüpfen und die Übergangszeit, die wir uns gegeben haben, auch aktiv nutzen müssen. Wir haben uns mit Anträgen, von welchen einige zu Minderheits- und andere zu Mehrheitsanträgen wurden, dafür eingesetzt.

Ich komme zur Haltung der SP-Fraktion zu den Differenzen:

Wir unterstützen die Minderheit Sauter, weil wir es als sinnvoll erachten, die Möglichkeit zu geben, die Akut- und Übergangspflege auf vier Wochen zu verlängern.

Bei Artikel 36a Absatz 3 und Artikel 43 Absätze 4 und 6bis beantragen wir Ihnen, den Kantonen die Möglichkeit zu geben, differenzierte Tarife zur Stärkung der Grund- und Notfallversorgung vorzusehen. Wir wollen eben genau die Bereiche, die im aktuellen System leiden, die unter die Räder kommen, gegenüber der hochspezialisierten Medizin stärken. Das können Sie machen, indem Sie hier unseren Minderheiten I (Maillard) und II (Crottaz) folgen.

Bei Artikel 60 Absatz 3 möchten wir dem Antrag der Minderheit III (Weichelt) folgen. Damit würden die Kantone zusätzlich belastet und die Prämienzahlenden entlastet. Das wäre dann also nicht mehr kostenneutral für die Kantone, aber es würde dazu führen, dass die Einführung von Efas nicht auf dem Buckel der Versicherten, der Patientinnen und Patienten, ausgetragen würde. Wenn die SVP-Fraktion also zu Recht auf eine mögliche Erhöhung der Prämien hinweist, dann könnte sie hier mit der Minderheit III stimmen, um diese Auswirkungen zu mildern.

Wir möchten Sie auch einladen, die Anträge der Minderheiten Glarner und Aeschi Thomas abzulehnen.

Crottaz Brigitte (S, VD): Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est l'un des plus grands projets de réforme depuis l'introduction de la LAMal. Il devrait supprimer des incitations inopportunes dans les soins aigus et permettre une plus grande efficacité avec un transfert judicieux du stationnaire vers l'ambulatoire. Mais, comme nous le savons toutes et tous, la charge des primes est actuellement la principale préoccupation de la population. D'année en année, ces primes augmentent et la concurrence entre les caisses, qui était considérée à l'introduction de la LAMal comme la meilleure solution pour maîtriser les coûts, a démontré sa totale inefficacité. Le manque de transparence dans la gestion des caisses-maladie est pointé du doigt.

Avec le projet Efas, les cantons donneront à l'institution commune LAMal une somme de 10 milliards de francs, en plus des 35 milliards de francs qu'elle a déjà à gérer. Nous croisons donc les doigts pour que cela se passe bien, et surtout pour qu'il y ait plus de transparence dans la gestion de cet argent. Vu le récent sondage démontrant que 80 pour cent des personnes interrogées seraient favorables à une caisse unique, on voit bien que la confiance envers les caisses-maladie s'est érodée. Elles auront à démontrer au plus vite que la décision de leur confier 10 milliards de francs supplémentaires n'est pas une erreur.

En principe, le groupe socialiste pourrait soutenir le projet, s'il a une influence positive sur les coûts, ce qui reste à prouver, s'il permet des tarifs différenciés – comme cela a été développé dans nos propositions de minorité –, s'il favorise le développement des soins intégrés et s'il a un effet stabilisateur dans le domaine des séjours en institution ou des soins à domicile. On pourrait alors espérer une réduction de la complexité du système de santé et des projections plus fiables de la croissance des coûts. L'inquiétude réside toutefois dans le risque d'interventions inutiles en ambulatoire, avec une augmentation des coûts, et donc une répercussion sur les primes.

L'intégration des prestations de soin dans Efas est majoritairement soutenue par notre groupe, et c'est une condition sine qua non pour les cantons, comme nous l'avons entendu, car il permet de stabiliser le financement des prestations dans ce domaine de santé publique, dont la croissance est la plus dynamique.

Pour le groupe socialiste, la priorité est toutefois que les primes n'augmentent pas avec Efas. L'Office fédéral de la santé publique estime probable que le financement uniforme soit plus avantageux à long terme du point de vue des primes que le maintien du statu quo; à suivre...

AB 2023 N 1586 / BO 2023 N 1586

La deuxième priorité est que ce projet permette un rééquilibrage au profit de la première ligne de soins, comme cela a été développé dans nos minorités, avec une revalorisation des médecins de premier recours.

Le projet qui est présenté aujourd'hui, rappelons-le après trois législatures de va-et-vient entre les deux chambres, présente encore quelques points de divergences.

Dans le bloc 1, en plus de la minorité I (Maillard), de la minorité I (Gysi Barbara) et de la minorité II (Crottaz),



nous soutiendrons la minorité III (Weichelt) qui vise une participation cantonale de 30 pour cent; sans modifier la participation des assurés, elle aura un léger effet positif sur les primes.

En conclusion, nous vous remercions de soutenir ces diverses minorités et attendons encore l'ensemble des votes pour prendre une décision sur les différentes autres minorités.

Mäder Jörg (GL, ZH): Ich möchte zu Beginn gerne ein paar wichtige Aspekte in Erinnerung rufen: Unser Gesundheitswesen ist gut, aber nicht gut finanziert. Damit meine ich nicht, dass wir zu wenig Geld hätten. Wir können es uns noch leisten. Aber die Art und Weise der Finanzierung ist nicht gut. Je nach Art und Ort der Behandlung sind die Finanzierungsströme anders. Das führt zu Fehlanreizen, die es mit dieser Vorlage zu beseitigen gilt.

Diese Fehlanreize führen bis heute dazu, dass bei vielen Playern im Gesundheitswesen die finanziellen Interessen nicht in einer Linie mit einem qualitativen und effizienten Gesundheitswesen sind. Für den einzelnen Akteur bedeutet das, dass er bei Änderungen immer darauf achtet, dass die Arbeit und der Aufwand – die Kosten – möglichst bei den anderen anfallen und er sich in seinem Gärtchen bequem auf den Liegestuhl setzen kann. Es hat auch dazu geführt, dass sich bei jeder Idee, bei jedem Reförmchen diejenigen, die etwas zu verlieren hätten, Verbündete gesucht haben, jeweils verbunden mit dem Angebot, sie würden, wenn diese ihrerseits etwas zu verlieren hätten, ihnen helfen, die Idee, das Reförmchen zu kippen. Kurzum: bester Nährboden für Nein-Allianzen, für Blockadepolitik vom Feinsten. Diesen Knoten müssen wir zerschlagen.

Kommen wir zum Kernpunkt von Block 1: Soll die Pflege Teil der Vorlage sein oder nicht? 2009, als diese Idee lanciert wurde – die wenigsten werden sich erinnern –, lag der Fokus klar auf "ambulant versus stationär", daher auch der Name Efas. Dass früher oder später auch die Pflege dazugehört, war unbestritten. Man fürchtete aber die Komplexität und wollte verständlicherweise vorwärtsmachen, also zuerst ambulant und stationär, später Pflege. Die Beratungen haben aber gezeigt, dass insbesondere die Kantone die Pflege zwingend dabei haben wollten. Eine Nein-Allianz begann zu wachsen. Unterdessen ist der grösste Teil der Integrationsarbeit gemacht, die Verzögerung fand statt. Das alles wieder herauszunehmen, wäre Verschwendung, man müsste vieles doppelt machen. Wenn Sie hier der Minderheit zustimmen, geben Sie den Nein-Allianzen Auftrieb und gefährden das Ganze.

Bei Ziffer III Absatz 9, Artikel 60 Absatz 3, Artikel 47a Absatz 1, Artikel 36a Absatz 3 sowie Artikel 43 Absätze 4 und 6bis bitte ich Sie, den Anträgen der Mehrheit zu folgen. Eine periodische Überprüfung der Kantonsbeiträge ist sinnvoll, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, wir wollen ja steuern. Die in der Vorlage festgelegte Höhe der Kantonsbeiträge ist ein Wert, der sich im Verlauf der Beratung aufgrund neuer Berechnungen immer wieder geändert hat. Ziel ist eine Kostenneutralität, perfekt wird diese aber nie erreicht werden. So einfach ist unser Gesundheitssystem definitiv nicht. Also, betreiben Sie hier bitte kein Mikromanagement.

Die Minderheitsanträge zur Abschaffung des Patientenbeitrages für Pflegeleistungen, zur Zusammensetzung der neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen und zu den differenzierten Tarifen greifen spannende und interessante Themen auf. Aber wir müssen aufpassen, dass wir diese Vorlage nicht zu stark aufblähen. Ich finde es gut, dass diese Ideen platziert werden. Wir sollten sie durchaus an anderen Orten diskutieren.

Kommen wir zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 und somit zum Minderheitsantrag Sauter. Ich will offen sein: Scheitert dieser Antrag, den ich als sehr sinnvoll und wirksam erachte, wird das an der Unterstützung der Grünliberalen für Efas nicht ein Jota ändern. Wir stehen für Nein-Allianzen nicht zur Verfügung. Im Falle einer Ablehnung werden wir wieder mit der Idee kommen, sie weiterhin unterstützen – später halt, was schade ist. Aber so wird es sein.

Was ist die Idee hinter dem Antrag? Behandlungen sollten dort stattfinden, wo das nötige Wissen, die Kompetenzen und Erfahrungen vorhanden sind. Ein Spital ist jeweils in der Spitzenposition und könnte alles machen. Aber es ist auch der Ort mit den höchsten Kosten. Nun ist es so, dass im Anschluss an eine Behandlung im Spital dasselbe Spital für viele Arten der Pflege nicht mehr zwingend der richtige Ort im Sinne einer qualitativen und effizienten Versorgung ist. Für eine Genesung zuhause mit Spitex ist es noch zu früh. Die Lösung: Pflegeheime, Akut- und Übergangspflege. Also haben wir genau das vor einigen Jahren eingeführt – genial, mit einem kleinen, bedeutenden Makel: Wir haben jeweils nur die ersten zwei Wochen finanziert. Danach müssen die Betroffenen entweder selber zahlen oder dafür schauen, dass sie wieder ins Spital kommen, oder sie probieren es irgendwie zuhause. Das alles gefährdet entweder die Gesundheit oder steigert die Kosten. Beides ist unsinnig. Fragt man die Fachleute, so sagen diese: In den meisten Fällen wären vier Wochen ideal; mehr als acht Wochen braucht es so gut wie nie. Genau das würde mit dieser Minderheit umgesetzt, die wir entsprechend unterstützen. Je früher wir hier den realen Anforderungen aus der Praxis gerecht werden, desto besser.

Zum Schluss bitte ich Sie, der geänderten Version der Motion 22.3372 der SGK des Ständerates zuzustimmen.



men. Inhaltlich ist sie nicht nur auf die Kantone fokussiert, wie die Version, die der Ständerat beschlossen hat, sondern bezieht auch Versicherer und die Versicherten mit ein. Was daran schlechter sein soll als beim ursprünglichen Motionstext, erschliesst sich mir nicht.

Nach vierzehn Jahren – so alt ist die parlamentarische Initiative hinter diesem Geschäft – ist es an der Zeit, die Ziellinie endlich zu überqueren. Gestern haben wir über die Verteilung der Kosten im Gesundheitswesen gesprochen. Heute geht es darum, unser Gesundheitswesen in Sachen Qualität und Effizienz weiterzubringen. Mit Efas legen wir den Boden für eine sinnvolle und stringente Finanzierung unseres Gesundheitssystems und entziehen somit den Nein-Allianzen den Nährboden. Wir räumen auf. Erst dann haben Vorlagen, die sparen wollen oder mehr Effizienz bringen, überhaupt eine echte Chance. Und dieses Aufräumen ist zwingend notwendig. Wir haben nämlich genügend intrinsische Probleme im Gesundheitssystem. Wir haben eine alternde Bevölkerung, wir haben modernste medizinische Technologien, Innovationen, die uns als Einzelnen sehr stark helfen, aber auch das System belasten, vor allem auch finanziell. Es ist also wichtig, dass wir hier einen grossen Schritt weiterkommen. Aber zuerst müssen wir aufräumen, und Efas ist eine Aufräumvorlage.

Berset Alain, président de la Confédération: Cela a été rappelé à plusieurs reprises au cours de votre débat: il y a maintenant quelques années que le Parlement traite de ce sujet en plénum. La décision du Conseil des Etats en décembre 2022 en a été la dernière étape. Un compromis, ou plutôt une proposition de compromis, a été adoptée, qui nous semble viable et absolument sensée.

Dans ses discussions, le Conseil des Etats a décidé d'intégrer les prestations de soins au projet. C'est un point essentiel sur le plan politique, mais il fait également sens du point de vue de l'efficacité du système.

Pour la préparation du débat d'aujourd'hui, votre commission a analysé à nouveau le projet et y a apporté des éléments judicieux; c'est la raison pour laquelle je vous invite, pour l'essentiel, à suivre la majorité de votre commission. Du point de vue du Conseil fédéral, il y a cependant deux exceptions à cet appel général à soutenir la majorité: la première concerne la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et la deuxième concerne la question des tarifs différenciés.

AB 2023 N 1587 / BO 2023 N 1587

Tout d'abord au sujet de la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins: la majorité de votre commission souhaite que les assurés n'aient plus à payer la contribution spéciale aux prestations de soins due aujourd'hui, c'est-à-dire 20 pour cent de la contribution de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le cadre du financement tripartite. Pour ce faire, la majorité propose que ce soient nouvellement les cantons qui prennent en charge cette contribution. La minorité II (Glarner) propose de soutenir la version du Conseil des Etats et de garder le système actuel.

La réserve que le Conseil fédéral peut avoir à l'égard de la proposition de la majorité – mais ce n'est pas encore un appel à ne pas voter en suivant la majorité – concerne l'effet de cette proposition sur les cantons. Il s'agit dans les faits d'un demi-milliard de francs de contributions nouvelles pris en charge par les cantons, une augmentation qui n'est certes pas négligeable. Or, comme vous le savez, le projet de financement uniforme ne devrait pas se développer sans l'adhésion des cantons. C'est pour cette raison que je voulais rendre votre conseil attentif aux enjeux de la proposition de la majorité, même s'il vous appartient naturellement de décider comment voter; nous pouvons nous en accommoder, mais prêtez attention aux conséquences sur les cantons et menez la discussion avec eux avant de poursuivre.

Le deuxième point concerne les tarifs différenciés. Il y a là deux propositions: une minorité I (Maillard) et une minorité II (Crottaz). Je vous invite à ne pas suivre la minorité I. En revanche, la minorité II nous paraît intéressante, parce qu'il s'agit en fait d'une précision de la loi qui respecte l'autonomie tarifaire en décrivant de manière explicite la possibilité de fixer des tarifs différenciés dans le cas des négociations tarifaires. C'est donc une base légale qui permet de dire ce qu'il est possible de faire. L'autonomie tarifaire étant importante, il est possible de faire cela aussi. Cette précision lève tout doute sur le fait que l'autonomie tarifaire est importante et que cette possibilité existe.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à suivre la minorité II (Crottaz) sur cette question.

Un point très important dans ce débat concerne l'intégration des prestations de soins. Votre commission propose de suivre le Conseil des Etats. Le Conseil fédéral salue cette décision pour plusieurs raisons. Premièrement, l'intégration des prestations de soins permet d'éliminer des incitations inopportunes et de favoriser davantage les soins coordonnés. Par ailleurs, les parts financées par les primes et les impôts seraient également stabilisées de manière durable. Deuxièmement, cette intégration constitue un point déterminant et essentiel pour les cantons. Ainsi, un financement uniforme sans les prestations de soins, tel qu'il ressortait de vos délibérations de première lecture, ne pourrait très probablement pas aboutir, puisque les cantons combat-



traient âprement la réforme. Par ailleurs, le potentiel d'économies d'un financement uniforme est plus important en cas d'intégration des prestations de soins. Je voulais juste l'indiquer et souligner l'importance de suivre la majorité sur ce point.

Je vous invite donc à suivre la majorité de votre commission.

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: Möglicherweise schreiben wir hier das Ende einer schon fast endlosen Geschichte. Das wird abhängig sein von Ihren Entscheiden. Zumindest haben wir heute die Möglichkeit, diese Vorlage, indem wir für die Integration der Pflege stimmen, nicht zu versenken. Dass Efas ein grosses, wichtiges Projekt ist, wurde von den Vorrednerinnen und Vorrednern mehrfach betont. Dass Ungerechtigkeiten beseitigt werden können, wurde auch gesagt. Oft wurde von Fehlanreizen gesprochen. Ich glaube, ein schlagendes Argument ist tatsächlich, dass bei einer Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Moment nicht unbedingt der gesundheitliche Aspekt im Vordergrund steht, sondern zumindest teilweise die Finanzierungsfrage. Das ist nicht Sinn und Zweck der Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Die Mehrheit ist der Meinung, dass nun – vierzehn Jahre nach der Lancierung dieser parlamentarischen Initiative, nach Einberufung einer Subkommission und nach nun etwa drei Jahren der Behandlung in der Kommission – der Auftrag mit der Beendigung der Arbeit erfüllt werden sollte. Weiter ist die Mehrheit nach wie vor der Überzeugung, dass damit Kosteneinsparungen – und wir müssen über Kosten sprechen – erzielt werden können. Dies sind die Gründe, warum die Mehrheit der Kommission für die Integration der Pflege ist. Wir können es drehen und wenden, wie wir wollen: Ohne die Integration der Pflege versenken wir letztlich diese Vorlage. Für die Mehrheit ist deshalb der Antrag der Minderheit Aeschi Thomas, der die Integration der Pflege eben nicht möchte, der zentrale Punkt in Block 1. Wir bitten Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen, und möchten Sie zugleich darum ersuchen, der Mehrheit zuzustimmen.

In der SGK war es beileibe nicht immer so, dass man für die Integration der Pflege war oder sich damit anfreunden konnte. Wir hatten viele Kontakte und Austausche mit den Gesundheitsdirektoren, mit der GDK. Lange Zeit wurde uns dort gesagt, eigentlich bringe diese Vorlage sowieso eher nichts. Ganz am Schluss, als die Vorlage zum ersten Mal ein bisschen auf der Zielgeraden war, kam die GDK erneut und sagte, ja gut, man könnte darüber sprechen oder sich vielleicht sogar dafür einsetzen, wenn die Integration der Pflege erfolgen würde. Das wurde damals oft auch als "Buebetrickli" erklärt. Das spielt aber keine Rolle mehr, denn die Sachlage ist klar: Die Pflege muss integriert werden, ansonsten hat diese Vorlage bei den Kantonen – und damit übrigens auch im Ständerat – keine Chance mehr.

Bei den Beratungen in der Kommission wurde selbstverständlich auch die bereits angetönte Kostenfrage diskutiert. Zum einen war das Fazit bei der Präsentation des BAG – das wurde vorhin auch schon erwähnt –, dass Mehrkosten entstehen. Das können wir nicht wegdiskutieren. Interessant ist aber, dass die Mehrkosten, obwohl ihre Gesamthöhe oft noch verschieden angesetzt wird, im Vergleich zu den Gesamteinsparungen verknüpfbar sind bzw. dass die Vorlage wegen der Höhe der Einsparungen immer noch Sinn macht. Wenn wir von den Kosten sprechen, glaube ich, dass das ein wichtiger Punkt ist.

In der Kommission haben wir natürlich auch diskutiert, wie scharf wir schon sehen, wohin wir dann gelangen, ob wir nicht in einen dunklen Tunnel oder in die berühmte Blackbox hineinfahren. Deshalb hat unsere Kommission zum einen entschieden, dass die Umsetzung der Integration der Pflege erst dann vonstattengehen kann, wenn seitens der Kantone die Sachlage, die Kostenverhältnisse und die Datenlage bezüglich der Pflegefinanzierung klar auf dem Tisch liegen. Das ist gemäss einer Studie noch nicht der Fall. Das muss gewährleistet sein, damit man sieht, in welchen Dimensionen man sich hier bewegen wird. Zum andern haben wir festgelegt, dass auch die Umsetzung der Pflege-Initiative erfolgt sein muss, bevor wir die Integration der Pflege umsetzen.

Zu den Minderheits- und Mehrheitsanträgen in Block 1: Entscheidend ist aus Sicht der Mehrheit aus den vorgenannten Gründen die Ablehnung des Minderheitsantrages Aeschi Thomas. Wir bitten Sie also, den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas abzulehnen und die Pflege in der Vorlage zu belassen.

Die übrigen Minderheitsanträge sind zum Teil tatsächlich bedenkenswert und geben auch wichtige Anstösse. Sie haben bei einer Annahme nicht zur Folge, dass die ganze Vorlage stirbt. Sie haben zur Folge, und wir sind ja in der Differenzbereinigung, dass einige dieser Fragen im Ständerat noch geklärt werden müssen. Deshalb möchte ich hier auch zuhause der Materialien darauf hinweisen, dass die Vorlage wirklich sehr komplex ist und dass die Anträge aus der Kommission Auswirkungen auf etliche weitere Bestimmungen haben.

Ich bitte hier deshalb – ich sage das zuhause des Amtlichen Bulletins – unsere Schwesterkommission, nach unseren Beschlüssen die hier im Rat resultierenden Formulierungen noch einmal eingehend zu prüfen und insbesondere im Falle einer Annahme des Minderheitsantrages II (Glarner) zu Artikel 64 Absatz 5ter eine geeignete Formulierung zu suchen.

**AB 2023 N 1588 / BO 2023 N 1588**

Ein paar Bemerkungen zu einigen Minderheiten: Die Mehrheit ist der Meinung, dass der Minderheitsantrag Sauter zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 an sich bedenkenswert ist. Trotzdem ist sie der Meinung, dass wir hier keine zusätzliche Differenzierung, keine Fristveränderung machen sollten. Die Überlegungen hierzu waren, dass man sich durchaus fragen kann, welche Auswirkungen das auf die Kosten hätte – Stichworte: längerer Spitalaufenthalt, längere Spitalbehandlung – und letztlich auch auf das Wohl der Patientinnen und Patienten, die eigentlich wieder in "eigene Verhältnisse" zurückmöchten.

Zum Minderheitsantrag I (Maillard) mit differenzierten Tarifen: Die Mehrheit ist der Meinung, dass dieser Antrag in dieser Vorlage artfremd ist. Wir sollten die Vorlage nicht überladen. Man kann, wenn man den Kantonen die Möglichkeit geben will, bei den Tarifen einzuwirken, das allenfalls in einer separaten Vorlage oder mit einem separaten Vorstoss behandeln.

Zuletzt noch zum Minderheitsantrag II (Glarner) zu Artikel 60 Absatz 3: Die Mehrheit hat entschieden, dass die Patientenbeiträge nicht mehr erhoben werden sollen. Wenn Sie den Minderheitsantrag II annehmen, hat das zur Folge, dass die Erhebung der Patientenbeiträge nicht mehr wegfällt. Hier ist die Mehrheit der Meinung, dass wir bei ihrem Antrag bleiben und das nicht verändern sollten.

Zum letzten Punkt, zur periodischen Überprüfung des Kantonsbeitrages, die die Minderheit Aeschi Thomas bei Artikel 60 Absatz 3bis streichen will: Da ist die Mehrheit der Meinung, dass eine solche Überprüfung sehr wohl Sinn macht, gerade auch vor dem Hintergrund, dass wir vorhin oft gehört haben, dass wir in eine doch bisweilen unsichere Entwicklung gehen. Die Mehrheit ist der Meinung, dass es richtig ist, eine periodische Überprüfung vorzunehmen und hier eine zusätzliche Differenz zu schaffen.

Zum Minderheitsantrag Aeschi Thomas, der den Einbezug der Pflege nicht will, habe ich schon gesprochen. Ich bitte Sie namens der Mehrheit, die Anträge der Minderheiten abzulehnen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La dernière fois que notre chambre a traité du sujet en question, c'était le 26 septembre 2019; nous évitons ainsi de justesse quatre ans de navette entre les chambres sur un même projet. Le dossier a évidemment beaucoup évolué depuis. Hormis qu'en quatre longues années, nous – et quand je dis "nous", ce sont les assurés et payeurs de primes – avons payé des primes trop élevées. L'augmentation dont nous parlons est à la charge des payeurs de primes de la manière suivante: c'est environ 170 millions de francs payés en trop pour les années 2017 à 2019; depuis 2019, nous avons connu une forte augmentation, avec le transfert vers l'ambulatoire, soit environ 1 milliard de francs en 2021 et 1,25 milliard en 2022. Le grand changement dans le projet qui vous est présenté aujourd'hui, c'est l'intégration dans le financement uniforme (Efas) des soins de longue durée.

C'est ainsi que je commence le bloc 1 en évoquant l'intégration des soins, le grand objet du débat. Lorsque nous avons traité ce dossier dans cette chambre lors de la précédente législature, le 26 septembre 2019, la question de l'intégration s'était posée in extremis en commission. Le prétexte était là pour enterrer le projet, et la commission avait finalement décidé d'adopter une motion, rejetée en décembre de la même année, pour analyser la possibilité d'intégrer les soins dans le projet. A l'époque, Efas paraissait trop urgent pour se permettre d'attendre encore – c'est dire.

Quatre ans plus tard, dans un esprit de compromis, pour répondre à la demande des cantons qui en faisaient une exigence inconditionnelle pour l'adoption d'Efas, la CSSS-N a décidé, après de longs débats, d'intégrer les soins de longue durée dans cette importante réforme des flux financiers du système de santé.

Ainsi, la majorité s'est ralliée au Conseil des Etats, avec quelques ajustements. La commission entend notamment assurer que l'intégration des soins puisse avoir lieu de manière flexible et uniquement sous réserve de l'établissement, dans le secteur des soins, de la transparence des coûts nécessaire.

Un débat polémique s'est déroulé quant à l'effet financier de l'intégration des soins. Selon certaines études publiées dans la presse, l'intégration des soins rendrait à terme l'exercice en cours déficitaire, coûtant davantage aux assurés que le statu quo. L'administration fédérale, de son côté, est convaincue – et a convaincu – du contraire.

In fine, il ressort des travaux de la commission qu'Efas, avec l'intégration des soins, permettra d'éviter l'érosion de la part étatique du financement de la santé. Cette part devrait augmenter jusqu'en 2030, puis se réduire et se stabiliser à 27 pour cent environ, selon les effets de l'initiative sur les soins infirmiers.

Pour la minorité Aeschi Thomas, l'intégration des soins rendrait l'exercice inutile du point de vue des coûts et ferait à terme exploser les primes. L'intégration des soins a été finalement acceptée par 15 voix contre 8 et 2 abstentions.

A l'article 25 alinéa 2 lettre f et alinéa 3, ainsi qu'à toutes les dispositions relatives, nous avons traité de



l'adaptation des soins aigus et de transition. Actuellement, les soins aigus et de transition sont traités à l'article 25a alinéa 2 de la LAMal, qui prescrit leur financement jusqu'à deux semaines. La minorité Sauter demande la prolongation de la durée maximale des soins aigus et de transition ainsi que la prise en charge des frais de séjour. Les soins aigus et de transition ont été intégrés avec le nouveau régime de financement des hôpitaux, mais, concrètement, cela n'a jamais été mis en oeuvre, faute d'un cadre législatif adapté en raison de la trop courte durée des prestations, de deux semaines, et du fait que seuls les soins, et non les prestations hôtelières, sont concernés. La proposition de minorité vise à corriger cet état de fait. Sans être directement en lien avec Efas, la proposition améliorerait une situation insatisfaisante, selon l'auteure de la minorité.

Pour la majorité, ces nouvelles dispositions développent les soins aigus et de transition et seraient beaucoup plus chères pour l'assurance-maladie. Par rapport à aujourd'hui, cela signifierait qu'en plus des prestations de soins, le séjour serait désormais également soumis à l'assurance obligatoire des soins (AOS), alors qu'aujourd'hui, seuls les soins, et pas les prestations hôtelières, sont soumis à l'AOS. En outre, la durée maximale de séjour serait quadruplée, passant de deux à huit semaines. Il serait impossible d'estimer ce que cela signifierait sur le plan financier, alors qu'actuellement, on cherche exactement l'inverse. La minorité Sauter a été rejetée en commission par 14 voix contre 11.

Aux articles 36a alinéa 3 et 43 alinéa 4 et 6bis, nous traitons des tarifs différenciés. La minorité I (Maillard) propose de permettre d'adopter un tarif différencié en faveur des fournisseurs de prestations, qui offrent des soins de base ou d'urgence, notamment à des horaires ou dans des conditions particulières. De manière schématique, le but de la proposition est de réduire un peu la médecine élective, spécialisée et très chère, pour donner davantage à la médecine de premier recours, la fameuse première ligne.

La minorité II (Crottaz), qui reprend la proposition de l'administration, est plus simple. Cette proposition mentionne expressément les soins de base et d'urgence. Il y est explicitement exposé que les augmentations et diminutions de la participation cantonale doivent s'équilibrer. Il n'est par ailleurs pas prévu de mandats de prestation. La commission a finalement rejeté cette proposition, complexe à mettre en oeuvre, jugeant qu'elle portait atteinte à l'autonomie tarifaire des parties. Par 15 voix contre 7, la commission a rejeté la minorité I (Maillard) en faveur de la minorité II (Crottaz). En fin de compte, la minorité II (Crottaz) a été rejetée par 13 voix contre 9.

A l'article 47a, il est question de la composition de la nouvelle organisation tarifaire pour les prestations de soins. Il s'agit ici de l'organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Une minorité I (Gysi Barbara) souhaite que le personnel soignant participe à l'autorité de tarification. Pour la minorité, les intérêts des fournisseurs de prestations ne coïncident pas toujours avec ceux du personnel. En particulier, il est souhaité que le personnel infirmier soit intégré dans l'autorité. Pour la majorité, il ne s'agit pas de questions de droit du travail, mais de structure tarifaire. Les travailleurs n'étant pas des agents facturants à

AB 2023 N 1589 / BO 2023 N 1589

ce titre, il n'y a pas de motif de les intégrer dans la structure. Cette proposition a été rejetée par 16 voix contre 7 et 0 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, à l'article 64 alinéa 5bis et aux autres articles mentionnés dans le dépliant, il est question de la suppression de la contribution du patient pour les prestations de soins. A l'image de ce que l'on connaît pour les séjours hospitaliers, le Conseil des Etats a prévu une participation aux coûts de la part des assurés pour les soins fournis sous forme ambulatoire.

La majorité a relevé que les patients devaient déjà payer la franchise et la quote-part. Une quote-part supplémentaire était par ailleurs prévue en cas d'hébergement en EMS. Cela varie beaucoup d'un canton à l'autre: certains prennent entièrement à charge les coûts des soins à domicile, d'autres les répercutent sur les patients. La majorité a relevé que les coûts individuels pouvaient rapidement atteindre 8500 francs par année. Cela entraîne une augmentation de la part cantonale de 2 pour cent à l'article 60 alinéa 3.

La minorité II (Glarner) propose de maintenir la participation prévue par le Conseil des Etats à l'article 64 alinéas 5bis et 5ter. Cette proposition a été rejetée par 13 voix contre 11 et 1 abstention.

A l'article 60 alinéa 3, une minorité III (Weichelt) propose d'augmenter encore la part cantonale à 30 pour cent au moins. Cette augmentation a pour objectif de mettre en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers et d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Du point de vue de notre collègue, les collectivités ont la tâche de financer la mise en oeuvre de l'initiative. Cette proposition alourdit fortement la participation cantonale et est contraire à l'objectif de neutralité des coûts. Elle a été rejetée par 15 voix contre 7.

Au chiffre III alinéa 9, il est question de l'entrée en vigueur flexible de la réforme en cours. La majorité a choisi de faire entrer en vigueur une partie des dispositions trois ans après l'échéance du délai référendaire, et la partie relative aux soins au plus tôt sept ans après l'adoption, mais à condition que l'initiative sur les



soins infirmiers soit adoptée et qu'une base tarifaire transparente et uniforme soit adoptée. En termes simples, l'intégration des soins doit avoir lieu, mais à condition que tous les acteurs, notamment les cantons qui l'ont demandée, soient prêts à cela.

Une minorité Aeschi Thomas propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats, à savoir une entrée en vigueur d'Efas trois ans après le délai référendaire et sept ans après pour ce qui concerne l'intégration des soins. Par 18 voix contre 7, la commission a rejeté cette dernière proposition Aeschi Thomas.

Enfin, à l'article 60 alinéa 3bis, il est question de l'examen périodique de la contribution cantonale. Pour la majorité, cette proposition a pour objectif de permettre une augmentation de la participation cantonale si les besoins s'en font ressentir, notamment pour financer la mise en oeuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. Pour la minorité Aeschi Thomas, la proposition retenue n'est pas neutre en matière de coûts et doit être rejetée. Par 12 voix contre 10, la majorité a adopté cette disposition.

Je terminerai en parlant de la motion 22.3372 portant sur l'examen des conséquences financières. Le Conseil des Etats a adopté la motion, par laquelle il veut qu'il soit démontré si l'introduction d'Efas s'est révélée neutre en matière de coûts. Si le principe de l'analyse des conséquences financières est soutenu par la commission, elle ne veut plus que l'analyse porte sur la stricte neutralité des coûts, dès lors que des mesures coûtant 500 millions de francs sont prévues. Une minorité Aeschi Thomas a rejeté cette modification et propose de s'en tenir à la version du Conseil des Etats. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national propose d'adopter la motion modifiée. Par 17 voix contre 7 et 0 abstention, la majorité a décidé de modifier la motion, et, par 18 voix contre 7, elle a décidé de l'adopter avec cette modification.

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

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

Art. 25

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2 Bst. a

Gemäss geltendem Recht, aber:

... sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden von:

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 2 Bst. f

f. den Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim bei Akut- und Übergangspflege;

Abs. 3

Als Akut- und Übergangspflege gelten die Pflegeleistungen, die sich während längstens vier Wochen im Anschluss an eine stationäre Behandlung als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet wurden. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden.

Art. 25

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2 let. a

Selon droit en vigueur, mais:

... dispensées dans le cadre d'un traitement hospitalier par:



Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 2 let. f

f. le séjour à l'hôpital ou en établissement médicosocial en cas de soins aigus et de transition;

Al. 3

Sont réputés soins aigus et de transition les prestations de soins qui se révèlent nécessaires durant quatre semaines au plus à la suite d'un traitement hospitalier et sont prescrits conjointement à l'hôpital par un médecin et un infirmier. Les soins aigus et de transition peuvent être au besoin prolongés une fois de quatre semaines au plus sur la base d'une prescription médicale.

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas, mit dem die Pflege nicht einbezogen werden soll, befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1, wenn wir die Anträge der Mehrheit und der Minderheiten I bis IV, mit denen die Pflege einbezogen werden soll, bereinigt haben.

Abs. 2 Bst. f, 3 – Al. 2 let. f, 3

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 49 Absatz 4, Artikel 64 Absatz 5, Ziffer III Absätze 4 bis 7 und Ziffer IV Absätze 3 und 4.

AB 2023 N 1590 / BO 2023 N 1590

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27289)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 85 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 36a Abs. 3

Antrag der Minderheit I

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Die Kantone können einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern mit Leistungen der Grund- und Notfallversorgung beauftragen und dafür die Zulassung an Bedingungen wie Kapazitäten, Öffnungszeiten, Aufnahmepflicht und Qualität der Arbeitsbedingungen knüpfen.

Antrag der Minderheit II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 3

Streichen

Art. 36a al. 3

Proposition de la minorité I

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Les cantons peuvent charger des fournisseurs de prestations ou des groupes de fournisseurs de prestations de fournir des prestations de soins de base et d'urgence. Pour ce faire, ils peuvent conditionner l'admission à des critères tels que les capacités, les horaires d'ouverture, l'obligation d'admission et la qualité des conditions de travail.

Proposition de la minorité II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Al. 3

Biffer

**Art. 43***Antrag der Minderheit I*

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 4

... sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Wo unterschiedliche Kosten und Krankheitsrisiken der behandelten Patienten es rechtfertigen, können Preise und Tarife für unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern differenziert werden. Bei Tarifverträgen zwischen ...

Abs. 6bis

Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten auf eine sachgerechte Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung sowie der Aufnahmepflicht. Sie können zu diesem Zweck differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen. Fehlen entsprechende Vereinbarungen oder werden sie vom Kanton als ungenügend betrachtet, können die Kantone zur sachgerechten Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung kantonale Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen, die über einen Auftrag gemäss Artikel 36 Absatz 3 verfügen. Diese sind durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen von nicht betroffenen Fachgebieten oder Gruppen von Leistungserbringern auszugleichen.

Antrag der Minderheit II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz- Huber, Weichelt)

Abs. 4

Streichen

Abs. 6bis

Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten auf eine sachgerechte Abbildung aller Leistungen, unter anderem der Grund- und Notfallversorgung. Sie können, falls zu diesem Zweck erforderlich, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen. Die kantonalen Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern müssen durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen der anderen Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern ausgeglichen werden.

Art. 43*Proposition de la minorité I*

(Maillard, Crottaz, Gysi Barbara, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Al. 4

... de manière appropriée. Lorsque des différences de coûts et de risques de maladie des patients traités le justifient, les prix et les tarifs peuvent être différenciés selon les différents groupes de prestataires de soins. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues ...

Al. 6bis

Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les prestations de soins de base et d'urgence ainsi que l'obligation d'admission soient structurées de manière appropriée. Ils peuvent, à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de prestataires de soins. En l'absence de conventions correspondantes ou en présence de conventions jugées insuffisantes par le canton, les cantons peuvent fixer des suppléments cantonaux pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations disposant d'un mandat au sens de l'article 36 alinéa 3 afin de refléter de manière appropriée les prestations des soins de base et d'urgence. Ces suppléments doivent être compensés par des réductions sur les tarifs prévus par les cantons pour des spécialités ou des groupes de fournisseurs de prestations non concernés.

Proposition de la minorité II

(Crottaz, Gysi Barbara, Maillard, Meyer Mattea, Piller Carrard, Porchet, Prelicz- Huber, Weichelt)

Al. 4

Biffer

Al. 6bis

Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que toutes les prestations, entre autres les soins de base et d'urgence, soient représentées de manière appropriée. Ils peuvent, si nécessaire à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certains domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations. Les suppléments cantonaux pour certains domaines de spécialité médicales ou



groupes de fournisseurs de prestations doivent être compensés par des réductions des tarifs cantonaux des autres domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27290)

Für den Antrag der Minderheit II ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 68 Stimmen

(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27291)

Für den Antrag der Minderheit II ... 67 Stimmen

Dagegen ... 125 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 47a

Antrag der Mehrheit

Titel, Abs. 1, 3–5, 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Titel

Unverändert

AB 2023 N 1591 / BO 2023 N 1591

Abs. 1

Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in der Organisation vertreten sein.

Abs. 5, 7

Unverändert

Antrag der Minderheit I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Abs. 1

... Die Verbände der Leistungserbringer, des Pflegepersonals und der Versicherer sowie ...

Art. 47a

Proposition de la majorité

Titre, al. 1, 3–5, 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Titre

Inchangé

Al. 1

Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, avec les cantons, une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la maintenance des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés de manière équitable au sein de l'organisation.

Al. 5, 7

Inchangé



Proposition de la minorité I

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Al. 1

... des fournisseurs de prestations, du personnel soignant et des assureurs ainsi que les cantons doivent être représentés ...

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27292)

Für den Antrag der Mehrheit ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 60 Abs. 3, 3bis

Antrag der Mehrheit

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 28,6 Prozent.

Abs. 3bis

Der Kantonsbeitrag wird periodisch überprüft.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 24,5 Prozent.

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3

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

Antrag der Minderheit III

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia)

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 30 Prozent.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3bis

Streichen

Art. 60 al. 3, 3bis

Proposition de la majorité

Al. 3

... Ce taux se monte à 28,6 pour cent au moins.

Al. 3bis

La contribution cantonale est réexaminée périodiquement.



Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 3

... Ce taux se monte à 24,5 pour cent au moins.

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3

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

Proposition de la minorité III

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia)

Al. 3

... Ce taux se monte à 30 pour cent au moins.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3bis

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas zu Absatz 3 befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1.

Abs. 3 – Al. 3

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 64 Absätze 5bis, 5ter und 8, Ziffer III Absatz 8 sowie Ziffer IV Absätze 3 und 4.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27293)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27294)

Für den Antrag der Mehrheit ... 125 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit III ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

AB 2023 N 1592 / BO 2023 N 1592

Abs. 3bis – Al. 3bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27295)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Ziff. III Abs. 1–9

Antrag der Mehrheit

Abs. 1–7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Abs. 8

Streichen

Abs. 9

Bis zu seiner Aufhebung erfolgt die Vergütung der Leistungen im Pflegeheim und bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a, in Abweichung von Artikel 50 Absatz 1.

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 4

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ausgenommen.

Abs. 5

... nach Artikel 25 Absatz 3 werden bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Für die Vergütung der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.

Abs. 6

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 liegt der Prozentsatz ...

Abs. 7

... von Artikel 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 gilt das Rückgriffsrecht nach ...

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 4–9

Streichen

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 9

Streichen

Ch. III al. 1–9

Proposition de la majorité

Al. 1–7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 8

Biffer

Al. 9

Jusqu'à son abrogation, la rémunération des prestations fournies dans les établissements médicosociaux et en cas de soins ambulatoires est régie par l'article 25a en dérogation à l'article 50 alinéa 1.

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 4

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 les prestations ...

Al. 5

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 les prestations de soins aigus et de transition visées par l'article 25 alinéa 3 sont rémunérées uniquement par l'assurance obligatoire des soins. La rémunération des moyens et



appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins aigus et de transition est régie par l'article 52.

Al. 6

... de l'article 25a alinéa 1, 3, 4 et 5 le taux visé ...

Al. 7

... de l'article 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 le droit de recours ...

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 4–9

Biffer

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 9

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Abs. 9 – Al. 9

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer IV Absätze 3 und 4.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27296)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit IV ... 81 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

a. ... 49a, 50, 51 Absatz 1 ...

b. ... 25a, 33 Absätze 2bis und 2ter, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten



Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, sowie die vollständige Umsetzung der Volksinitiative "Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)".

Abs. 4

a. ... 49a, 50, 51 Absatz 1, ... sowie 79a: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach der Abstimmung folgt;

b. ... 25a, 33 Absätze 2bis und 2ter, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, sowie die vollständige Umsetzung der Volksinitiative "Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)".

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8 ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8 ...

Antrag der Minderheit IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 3

...

a. ... 49a, 51 Absatz 1 ...

b. ... 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

Abs. 4

...

a. ... 49a, 51 Absatz 1 ...

b. ... 47c Absätze 2bis, 3, 5 und 7, 50, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt.

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 3

...

a. ... 21, 25 Absätze 2 Buchstabe f und 3, 25a Absatz 2, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, ... 47b Absätze 1 und 2, 49 Absatz 4, 49a, ..., 60a, 64 Absatz 5 sowie 79a ...

b. ... 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ...

Abs. 4

a. ... 21, 25 Absätze 2 Buchstabe f und 3, 25a Absatz 2, 41 Absätze 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis und 4, ..., 47b Absätze 1 und 2, 49 Absatz 4, 49a, ..., 60a, 64 Absatz 5 sowie 79a:

b. ... 25a Absätze 1, 3, 4 und 5 ...

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 3, 4

Festhalten



Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

a. ... 49a, 50, 51 alinéa 1 ...

b. ... 25a, 33 alinéas 2bis und 2ter, 41 alinéa 1, 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéa 7 lettre b: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire. Les conditions préalables à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, ainsi qu'une mise en oeuvre complète de l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)".

Al. 4

a. ... 49a, 50, 51 alinéa 1 ... ainsi que 79a entrent en vigueur trois ans après la votation, au 1er janvier;

b. ... 25a, 33 alinéas 2bis et 2ter, 41 alinéa 1, 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 et 64 alinéa 7 lettre b: le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Celle-ci a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation. Les conditions préalables à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, ainsi qu'une mise en oeuvre complète de l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)".

Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 ...

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 5bis, 5ter, 7 lettre b et 8 ...

Proposition de la minorité IV

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 3

...

a. ... 49a, 51 alinéa 1 ...

b. ... 47c alinéas 2bis, 3, 5 et 7, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 ainsi que 64 alinéa 7 lettre b entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4

...

a. ... 49a, 51 alinéa 1 ...

b. ... 47c alinéa 2bis, 3, 5 et 7, 50, 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 et 64 alinéa 7 lettre b entrent en vigueur sept ans après la votation, au 1er janvier.

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 3

...

a. ... 21, 25 alinéa 2 lettre f et 3, 25a alinéa 2, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4 ... 47b alinéas 1 et 2, 49 alinéa 4, 49a ... 60a, 64 alinéa 5 ainsi que 79a;

b. ... 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 ...

Al. 4

a. ... 21, 25 alinéa 2 lettre f et 3, 25a alinéa 2, 41 alinéas 1bis, 1ter, 2bis, 2ter, 2quater, 3, 3bis et 4 ... 47b alinéas 1 et 2, 49 alinéa 4, 49a ... 60a, 64 alinéa 5 ainsi que 79a;



b. ... 25a alinéas 1, 3, 4 et 5 ...

AB 2023 N 1594 / BO 2023 N 1594

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 3, 4

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas befinden wir in der letzten Abstimmung zu Block 1. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit IV (Aeschi Thomas) wurde soeben bei Ziffer III Absatz 9 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Der Antrag der Mehrheit auf einen Einbezug der Pflege ist nun bereinigt. Wir stellen ihn dem Antrag der Minderheit Aeschi Thomas – kein Einbezug der Pflege – gegenüber.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitung; 47a Titel, Abs. 1, 5, 7; 47b; 60 Abs. 3; Ziff. III Abs. 4–9; IV Abs. 3, 4

Art. 25 al. 2 let. a introduction; 47a titre, al. 1, 5, 7; 47b; 60 al. 3; ch. III al. 4–9; IV al. 3, 4

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27297)

Für den Antrag der Mehrheit ... 130 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Titel

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Festhalten

Titre

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde soeben in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Festhalten, aber:

Abs. 2

... und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, ...

Art. 25a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Maintenir, mais:

Al. 2

... et sont prescrits conjointement par un médecin et un infirmier de l'hôpital sont rémunérés ...

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 33

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen berücksichtigt er den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können.

Abs. 2ter

Der Bundesrat regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs und die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und den Pflegefachpersonen.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2bis, 2ter

Streichen

Art. 33

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Dans sa désignation des prestations de soins, il tient compte des besoins en soins des personnes qui souffrent de maladies complexes et de celles qui ont besoin de soins palliatifs. Il définit quelles prestations de soins peuvent être fournies sans prescription ni mandat médical.

Al. 2ter

Le Conseil fédéral fixe la procédure d'évaluation des besoins en soins et règle la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2bis, 2ter

Biffer



Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

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

Art. 47b

Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit
(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)
Unverändert

Art. 47b

Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AB 2023 N 1595 / BO 2023 N 1595

Proposition de la minorité
(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)
Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

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

Art. 47c

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Massnahmen nach Absatz 1, die Pflegeleistungen betreffen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, sind in gesamtschweizerisch geltende Verträge zu integrieren.

Abs. 3

Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2bis sind der nach ...

Abs. 5

Verträge nach den Absätzen 2 und 2bis legen die von ...

Abs. 7

Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht auf die Integration der Massnahmen in Verträgen nach Absatz 2bis einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2bis

Streichen

Abs. 3, 5

Unverändert

Abs. 7

Streichen



Art. 47c

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Les mesures visées à l'alinéa 1 qui portent sur des prestations de soins fournies sans prescription ou mandat médical doivent être intégrées dans des conventions valables pour l'ensemble du territoire suisse.

Al. 3

Les conventions visées aux alinéas 2 et 2bis doivent être ...

Al. 5

Les conventions visées aux alinéas 2 et 2bis définissent les facteurs ...

Al. 7

Si les assureurs et les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives, ne parviennent pas à s'entendre pour intégrer les mesures dans des conventions conformément à l'alinéa 2bis, le Conseil fédéral règle les modalités.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2bis

Biffer

Al. 3, 5

Inchangé

Al. 7

Biffer

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 49 Abs. 4

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

... zur Anwendung. Artikel 25 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Art. 49 al. 4

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

... l'article 50 est applicable. L'article 25 alinéa 3 est réservé.

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



Art. 50

Antrag der Mehrheit

Einleitung

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1

...

a. von einem Pflegeheim;

b. von einem Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben dbis oder e.

Abs. 2–5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Unverändert

Art. 50

Proposition de la majorité

Introduction

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1

...

a. par un établissement médicosocial

b. par un fournisseur de prestations désigné à l'article 35 alinéa 2 lettre dbis ou e.

Al. 2–5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

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

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Unverändert

AB 2023 N 1596 / BO 2023 N 1596

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

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Inchangé



Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

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

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5bis, 5ter

Streichen

Abs. 8

Unverändert

Antrag der Minderheit

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Abs. 5

... Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital und bei Akut- und Übergangspflege im Spital oder Pflegeheim. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

Antrag der Minderheit II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Abs. 5bis, 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5ter

Für Leistungen der Akut- und Übergangspflege schuldet die versicherte Person keinen Beitrag nach Absatz 5bis.

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 5bis, 5ter

Streichen

Abs. 7 Bst. b, 8

Unverändert

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5bis, 5ter

Biffer

Al. 8

Inchangé

Proposition de la minorité

(Sauter, Dobler, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Nantermod, Silberschmidt, Wasserfallen Flavia)

Al. 5

En cas d'hospitalisation et de soins aigus et de transition à l'hôpital ou en établissement médicosocial, les assurés versent, en outre, une ...



Proposition de la minorité II

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Berthoud, Bircher, Dobler, Herzog Verena, Rüegger, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Al. 5bis, 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5ter

Pour les prestations de soins aigus et de transition, aucune contribution au sens de l'alinéa 5bis n'est due par l'assuré.

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 5bis, 5ter

Biffer

Al. 7 let. b, 8

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit II (Glarner) wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 79a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Festhalten

Art. 79a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Block 2 – Bloc 2

Technische Abwicklung; Vertragsspitäler; Datenweitergabe/Rechnungskontrolle; Verschiedenes

Déroulement technique; hôpitaux conventionnés; transmission des données/contrôle des factures; divers

Glarner Andreas (V, AG): Zu meinem Minderheitsantrag zu Artikel 18 Absatz 2sexies: Ich stelle Ihnen den Antrag, an der Version des Nationalrates festzuhalten, denn der Ständerat hat gegenüber der ursprünglichen Version nebst der gemeinsamen Einrichtung zusätzlich noch einen spezialisierten, autonomen Ausschuss vorgesehen. Das Gesundheitswesen ist kompliziert genug. Es braucht nun wirklich nicht noch ein weiteres



Gremium in Form eines Ausschusses, um die Beiträge aufzuteilen. Die Version des Nationalrates, also unsere Version, ist schlank und einfach. Belassen wir es dabei!

Ich danke Ihnen, wenn Sie meinen Minderheitsantrag unterstützen.

de Courten Thomas (V, BL): Wir sprechen über die Vertragsspitäler. In der Schweiz gibt es rund 280 Spitäler. Es gibt öffentliche Spitäler, es gibt private Spitäler, es gibt Spitäler auf der Spitalliste, und es gibt Spitäler, die nicht auf der Spitalliste sind. Privatkliniken sind nicht per se teurer als öffentliche Spitäler, sie haben auch keine höheren Tarife zulasten der OKP. Sie können das überall auch öffentlich einsehen.

In drei Kantonen, in den Kantonen Zürich, Genf und Waadt, gibt es nun insgesamt etwa zehn Vertragsspitäler, welche

AB 2023 N 1597 / BO 2023 N 1597

nicht auf der Spitalliste stehen und als sogenannte Vertragsspitäler von den Krankenversicherern aus der OKP 45 Prozent der stationären Kosten zurückerstattet bekommen, wobei diese 45 Prozent frankenmässig dem Betrag eines vergleichbaren Listenspitals entsprechen. Die Kantone bezahlen also nichts an die Vertragsspitäler. Die Vertragsspitäler erbringen aber auch ambulante Leistungen, die heute zu 100 Prozent von den Krankenversicherern vergütet werden.

Auch künftig, mit Efas, bezahlen die Kantone nichts an die Vertragsspitäler. Wenn die Krankenversicherer mit Efas künftig 75 Prozent der Kosten übernehmen würden, wäre das gegenüber heute eine kleine Besserstellung im stationären Bereich. Es gibt aber auch eine Schlechterstellung, weil sich die Artikel auf sämtliche Leistungen beziehen. Das heisst also, auch ambulante Leistungen werden künftig zu 75 Prozent und nicht mehr wie heute zu 100 Prozent zurückerstattet. Die Erhöhung im stationären Bereich auf 75 Prozent wird durch die Reduktion von 100 Prozent auf 75 Prozent im ambulanten Bereich kompensiert.

Der Effekt von Efas ist also der, dass der höhere Beitrag an stationäre Leistungen der Vertragsspitäler durch tiefere Beiträge im ambulanten Bereich bei Weitem ausgeglichen wird. Die Kantone und die Krankenversicherer werden also nicht mehr bezahlen müssen. Efas hat insgesamt einen prämiendämpfenden Effekt, fördert die integrierte Versorgung und stellt ambulante und stationäre Behandlungen gleich. Wir sollten deshalb bei der Fassung unseres Rates bleiben.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich möchte Sie einladen, meiner Minderheit bei Artikel 59abis zu folgen. Es geht um die Kontrolle der Spital- und Arztrechnungen. Hier sind die Versicherer zuständig. An dieser Zuständigkeit soll sich auch nichts ändern, aber eine individuelle Rechnungskontrolle, wie sie von meiner Minderheit gefordert wird, soll das gegenwärtige System ergänzen, indem unabhängige Patientinnenverbände einbezogen werden können und es ihnen erlaubt sein soll, subsidiär zu intervenieren.

Patientenverbände erhalten immer mehr Anfragen von Versicherten, eine KVG-Rechnung zu prüfen. Es ist ein gesteigertes Bewusstsein für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu spüren und auch eine Bereitschaft, sich als Patientin aktiv zu beteiligen, um unnötige oder ungerechtfertigte Kosten zu vermeiden. Die Komplexität der Arztrechnungen und der Mangel an individueller Beratung durch die Versicherungen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten ungerechtfertigte Rechnungen für nicht erbrachte Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen. Auch die Krankenkassen und die Kantone übernehmen ungerechtfertigte Kosten. Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass eine verstärkte Einzelrechnungskontrolle ein grosses Sparpotenzial aufweist. In Deutschland beispielsweise führten laut dem vom Bundesrat in Auftrag gegebenen Expertenbericht 50 Prozent der geprüften Rechnungen zu Forderungen und Rückerstattungen. Diese Massnahme hat zu Einsparungen von 3,6 Prozent der Spitalausgaben geführt, also zur Einsparung von Milliardenbeträgen.

Zu meiner zweiten Minderheit bei Ziffer III Absatz 10: Wir wissen, dass die Einführung von Efas für die Kantone ganz unterschiedliche Auswirkungen haben wird, je nachdem, wie stark die "Ambulantisierung" im entsprechenden Kanton fortgeschritten ist. Es wird also einige Kantone geben, die bei den Steuergeldern entlastet, aber bei den Prämien stärker belastet werden.

Efas hat ganz unterschiedliche Wirkungen auf die Verschiebung von Prämien hin zu Steuergeldern und umgekehrt – eben je nach Situation. Ich gebe Ihnen ein Beispiel aus meinem Kanton: In Bern wird allein die Einführung von Efas, also nur die Einführung eines neuen Finanzierungssystems, zu einer Mehrbelastung von 70 Millionen Franken an Prämiegeldern führen. Der Kanton wird um den gleichen Betrag, um 70 Millionen Franken, entlastet. Andere Kantone werden mehr belastet, und dafür sinken die Prämien.

Ich möchte hier mit meiner Minderheit in den Übergangsbestimmungen sicherstellen, dass die Kantone rein aufgrund der Einführung von Efas ihr Engagement bei den Prämienverbilligungen, das wir ja als ungenügend kritisieren, in den ersten fünf Jahren nach Inkrafttreten der Vorlage nicht zurückfahren dürfen.

Ich danke Ihnen, wenn Sie meine Minderheitsanträge annehmen.



Mäder Jörg (GL, ZH): Ich nehme zuerst zu meinen Minderheitsanträgen und anschliessend für die Fraktion Stellung.

Zu den beiden Minderheitsanträgen: Ich habe in beiden Fällen die Linie des Ständerates aufgenommen. Man kann, ja man soll über die Rolle der Kantone im Gesundheitswesen diskutieren. Ich fordere Sie sogar aktiv dazu auf. Wir müssen sie in Bezug auf die Digitalisierung, das EPD, die Planung und vieles mehr überdenken. Die starre Aufteilung zwischen Bund und Kantonen mag funktioniert haben. In der heutigen Zeit ist sie aber mehr Hindernis als Klärung. Hier und jetzt müssen wir für einen guten Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung sorgen, bei dem alle an Bord bleiben. Deshalb bitte ich Sie, dem Weg des Ständerates zu folgen. Und nein: Komplett von der Welt sind die Beschlüsse des Ständerates bei Weitem nicht – im Gegenteil.

Beim ersten Minderheitsantrag zu Artikel 60 Absatz 7 geht es um die Rechnungskontrolle. Der Ständerat will zu Recht ein zuverlässigeres System, das sicherstellt, dass nur echte, bezahlte Rechnungen behandelt werden und nicht etwa falsche, die aus irgendwelchen Gründen, absichtlich oder unabsichtlich, nicht korrekt sind. Neu werden die Versicherer die gesamte Rechnung nach der eigenen, internen Kontrolle bezahlen. Danach ist der richtige Moment, die Kantone mit einzubeziehen – vorher nicht. Neue Prozesse braucht es in beiden Fällen, auch mit dem Mehrheitsantrag. Das ist also kein Gegenargument.

Die Versicherer haben sich nicht gegen diesen Ansatz ausgesprochen. Zudem sind Versicherer im Umgang mit Rechnungen und Administration viel versierter. Das ist ihr Kernbusiness. Die Spitäler haben ihr Kernbusiness in der Behandlung. Also auch von dieser Warte aus ist das ein sinnvoller Ablauf.

Beim zweiten Minderheitsantrag zu Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter geht es um die Einsprachemöglichkeiten der Kantone. Der Ständerat ist darum bemüht, alle Player an Bord zu haben. Es geht also nicht darum, dass einige sehr glücklich, sondern darum, dass alle zufrieden sind. Ich verstehe die Opposition durchaus. Aber es ist der falsche Zeitpunkt. Für die Kantone sind Rechnungskontrolle, Wohnsitz und in letzter Instanz Einsprachemöglichkeiten wichtig, um ihre Funktion wahrzunehmen.

Mag sein, dass das in zehn Jahren ganz anders aussehen wird, wenn das Gesundheitssystem endlich digitalisiert ist, der Fokus auf der Qualität und nicht mehr auf der Quantität liegt und wir agieren statt reagieren. Heute aber ist das noch nicht der Fall. Wir müssen für alle Beteiligten einen Weg dorthin aufzeigen, Schritt für Schritt. Ansonsten wird sich jeder wieder in sein Gärtchen zurückziehen und schmolle. Es ist daher zentral, dass die Kantone ihre aktuelle Rolle auch mit der Umsetzung der Vorlage noch wahrnehmen können – eins nach dem anderen.

Ich komme nun zur Stellungnahme der grünliberalen Fraktion zu den übrigen Mehrheits- und Minderheitsanträgen. Die Empfehlungen der Grünliberalen in diesem Block folgen der gleichen Prämisse wie bei Block 1: Die Blockaden und Fehlanreize in unserem eigentlich recht guten Gesundheitssystem müssen bekämpft werden. Aus diesem Grund sind wir hier auf der Linie des Ständerates, damit nicht noch mehr Diskussionen aufkommen, die nur wieder Nein-Allianzen Auftrieb geben könnten. Insbesondere möchte ich daran erinnern, dass die Vorlage das Thema nicht für zehn oder zwanzig Jahre erledigen wird. Dafür ist das Thema Gesundheit schlicht und einfach viel zu dynamisch, speziell jetzt mit der längst überfälligen Digitalisierung, dem Fachkräftemangel in der Pflege, dem Aufkommen der künstlichen Intelligenz, der Gefährdung der Versorgungssicherheit und, und, und. Wir werden also weiterhin an diesem Thema arbeiten müssen.

Wir müssen aber endlich aufhören, ewig über die bestmögliche Lösung zu diskutieren. Um eine brauchbare Umsetzung, genau darum geht es hier. Nichtstun wird uns auch hier am Schluss am meisten kosten, auch wenn wir es im ersten Moment noch nicht bemerken. Oder wie es so schön heisst:

AB 2023 N 1598 / BO 2023 N 1598

Haben wir etwas Mut zur Lösung, oder, noch besser: Haben wir viel Mut zur Lösung!

Bei Artikel 18 – es geht dort um die technische Abwicklung – unterstützen wir die Mehrheit, also den Ständerat. Er hat sich für eine starke Rolle der gemeinsamen Einrichtung entschieden. Sie soll die verschiedenen Anteile und damit auch die Geldflüsse berechnen. Für gegenseitiges Verständnis, ja gar Vertrauen ist eine gemeinsame Einrichtung ein besserer Weg als einzelne Versicherer. In einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen ist das richtig. Zudem ist eine schlanke Umsetzung dieses Ansatzes angebracht.

Bezüglich der Vertragsspitäler – ich spreche zum Antrag der Minderheit de Courten zu Artikel 49a Absatz 2 – sollten wir der Linie des Ständerates folgen. Diese verhindert, dass die Vertragsspitäler gestärkt werden, was höchstwahrscheinlich mit einem Kostenwachstum von 100 bis 150 Millionen Franken verbunden wäre. Dass die Finanzierung von privaten Spitälern, Vertragsspitalern, öffentlichen Spitälern usw. nicht ganz einfach ist, ist klar. Hier ist aber der falsche Ort, um das auszudiskutieren.

Das Thema Rechnungskontrolle – Artikel 59a – haben wir bereits beim Kostendämpfungspaket diskutiert, leider erfolglos. Soll man das nochmals diskutieren, hoffentlich mit neuen Ansätzen und Erkenntnissen? Falls



ja, dann bitte im Rahmen eines separaten Vorstosses und nicht als Teil eines anderen, im Speziellen nicht als Teil von Efas.

Die beiden Minderheitsanträge Mäder habe ich bereits vorgestellt und begründet.

Der Antrag der Minderheit II (Silberschmidt) zu Artikel 60 Absatz 7 ist klar abzulehnen. Wie schon gesagt, sollten wir die Rolle der Kantone diskutieren. Diesen einzelnen Punkt aber vorwegzunehmen, ist der Vorlage nicht förderlich.

Zu guter Letzt lehnen wir auch den Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia zu Ziffer III Absatz 10 ab. Das Thema Prämienverbilligung haben wir gestern diskutiert, leider nicht sehr konstruktiv. Innerhalb von Efas ist das Anliegen dieses Minderheitsantrages ein Fremdkörper, der nur Allergien auslösen würde.

Wie ich schon in Block 1 gesagt habe: Efas ist nicht primär eine Sparvorlage, sondern eine Aufräumvorlage – und es braucht dieses Aufräumen. Seien wir ehrlich, auch in unserem eigenen Leben ist es oft so, dass wir zuerst aufräumen müssen, bevor es mit anderen Schritten weitergehen kann; ansonsten hätten diese keine Chance.

Danke für Ihre Unterstützung.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Bei der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen geht es ja primär um eine Entflechtung der Aufgaben wie auch der Finanzierung. Mir persönlich, meiner Minderheit und auch der FDP-Liberalen Fraktion ist es ein Anliegen, dass wir diese Entflechtung eben auch konsequent vollziehen. Das ist auch dringend notwendig. In der Gesundheitspolitik oder im Gesundheitswesen generell in der Schweiz sprechen sehr viele Akteure bei sehr vielen verschiedenen Themen mit, und es ist oftmals unklar, wer genau wo und wie das Sagen hat. Dies führt zu Unklarheiten, zu Mehrkosten, zu Doppelspurigkeiten, aber auch zu Fehlanreizen. So soll die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Krankenversicherung genau dazu führen, dass Fehlanreize beseitigt werden, sodass mehr Leistungen ambulant angeboten werden und nicht mehr stationär. Das kommt uns allen einerseits gesundheitlich, andererseits aber auch im Portemonnaie zugute.

Wenn man jetzt über die Kompetenzen spricht, dann ist zumindest für die Politik klar, dass die Kantone am kompetentesten sind, wenn es um die Planung geht, um die Steuerung. Die Kantone können in ihrem Hoheitsgebiet vorsehen, wer für die Abrechnung über die OKP zugelassen wird und wie die Spitalplanung aussieht.

Eine andere Kernkompetenz im Gesundheitssystem ist die Rechnungskontrolle. Das ist üblicherweise eine Kompetenz der Versicherungen. Hier geht es darum, zu prüfen, ob die Leistungen, die abgerechnet werden, auch zulasten der obligatorischen Versicherung abgerechnet werden dürfen. Falls nicht, würde die Versicherung intervenieren. Heute ist es so, dass die Versicherungen über 100 Millionen Rechnungen pro Jahr kontrollieren. Sie tun das systematisch mit spezialisierten Programmen. Das kann man gar nicht mehr alles von Hand leisten.

Weil die Kantone einen Beitrag an stationäre Leistungen bezahlen, erhalten sie im heutigen System auch noch eine Rechnungskopie. Das mag im bisherigen System, in dem die Rollen nicht entflochten sind, Sinn ergeben, ist aber im neuen System unserer Meinung nach nicht mehr notwendig. Im neuen System nehmen wir Kantone wie Versicherungen gleichmässig in die Pflicht, zu finanzieren, wollen aber die Kompetenzen auch klar dort lassen, wo sie sind. Wir wollen, dass einerseits die Versicherungen die Kompetenz zur Rechnungskontrolle für ambulante wie auch für stationäre Leistungen behalten und sich andererseits die Kantone auf die Steuerung und auf die Planung fokussieren.

Unserer Meinung nach ergibt es keinen Sinn, den Kantonen die Rechnungen für stationäre Leistungen zuzuschicken, aber jene für ambulante nicht. Wir sind uns ja einig, dass die Kantone nicht von allem eine Rechnungskopie erhalten sollen. Wenn wir das System entflechten wollen, ist es etwas willkürlich, zu sagen, dass sie von den Rechnungen stationärer Leistungen Kopien erhalten, bei den ambulanten Leistungen aber den Versicherungen vertrauen müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meine Minderheit II zu unterstützen. Wir müssen schauen, dass dieser Kompromiss, der hoffentlich bis Ende Jahr durch beide Räte verabschiedet wird, nicht gefährdet wird. Wir haben uns sehr kompromissbereit gezeigt, wenn es darum geht, die Pflege in Efas zu integrieren, finden aber auch, dass man das Fuder nicht überladen und die Bürokratie nicht mit Rechnungskopien an die Kantone überstrapazieren sollte. In diesem Sinne bitte ich Sie, meine Minderheit II zu unterstützen.

Was die restlichen Anträge betrifft, wird die FDP-Liberale Fraktion mit einer Ausnahme überall der Mehrheit folgen. Die eine Ausnahme ist der Minderheitsantrag de Courten, bei dem es um die Vergütung für Vertragsspitäler geht. Hier wird die FDP-Liberale Fraktion die Minderheit de Courten unterstützen. Für uns ist klar, dass dieser Minderheitsantrag den Wettbewerb unter den öffentlichen und privaten Spitälern stärken wird. Sofern die Leistung eines Spitals von der Grundversicherung gedeckt wird und es sich um ein Spital handelt, das auf



der Spitalliste ist, sollen die Versicherten ein Anrecht darauf haben, dass sich die Kostenbeteiligung gleichmässig gestaltet – sei es ein öffentliches oder ein privates Spital, das diese Leistung erbracht hat. In diesem Sinne würde es mich freuen, wenn Sie ebenfalls diese Meinung vertreten.

Weichelt Manuela (G, ZG): Beim Antrag der Minderheit II (Weichelt) geht es um die Beschwerderechte der Kantone. Erachtet ein Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, dann darf er unter bestimmten Voraussetzungen eine Beschwerde machen. Analog zur Minderheit I (Mäder) und analog zum Ständerat will die Minderheit II, dass die Kantone Beschwerde erheben können, wenn erstens der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt, zweitens ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird, drittens die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden. Die Minderheit II möchte aber, dass ein Kanton auch in einem vierten Punkt Beschwerde erheben darf, nämlich wenn der Leistungserbringer Auflagen im Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag nicht einhält.

Es handelt sich also um eine sehr wichtige Abstimmung. Sie entscheiden mit dieser Abstimmung, ob die Kantone eine Beschwerde machen können, wenn ihre eigenen Auflagen von den Leistungserbringenden nicht eingehalten werden – eigentlich eine Selbstverständlichkeit, würde man meinen. Wenn man die Einhaltung der Auflagen rechtlich nicht einfordern kann, dann machen wir die Kantone zu Marionetten, die nicht mehr ernst genommen werden. Wollen wir Kantone als Marionetten? Ich glaube nicht.

Besten Dank für die Unterstützung der Minderheit II (Weichelt).

AB 2023 N 1599 / BO 2023 N 1599

Bircher Martina (V, AG): In Block 2 geht es um die technische Abwicklung der einheitlichen Finanzierung. Daraus ergeben sich viele Fragen. Bis anhin zahlten die Kantone nur für die stationären Aufenthalte, neu auch für die ambulanten Behandlungen. Daraus ergeben sich Fragen zur Kontrollaufgabe der Kantone und zur Datenweitergabe der Versicherer. Dann stellen sich aber eben auch Fragen bezüglich des Umgangs mit den Vertragsspitälern. Entsprechend liegen diverse Minderheitsanträge vor.

Zuerst zum Antrag der Minderheit Glarner zu Artikel 18 Absatz 2sexies: Die SVP-Fraktion ist der Ansicht, dass diese Minderheit zu unterstützen ist, weil wir nicht noch einen autonomen Ausschuss brauchen, mit welchem wir die Bürokratie nur zusätzlich ausbauen.

Zu Artikel 49a Absatz 2 liegt ein Minderheitsantrag der Courten bezüglich Vergütung der Vertragsspitäler vor. Die Beibehaltung einer differenzierten Finanzierung zur Deckung der Leistungskosten von Vertragsspitälern ist im Hinblick auf das angestrebte Ziel nicht gerechtfertigt. Die Anwendung einer einheitlichen Finanzierung auch auf diese Art von Spitälern ermöglicht es nämlich, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu stärken, was letztlich zu Kosteneinsparungen führt. Auch werden die öffentlichen Spitäler für ihre gemeinwirtschaftlichen Leistungen bereits separat und zusätzlich aus Steuergeldern entschädigt.

Ein Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia zu Artikel 59abis bezüglich individueller Rechnungskontrolle fordert, dass versicherte Personen sich an eine Patientenorganisation wenden können, die Finanzhilfen beantragen können. Die SVP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia ab. Schon heute steht es jeder Person frei, sich an eine Patientenorganisation zu wenden. Ebenfalls kann jede Person in der Schweiz eigenverantwortlich beispielsweise eine Rechtsschutzversicherung abschliessen.

Bei Artikel 60 Absatz 7 bestehen zwei Minderheitsanträge zur Rechnungskontrolle. Die Versicherer sollen den Kantonen unverzüglich Zugriff auf alle Rechnungen zu stationären Leistungen ermöglichen. Ein Teil der SVP-Fraktion unterstützt die Minderheit II (Silberschmidt), welche diese Rechnungskontrolle streichen will. Die SVP-Fraktion sieht dies als Aufgabe der Krankenkasse.

Es gibt weiter die Minderheit I (Mäder) bei Artikel 60 Absatz 7. Eine Übertragung der systematischen Rechnungskontrolle an die Kantone oder an eine zentrale Organisation ist eine Kernaufgabe der Krankenversicherer. Auch sind teure Doppelspurigkeiten bei der Rechnungskontrolle zu vermeiden.

Wir lehnen ebenfalls den Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia zu Ziffer III Absatz 10 ab. Er will vorschreiben, dass die Prämienverbilligung nicht sinken darf, selbst wenn die Kosten anteilmässig sinken würden. Diesen Minderheitsantrag lehnt die SVP-Fraktion ab; die Kantone entscheiden selber, wie viel Prämienverbilligung sie zur Verfügung stellen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Bei Artikel 18 sind wir Grünen bei der Mehrheit. Hier geht es unserer Meinung nach um ein Minimum, nämlich darum, dass die Kantone in diese gemeinsame Einrichtung, die entstehen soll, mit eingebunden werden.

Seitens der Kantone wird mit Efes sehr viel an die Krankenkassen bezahlt. Gemäss dem neuen Konzept sollen die Kantone auch in die Tarifgebung mit eingebunden sein; sie sollen also nicht nur zahlen, sondern auch mit-



entscheiden. Für uns ist das wirklich ein Minimum. Wir meinen eigentlich, dass deutlich mehr demokratischer Einbezug, deutlich mehr demokratische Mitbestimmung und deutlich mehr demokratischer Einfluss gewährt werden müssten als das, was uns hier vorliegt.

Einig sind wir uns: Eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen ist nicht infrage gestellt. Das müsste klar sein. Nicht ersichtlich ist aber, warum das Geld an die Krankenkassen und nicht direkt an die Leistungserbringenden mit einem Leistungsauftrag gehen soll. Aber immerhin, wie erwähnt: Die Kantone müssen eingebunden sein.

Bei Artikel 49a sind wir ebenfalls bei der Mehrheit. Auch das ist ein wichtiger Artikel für uns. Wir wollen keine Übersteuerung der kantonalen Spitalplanung, und wir wollen auch keine Übervorteilung der Privatspitäler. Diese sind schon heute privilegiert und können rentieren, weil sie ein Minimum an Allgemeinpatienten und -patientinnen und ein Maximum an Privatpatienten und -patientinnen aufnehmen, und bei Komplikationen können sie sie abgeben, beispielsweise an ein Unispital. Wir wollen hier eine klare Festlegung mit einer Vergütung von maximal 45 Prozent.

Auch Artikel 59abis zur individuellen Rechnungskontrolle ist für uns ein zentraler Punkt. Wir wollen den versicherten Personen die Möglichkeit geben, die Rechnung durch eine Patienten- und Patientinnenorganisation überprüfen zu lassen, weil die Rechnungen nicht immer sehr einfach zu lesen sind. Für viele sind sie unverständlich. Das sät Zweifel, und das ist nicht gut für das Gesundheitssystem. Mit der Überprüfung durch eine Patienten- und Patientinnenorganisation könnten wir sehr viel Ruhe für die Patienten und Patientinnen bewirken. Selbstverständlich müssen dann diese Leistungen bezahlt werden können, und es braucht einen klaren Leistungsauftrag und die Dateneinsicht. Hier unterstützen wir die Minderheit Wasserfallen Flavia.

Bei Artikel 60 Absatz 7 unterstützen wir die Minderheit I (Mäder) bzw. folgen wir dem Beschluss des Ständerates. Es sollte doch eine Selbstverständlichkeit sein, dass die Versicherer ihre Daten unverzüglich an die Kantone weiterleiten, damit diese eine Übersicht erhalten.

Bei Artikel 60 sind die Absätze 7bis und 7ter für uns auch wichtig. Die Kantone müssen selbstverständlich die Möglichkeit haben, es beanstanden zu können, wenn Leistungen nicht regelkonform erbracht werden. Im schlimmsten Fall sollen sie sogar eine Beschwerde einreichen können. Für uns ist hier die Minderheit II (Weichelt) die erste Priorität, weil es hier um die Qualität geht. Wenn diese von Leistungserbringenden nicht eingehalten wird, muss eine Beschwerde möglich sein. In zweiter Priorität – das wäre quasi das Minimum – würden wir die Minderheit I (Mäder) unterstützen.

Zum Abschluss zu Ziffer III Absatz 10: Für uns ist klar, dass wir mit dieser Vorlage keine Verschlechterung bei den Krankenkassenprämienverbilligungen wollen. In den letzten zehn Jahren haben verschiedene Kantone immer weniger bezahlt – für viele zu wenig, das ist leider eine Realität. Das Mindeste muss es sein, das zu behalten, was die Kantone heute leisten, es darf nicht noch weniger werden.

Wir bitten Sie, unseren Anträgen zu folgen.

Rechsteiner Thomas (M-E, AI): Die Mitte-Fraktion setzt sich für Efas ein. Seit der Einreichung der parlamentarischen Initiative Humbel im Jahr 2009 haben wir Efas immer unterstützt. Die Mitte-Fraktion wird auch weiterhin für die Kostenbremse und Kostendämpfung im Gesundheitswesen eintreten.

Die Krankenkassenprämien fressen ein immer grösseres Loch in die Portemonnaies des Mittelstandes und der Familien. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine der Hauptsorgen der Bevölkerung. Wir wollen uns für ein qualitativ hochstehendes, aber zugleich bezahlbares Gesundheitswesen für alle einsetzen. Eine zentrale Massnahme dazu ist die einheitliche Finanzierung im Gesundheitswesen. Uns ist es wichtig, das vorliegende Geschäft fertig zu beraten und es nicht zu überladen, damit dieser wichtige Schritt endlich getan werden kann.

Zu den Differenzen: Bei der technischen Abwicklung des Finanzierungsmodells – wir sind bei Artikel 18 Absatz 2sexies – unterstützen wir die Mehrheit und folgen damit dem Ständerat. Die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrages sowie die Verteilung auf die Versicherer machen unseres Erachtens Sinn. Dass die Kantone da auch mitreden können, unterstützen wir. Der autonome Ausschuss unter Beteiligung der Kantone ist die entsprechende Konsequenz daraus.

Bei der Abgeltung der stationären Leistungen an die Spitäler – Artikel 49a Absatz 2 – ist die Mitte-Fraktion gespalten. Einerseits gibt es gute Gründe, der Minderheit de Courten zuzustimmen, z. B. die Gleichstellung von Listen- und Vertragsspitälern beim Finanzierungsanteil der OKP. Vertragsspitäler unterliegen im gesundheitspolizeilichen Bereich, z. B. in Bezug auf Qualität und Zulassung, auch den gleichen KVG-Vorschriften wie die Listenspitäler. Vertragsspitäler verfügen



auch nicht über das Privileg kantonaler Leistungsaufträge und staatlicher Finanzierung, also Vorhalteleistungen, und müssen sich im Wettbewerb über Qualität und Kosteneffizienz auszeichnen. Andererseits haben Vertragsspitäler eben eine andere Ausgangslage bei den Leistungen, sie könnten im neuen Modell wesentlich mehr Einnahmen generieren, als dies heute der Fall ist. Deshalb ist die Mitte-Fraktion gespalten.

Die Minderheit Wasserfallen Flavia bei Artikel 59abis unterstützen wir nicht und folgen der Mehrheit. Die Administration, die Kosten und auch die Dauer bis zur Bezahlung der Rechnung steigen massiv an, wenn eine Patientenschutzorganisation als Anlaufstelle für eine Rechnungsprüfung angerufen werden kann. Dass diese Organisationen unter gewissen Umständen dann auch noch Finanzhilfe vom EDI erhalten sollen, hilft nicht, die gesamten Kosten zu senken. Diesen Umweg wollen wir den Versicherten wie den Patientenschutzorganisationen ersparen – und dem Bund die daraus entstehenden Mehrkosten.

Zur Rechnungskontrolle: Wir von der Mitte-Fraktion wollen nicht, dass die Versicherer den Kantonen Kopien der Rechnungen für die Spitalbehandlungen zustellen müssen. Die Rechnungsersteller, also die Spitäler, sollen das direkt vornehmen können. Allerdings ist auch hier der Grundsatz "Wer zahlt, befiehlt" nicht ganz falsch. Mit dem Antrag der Mehrheit wurde ein Kompromiss gefunden, welcher den Kantonen entgegenkommt und für die Planung der Versorgung genügt. Die Mitte-Fraktion wird bei Artikel 60 Absatz 7 fast einstimmig der Mehrheit folgen.

Die Möglichkeit zur Verweigerung der Kostenübernahme durch Kantone, falls formelle Voraussetzungen nicht erfüllt sind, unterstützen wir nicht und werden deshalb bei Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter der Mehrheit folgen. Bei den Übergangsbestimmungen werden wir bei Ziffer III Absatz 10 der Mehrheit folgen. Die Prämienverbilligung durch die Kantone soll nicht eingefroren werden für den anzunehmenden positiven Fall, dass die Kosten sinken, oder anders gesagt: Wenn die Kosten tatsächlich sinken, haben wir das Hauptziel erreicht, was dann bei den Prämienzahlern auch direkt ankommen muss. Dafür setzt sich die Mitte-Fraktion ein.

Gysi Barbara (S, SG): Ich spreche für die SP-Fraktion zu Block 2. Ich beginne mit Artikel 18 Absatz 2sexies, mit dem Minderheitsantrag Glarner, der sich ja auf die technische Abwicklung des Finanzierungsmodells bezieht. Hier möchte ich Sie namens unserer Fraktion bitten, der Mehrheit und dem Ständerat zu folgen. Ein genügender Einbezug der Kantone ist uns wichtig, da mit Efas neu nicht nur im stationären, sondern eben auch im ambulanten Bereich mit öffentlichen, also mit Steuermitteln mitfinanziert wird. Die Kantone müssen die Gewähr haben, dass die öffentlichen Mittel korrekt eingesetzt werden; das ist auch im Sinne der Steuerzahlenden. Die SVP-Fraktion hat es heute Nachmittag schon einmal gesagt: Offensichtlich will sie hier den Kantonen gewisse Möglichkeiten, das gut zu prüfen, nicht geben.

Artikel 49a Absatz 2, die Vergütung der Vertragsspitäler, ist für uns ein absolut zentraler Punkt in Block 2. Hier bitte ich Sie ebenfalls, der Mehrheit und dem einstimmigen Ständerat zu folgen, der in dieser Frage keinen Minderheitsantrag vorliegen hatte. Es kann nicht sein, und es ist nicht nachvollziehbar, dass Vertragsspitäler mit zusätzlichen Prämiegeldern finanziert, also gegenüber der heutigen Situation bessergestellt werden sollen; das hat mit Efas eigentlich nichts zu tun. Es kann nicht sein, dass der Kostenanteil, der über die Prämien finanziert wird, jetzt einfach um fast 60 Prozent ansteigen soll. Es kann nicht sein, dass mit dem Prämiengeld einer Handwerkerin oder einer Reinigungsfachfrau jetzt plötzlich zusätzliche Abgeltungen für Vertragsspitäler, für Privatspitäler finanziert werden – für Spitäler notabene, die keine Aufnahmepflicht haben. Es kann nicht sein, dass hier zusätzliches Prämiengeld hinfließt. Ich möchte Sie wirklich sehr bitten, hier beim Status quo zu bleiben. Es wurde von der Sprecherin der grünen Fraktion auch gesagt: Wenn Sie hier die Vertragsspitäler besserstellen, dann unterlaufen Sie die Spitalplanung der Kantone. Das kann es ja auch nicht sein.

Bei Artikel 59abis möchte ich Sie bitten, die Minderheit Wasserfallen Flavia zu unterstützen. Die individuelle Rechnungskontrolle ist wichtig. Sie alle haben sicher auch schon einmal eine Spitalrechnung oder eine Rechnung für eine ambulante Leistung gesehen; diese Rechnungen sind nicht immer selbsterklärend. Da ist es eben wichtig, dass ein Mensch Beratung bekommen kann. Das ist Aufgabe der Patientinnenorganisationen, die dafür aber auch mit öffentlichen Mitteln entschädigt werden sollen.

Bei Artikel 60 Absatz 7 möchte ich Sie bitten, der Minderheit I (Mäder) zu folgen und den Antrag der Minderheit II (Silberschmidt) abzulehnen. Wir unterstützen es, dass die Kantone im ambulanten und im stationären Bereich Zugang zu den Rechnungen erhalten. Es geht ja wirklich um Kontrollmöglichkeiten.

Bei Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter bitte ich Sie, die Minderheiten zu unterstützen, und zwar in erster Linie die Minderheit II (Weichelt) und in zweiter Linie die Minderheit I (Mäder). Es braucht auch hier Spielraum für die Kantone, damit sie handeln können, wenn die formellen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Zum Schluss bitte ich Sie, die Minderheit Wasserfallen Flavia bei Ziffer III Absatz 10 zu unterstützen. Es kann nicht sein, dass diese Vorlage dazu führt, dass sich die Kantone allenfalls bei der Prämienverbilligung zurückziehen. Es besteht immer noch ein sehr unsoziales System bei der Finanzierung der Krankenkassenprämien.



Dem möchten wir einen Riegel verschieben. Es gibt Kantone, die heute für die Prämienverbilligung weniger bezahlen als vor zehn Jahren. So etwas darf mit dieser Vorlage nicht passieren.

Berset Alain, président de la Confédération: J'aimerais me concentrer sur deux points qui me paraissent importants dans ce bloc 2.

Le plus important est sans conteste la question des hôpitaux conventionnés. Aujourd'hui, ces derniers sont financés par l'assurance obligatoire des soins, à hauteur de maximum 45 pour cent. La majorité de votre commission a proposé de reprendre la décision du Conseil des Etats afin de maintenir la part de financement à 45 pour cent. A l'inverse, la minorité de Courten propose de maintenir la décision du Conseil national de 2019, et donc d'augmenter la part de financement des hôpitaux conventionnés à environ 75 pour cent.

J'aimerais vous inviter à suivre clairement la majorité de votre commission avec trois arguments principaux. Premièrement, en augmentant la part qui devrait être payée aux hôpitaux conventionnés, on a comme incidence directe sur les primes 100 à 150 millions de francs par année. Cela n'est pas opportun et pas nécessaire. Deuxièmement, cette hausse des primes de 100 à 150 millions de francs par année, d'un coup, aurait comme conséquence d'augmenter automatiquement les contributions de la Confédération à la réduction des primes. Cela n'est pas non plus opportun. Troisièmement, en réduisant la différence entre les hôpitaux listés et les hôpitaux conventionnés – toute chose étant égale par ailleurs –, on affaiblirait massivement la portée des planifications hospitalières cantonales. On peut discuter de l'outil de la planification hospitalière cantonale. On peut mener ce débat. Si vous voulez la modifier, il faut la modifier; si vous voulez la supprimer, il faut la supprimer et dire par quoi la remplacer. Mais en affaiblir massivement la portée dans le cadre de ce projet, qui n'était pas pensé pour cela, paraît aussi inopportun au Conseil fédéral.

Pour ces raisons, nous avons beaucoup travaillé, depuis trois ans, notamment avec le Conseil des Etats, pour corriger ou vous proposez de corriger cette décision remontant à 2019. Votre commission a reconnu la pertinence de ces arguments et propose de laisser les choses comme elles le sont aujourd'hui et de ne pas profiter, en passant, de ce projet.

Ce projet est essentiel pour le système de santé; il est extrêmement important. Ce n'est pas très juste d'en profiter pour changer, en passant, un élément qui a les conséquences dont je viens de vous parler, et qui notamment affaiblirait la planification hospitalière cantonale. Cela vous surprendra peut-être que je m'engage à ce point pour le rôle des cantons dans le domaine de la santé, mais la Confédération et

AB 2023 N 1601 / BO 2023 N 1601

les cantons sont dans le même bateau en matière de gestion de la santé et de gestion des coûts de la santé. C'est de loin le point le plus important et j'aimerais donc vous inviter sur cet élément à suivre la majorité de votre commission et à rejeter la minorité de Courten. J'aimerais aussi vous rappeler qu'au Conseil des Etats la décision de ne pas toucher à cet élément, de le laisser tel qu'il est aujourd'hui et tel qu'il fonctionne aujourd'hui, a été prise à l'unanimité. Cela doit quand même aussi vous pousser à mener quelques réflexions; ce n'est pas un hasard si dans ce domaine le Conseil des Etats a pris une décision aussi claire. Votre commission vous propose de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, ce que le Conseil fédéral vous invite aussi à faire clairement aujourd'hui.

Le second point sur lequel je souhaiterais intervenir concerne l'accès aux données pour les cantons et les possibilités de contestation. Je ne veux pas entrer dans les détails, mais simplement vous dire que le Conseil fédéral soutient la proposition du Conseil des Etats. En fait, au cours des travaux de votre commission, elle a été reprise par la minorité I (Mäder). Il s'agit d'un compromis qui nous paraît stable, solide et sensé; il prévoit que les cantons peuvent vérifier certaines conditions formelles de prise en charge des coûts telles que le respect du mandat de prestations, qu'ils sont seuls en mesure de faire, sans toutefois recevoir 130 millions de francs de factures supplémentaires du domaine ambulatoire. C'est un élément qui nous paraît important.

J'aimerais donc vous inviter, au nom du Conseil fédéral, pour ce second point, à soutenir la proposition I (Mäder).

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans le bloc 2, nous commençons par discuter du déroulement technique du modèle de financement, à l'article 18 alinéa 2sexies. Ici, la minorité Glarner propose de maintenir la version de notre conseil; cette approche a été refusée par 14 voix contre 7 et 3 abstentions. Il s'agissait d'établir les compétences de l'institution commune.

A l'article 49a alinéa 2, on traite des hôpitaux conventionnés. Il s'agit là d'un point qui avait déjà fait l'objet d'un débat houleux en première lecture. Actuellement, les hôpitaux qui ne figurent pas dans la liste de planification hospitalière peuvent être remboursés par les assurances, moyennant une convention. Ils touchent la part



payée par l'assurance obligatoire des soins (AOS), soit 45 pour cent pour les interventions stationnaires. Les interventions ambulatoires sont en principe prodiguées par des médecins autorisés, qui touchent donc l'intégralité de la part AOS et toucheront toujours, demain, cette intégralité, puisqu'ils sont autorisés à pratiquer. Dans le nouveau régime, la part AOS augmente considérablement, à 75 pour cent environ, rendant plus intéressant pour des hôpitaux hors planification de fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Notre conseil avait proposé d'appliquer le nouveau taux, ce qui permettait à beaucoup d'hôpitaux conventionnés de fournir des prestations stationnaires. Le Conseil fédéral proposait, de son côté, de plafonner le taux à 45 pour cent, comme c'était le cas jusqu'à ce jour. Le Conseil des Etats a suivi le Conseil fédéral, inspiré par les cantons à ce sujet.

La majorité de la commission, changeant son fusil d'épaule, propose de suivre maintenant le Conseil des Etats. La minorité de Courten propose, quant à elle, de maintenir la version d'origine. Ce point constitue un aspect central du point de vue des cantons, qui ne souhaitent pas voir les hôpitaux conventionnés travailler davantage à charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour l'administration, cet article entraînerait une augmentation à la charge de l'AOS de 150 millions de francs environ par année et affaiblirait aussi la planification hospitalière cantonale.

Pour la minorité de Courten, un meilleur remboursement des prestations des hôpitaux conventionnés renforcerait la concurrence et ne coûterait pas plus cher, dès lors que les assurés auraient droit à la même participation de l'assurance obligatoire des soins, quel que soit l'hôpital choisi. Par 11 voix contre 11 – donc à égalité – et 3 abstentions, avec la voix prépondérante de la vice-présidente de la commission, la version du Conseil des Etats a finalement été préférée.

A l'article 59a bis, il est question du contrôle individuel des factures. La minorité Wasserfallen Flavia propose d'introduire un contrôle individuel des factures, donc par les patients, avec une aide financière qui, dans ce but, appuie les organisations de patients. Ce point avait déjà été discuté dans le paquet de mesures 1a au Conseil national et a été rejeté par 13 voix contre 9 et 3 abstentions en commission.

A l'article 60 alinéa 7, il s'agit du contrôle des factures, qui fait l'objet d'un grand débat, depuis plusieurs mois, par rapport à Efas. La question de la facturation est centrale pour les cantons. Ils ont en effet en principe défendu la position selon laquelle ils ont besoin des factures, aussi bien dans le domaine ambulatoire, que dans le domaine hospitalier, pour pouvoir contrôler ce qu'ils paient. En revanche, la position de principe des assureurs est tout autre: les cantons ne doivent pas recevoir de factures du tout. Les cantons ont fait savoir qu'ils n'accepteraient pas de ne plus pouvoir maintenir les acquis à l'avenir, c'est-à-dire de ne plus pouvoir au moins contrôler les factures stationnaires. En matière de chiffres, il faut savoir qu'il y a 1,5 million de factures stationnaires contre 130 millions de factures dans le secteur ambulatoire.

Pour la majorité de la commission, les cantons disposent des outils pour contrôler les factures et doivent le faire. Il est ainsi prévu que les hôpitaux doivent adresser une copie de leurs factures aux cantons pour les traitements hospitaliers. Cela n'est par contre pas le cas pour les factures de traitements ambulatoires. Pour la minorité I (Mäder), les assureurs doivent livrer toutes les factures aux cantons. Pour la minorité II (Silberschmidt), les assureurs sont les seuls à même de faire le contrôle de la facturation. C'est même leur tâche principale. Dès lors, ils refusent de livrer ces données.

La proposition défendue par la minorité I (Mäder), dont le but est un accès total, a été rejetée par 15 voix contre 10. La proposition défendue par la minorité II (Weichelt), dont le but est de ne donner aucun accès à, quant à elle, été rejetée par 15 voix contre 4 et 4 abstentions.

A l'article 60 alinéas 7bis et 7ter, il est question de la possibilité, pour les cantons, de refuser la prise en charge des coûts si les conditions formelles ne sont pas remplies. Le Conseil des Etats a prévu ici la disposition applicable en cas de contestation par les cantons des prestations facturées par les assurances. La procédure est aussi prévue à l'alinéa 7ter.

Si la majorité de la commission a accepté le principe du contrôle des factures dans une forme allégée, la sanction n'a pas été admise. La minorité I (Mäder) vous invite à suivre le Conseil des Etats, soit à maintenir la sanction. Cette proposition a été rejetée par 14 voix contre 11. La minorité II (Weichelt) propose, quant à elle, de maintenir la procédure, mais de la compléter avec la possibilité d'un recours au cas où le fournisseur de prestations ne remplirait pas le mandat de prestations. Cette proposition a été rejetée par 7 voix contre 17.

Enfin, au chiffre III alinéa 10, il est question de la prescription pour les cantons en matière de réduction individuelle des primes. La minorité Wasserfallen Flavia exige que, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, la réduction des primes par les cantons ne diminue pas proportionnellement aux coûts des prestations fournies. Efas aura des effets sur les finances cantonales. L'auteure de la proposition souhaite empêcher les cantons de s'appuyer sur Efas pour diminuer ces réductions individuelles de primes dans un délai de cinq ans. Cette proposition a été rejetée par 8 voix contre 17.



Bläsi Thomas (V, GE): Cher collègue, si l'on augmente le travail des hôpitaux conventionnés, ce qui est l'objectif de la minorité de Courten, qu'en est-il du cas particulier des hôpitaux universitaires? Comme vous le savez, les certifications FMH par spécialité, que ce soit l'ophtalmologie ou la cardiologie, et la capacité à former dépendent du nombre de cas à traiter. Les hôpitaux universitaires ont donc besoin de conserver un nombre de cas minimum pour avoir la certification et la formation dans leur sein. Ce point a-t-il été pris en compte par la commission?

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: La majorité de la commission refuse d'augmenter la part touchée

AB 2023 N 1602 / BO 2023 N 1602

par les hôpitaux conventionnés. Elle ne va donc pas dans le sens de faire davantage pour les hôpitaux conventionnés que ce qui est possible aujourd'hui. Aujourd'hui, les hôpitaux conventionnés touchent 45 pour cent, soit la part payée par l'AOS, pas davantage, en cas de traitements stationnaires exclusivement. Dans la nouvelle version, qui a été retenue par la commission, on reste à 45 pour cent.

La minorité de Courten propose d'augmenter cette part à 75 pour cent, comme ce qui est prévu dans Efas. Par contre, il n'a pas été prévu d'analyser cela sous l'angle de la planification hospitalière, mais uniquement sous l'angle de la concurrence. Le but de la minorité de Courten est de favoriser cette concurrence – M. de Courten, en tant que porte-parole de la minorité, aurait répondu bien mieux que moi à cette question – et de donner plus de pouvoir aux assurances dans le cadre de la signature de conventions avec les hôpitaux.

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: In Block 2 geht es bei den meisten Fragen darum, wie viel Mitsprache die Kantone wünschen, wo die Kommission ihnen entgegenkommt und wo eher nicht. Wir wollen uns an die Vorgaben der Kantone annähern.

Bei Artikel 18 Absatz 2sexies bezüglich der technischen Abwicklung des Finanzierungsmodells ist die Mehrheit der Meinung, dass die gemeinsame Organisation sehr wohl einen Ausschuss bilden kann und soll – mit Einbezug der Kantone, weil sie eben jetzt auch eine neue Aufgabe haben.

Bei Artikel 49a Absatz 2, wo es um die Vergütung der Vertragsspitäler geht, hat die Kommission den von der Minderheit de Courten aufgenommenen Antrag mit 11 zu 11 Stimmen mit Stichentscheid der Präsidentin abgelehnt. Wie schon gehört, wird zum einen die finanzielle Sicht diskutiert, zum andern geht es um die Bedeutung der Vertragsspitäler, was Qualität, Konkurrenz und Gleichbehandlung der Kantone anbelangt. Die Mehrheit empfiehlt Ihnen die Ablehnung des Minderheitsantrages de Courten.

Bei Artikel 59abis, wo es um die individuelle Rechnungskontrolle geht, ist die Mehrheit der Meinung, dass der Minderheitsantrag Wasserfallen Flavia abzulehnen ist. Es ist verständlich, dass die Patientenorganisationen gestärkt werden sollen, aber sie sollten nicht zur Rechnungsprüfung beigezogen werden.

Bei Artikel 60 Absatz 7 und bei den Minderheiten I (Mäder) und II (Silberschmidt) geht es um die Rechnungskontrolle. Die Debatten bewegten sich zwischen der Position, die eine zusätzliche totale Rechnungskontrolle durch die Kantone vorsah – was nicht mehrheitsfähig wäre –, und der Position, dass die Kantone gar keine Einsicht in die Rechnungen haben sollten. Was hier in Artikel 60 Absatz 7 vorliegt, ist ein Kompromiss, in dem es nicht mehr darum geht, dass die Versicherer den Kantonen Daten liefern und die Kantone dann eine zweite Kontrolle durchführen, sondern darum, dass die Spitäler den Kantonen Rechnungskopien liefern. Das ist auch richtig so und problemlos machbar. Wir bitten Sie, diesem Kompromiss der Mehrheit zuzustimmen und die Minderheitsanträge I (Mäder) und II (Silberschmidt) abzulehnen.

Bei Artikel 60 Absatz 7bis und Absatz 7ter geht es um die Möglichkeit der Verweigerung der Kostenübernahme durch die Kantone. Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass wir kein solches zusätzliches Verfahren einbauen sollten, bei dem der Aufwand bzw. die Administration sehr wahrscheinlich in einem Missverhältnis zum Ertrag bzw. zu den Resultaten stehen würde. Deshalb empfehlen wir Ihnen auch hier, die Minderheitsanträge abzulehnen.

Bei Ziffer III Absatz 10 ist die Kommissionsmehrheit der Meinung, dass man den Kantonen nicht vorschreiben sollte, während fünf Jahren keine Senkung der Prämienverbilligung vorzunehmen. Die Kommission empfiehlt Ihnen deshalb mit 17 zu 8 Stimmen, den Antrag der Minderheit Wasserfallen Flavia abzulehnen.

Bitte folgen Sie jeweils dem Antrag der Kommissionsmehrheit.

Art. 18 Abs. 2sexies

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Antrag der Minderheit

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüegger, Schläpfer)
Festhalten

Art. 18 al. 2sexies

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüegger, Schläpfer)
Maintenir

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 60 Absätze 5 und 8.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27298)

Für den Antrag der Mehrheit ... 139 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 51 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 21

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2 Bst. d

...

d. ... Geburtshäuser, zur Prüfung, ob ein Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt und ob der angewendete Tarif zulässig ist, sowie zur Festlegung ...

Abs. 3–5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 21

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2 let. d

...

d. ... les maisons de naissance, pour examiner si un fournisseur de prestations remplit les conditions d'admission et si le tarif utilisé est autorisé, ainsi que pour limiter le nombre de médecins.

Al. 3–5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

Abs. 2quater

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine ...



Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 1

Unverändert

Art. 41

Proposition de la majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni lorsqu'ils se soumettent à ...

AB 2023 N 1603 / BO 2023 N 1603

Al. 2quater

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent une ...

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 1

Inchangé

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Nantermod, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Nantermod, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Maintenir

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27299)

Für den Antrag der Minderheit ... 107 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 85 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 55b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 59abis

Antrag der Minderheit

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Studer, Weichelt, Wyss)

Titel

Individuelle Rechnungskontrolle

Abs. 1

Eine versicherte Person, die gemäss Artikel 42 Absatz 3 eine Rechnung erhalten hat, kann sich an eine Patientenorganisation wenden, damit diese sie bei der Prüfung der Rechnung unterstützt.

Abs. 2

Das EDI legt die Voraussetzungen fest, unter denen Patientenorganisationen für diese Tätigkeit Finanzhilfe gewährt wird. Finanzhilfe können Organisationen beantragen, die sich statutengemäss und ausschliesslich dem Patientenschutz widmen sowie unabhängig sind.

Abs. 3

Organisationen, die Finanzhilfe beanspruchen, müssen dem EDI unter Vorbehalt des Schutzes der Versichertendaten alle erforderlichen Auskünfte erteilen und Einblick in die Unterlagen gewähren.

Art. 59abis

Proposition de la minorité

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Studer, Weichelt, Wyss)

Titre

Contrôle individuel des factures

Al. 1

L'assuré ayant reçu une facture conformément à l'article 42 alinéa 3 peut s'adresser à une organisation de patients afin qu'elle le soutienne dans le contrôle de la facture.

Al. 2

Le DFI définit les conditions permettant qu'une aide financière soit accordée aux organisations de patients pour cette activité. Des aides financières peuvent être demandées par les organisations qui se consacrent statutairement et exclusivement à la protection des patients et qui sont indépendantes.

Al. 3

Les organisations qui demandent des aides financières doivent fournir au DFI tous les renseignements nécessaires et lui permettre de consulter les pièces justificatives, sous réserve de la protection des données des assurés.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27305)

Für den Antrag der Minderheit ... 70 Stimmen

Dagegen ... 122 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 60 Abs. 2, 4, 5, 6, 7, 7bis, 7ter, 8

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. a, b Ziff. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2 Bst. b Ziff. 2

2. ... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und bei ...

Abs. 4

... in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die ...

Abs. 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Abs. 7

Die Spitäler stellen dem Kanton Rechnungskopien zu, welche eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Abs. 7bis, 7ter

Streichen

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 2 Bst. a

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüegger, Schläpfer)

Abs. 5

Festhalten

Abs. 8

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

AB 2023 N 1604 / BO 2023 N 1604

Antrag der Minderheit II

(Silberschmidt, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Sauter)

Abs. 7

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Abs. 7bis, 7ter

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit II

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wyss)

Abs. 7bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 7ter

Gemäss Ständerat, aber:

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

Art. 60 al. 2, 4, 5, 6, 7, 7bis, 7ter, 8

Proposition de la majorité

Al. 2 let. a, b ch. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2 let. b ch. 2

2. ... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et dont le ...

Al. 4

... en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni et qui touchent ...



Al. 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 7

Les hôpitaux livrent au canton les copies des factures qui concernent un traitement hospitalier ...

Al. 7bis, 7ter

Biffer

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Glarner, Herzog Verena, Maillard, Rüegger, Schläpfer)

Al. 2 let. a

Maintenir

Proposition de la minorité

(Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Herzog Verena, Rüegger, Schläpfer)

Al. 5

Maintenir

Al. 8

Biffer

Proposition de la minorité I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité II

(Silberschmidt, de Courten, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Nantermod, Sauter)

Al. 7

Biffer

Proposition de la minorité I

(Mäder, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Mettler, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt, Wyss)

Al. 7bis, 7ter

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité II

(Weichelt, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Maillard, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Wyss)

Al. 7bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 7ter

Selon Conseil des Etats, mais:

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

Abs. 2 Bst. a, 5, 8 – Al. 2 let. a, 5, 8

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas wurde in der letzten Abstimmung zu Block 1 befunden. Über den Antrag der Minderheit Glarner wurde bei Artikel 18 Absatz 2sexies abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité



Abs. 7 – Al. 7

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27300)

Für den Antrag der Minderheit I ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 77 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27301)

Für den Antrag der Minderheit II ... 103 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 89 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7bis, 7ter – Al. 7bis, 7ter

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27302)

Für den Antrag der Minderheit I ... 125 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 68 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27303)

Für den Antrag der Mehrheit ... 106 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 87 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. III Abs. 10

Antrag der Minderheit

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt)

Abs. 10

Die Prämienverbilligung durch die Kantone nach Artikel 65 darf in den einzelnen Kantonen in den fünf Jahren nach Inkrafttreten der Bestimmungen in IV Absatz 3 Buchstabe a beziehungsweise IV Absatz 4 Buchstabe a im Vergleich zu den Kosten der Leistungen nach Artikel 60 Absatz 2 anteilmässig nicht sinken.

Ch. III al. 10

Proposition de la minorité

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Imboden, Maillard, Meyer Mattea, Prelicz-Huber, Weichelt)

Al. 10

Dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur des dispositions visées au ch. IV alinéa 3 lettre a et au ch. IV alinéa 4 lettre a la réduction des primes par les cantons au sens de l'article 65 ne doit pas, dans les cantons, diminuer proportionnellement aux coûts des prestations visées à l'article 60 alinéa 2.

AB 2023 N 1605 / BO 2023 N 1605

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27304)

Für den Antrag der Minderheit ... 68 Stimmen

Dagegen ... 125 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsident (Candinas Martin, Präsident): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.