



09.528

Parlamentarische Initiative

Humbel Ruth.

**Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand.**

Einführung des Monismus

Initiative parlementaire

Humbel Ruth.

**Financement moniste
des prestations de soins**

Différences – Divergences

CHRONOLOGIE

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

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal)

Art. 21 Abs. 2 Bst. d

Antrag der Kommission
Festhalten

Art. 21 al. 2 let. d

Proposition de la commission
Maintenir

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich darf über die Beratung unserer Kommission zur Differenzbereinigung berichten. Ich mache zuerst noch zwei, drei generelle Ausführungen, bevor ich dann der Fahne entlanggehe. Die Fahne ist ja nicht so einfach verständlich; ich versuche dann, in den einzelnen Punkten unsere Beratung darzulegen bzw. jeweils die Mehrheitsmeinung aufzuzeigen. Wir haben ja nur in einem Punkt eine Minderheit.

Der Nationalrat hat in der vergangenen Herbstsession als Erstrat die erste Differenzbereinigung durchgeführt. Er ist insbesondere bei der gewichtigen Frage, ob die Langzeitpflege in die Efas-Vorlage aufzunehmen ist, dem Beschluss des Ständerates gefolgt. Beide Räte wollen die Pflege in der Efas-Vorlage integriert haben. Das ist so weit erfolgt; zum Grundsatzbeschluss des Einbezugs der Pflege liegen somit übereinstimmende Beschlüsse der beiden Räte vor. Bei einigen wesentlichen Themen – es sind deren fünf – bestehen noch Differenzen. Wir werden sie dann anhand der Fahne durchgehen.



Anders als der Ständerat hat der Nationalrat beschlossen, den Patientenbeitrag abzuschaffen und als Konsequenz den Kantonsbeitrag zu erhöhen; ich komme dann beim Kantonsbeitrag dazu. Er hat beschlossen, festzuschreiben, dass der Kantonsbeitrag periodisch überprüft wird. Er hat insbesondere auch beschlossen, das Inkrafttreten der Bestimmung zum Einbezug der Pflege von Bedingungen abhängig zu machen, nämlich vom Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistung und vor allem von der erfolgten Umsetzung der Pflege-Initiative. Weiter hat der Nationalrat redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Differenzen gibt es noch bei den

AB 2023 S 1076 / BO 2023 E 1076

Datenbedürfnissen der Kantone für die Rechnungskontrolle sowie bei der Vergütung für Vertragsspitäler. Ich denke, diese beiden Punkte sind sehr wichtig, vermutlich auch für den Erfolg der Vorlage im Parlament. Weniger problematisch sind Anpassungen aufgrund des Abkommens mit dem Vereinigten Königreich. Die Folgen des Brexit sind auch für uns bei einer Vorlage wie der Efas spürbar. Wichtig ist, hier festzuhalten, dass der Ständerat bisher die Pflegeleistungskostenbeiträge der Pflegebedürftigen nicht behandelt hat; ich komme später darauf zurück. Er hat dies aufgrund der Differenz nachgeholt.

Ihre Kommission hat die Beratung am 7. November 2023 abgeschlossen, mit der Aussicht, die Vorlage in der Wintersession zu bereinigen – das ist so vorgesehen – und in die Schlussabstimmung zu bringen. Zwischen den Sitzungen vom 12. Oktober 2023 und vom 7. November 2023 haben wir von den Pflegeinstitutionen eine Stellungnahme zum zeitlichen Ablauf der Integration der Pflege eingeholt. Wir wollten von ihnen wissen, ob sie mit der Lösung, die der Ständerat vorgesehen hat, einverstanden sind.

Nachträglich zu unserer Beratung erlaube ich mir, als Berichterstatter noch etwas Generelles zu sagen: Sie haben zwei Informationen erhalten, wonach die Prämien mehr belastet würden. Wir haben uns in der gesamten Beratung von der Verwaltung sowohl in der nationalrätlichen als auch in der ständerätlichen Kommission immer auch aufzeigen lassen, ob die Auswirkungen von der Efas auf die Prämien so sind, wie wir sie vorgesehen haben. Es ist klar in diesem Bericht aufgezeigt worden: Mit der Efas gibt es keine Mehr-, sondern eine Minderbelastung der Prämienzahler. Bereits 2028 sollte es aufgrund der Berechnungen und Berichte der Verwaltung zu spürbaren Verminderungen der Prämienhöhungen kommen, vor allem auch, weil die aufgelaufene Verlagerung von der Steuer- zur Prämienfinanzierung rückgängig gemacht wird. Langfristig sollte das – das haben wir uns auch immer aufzeigen lassen, das ist ja die Grundidee der Efas – zu mehr integrierter Versorgung und damit zu besserer Kosteneffizienz im Gesundheitswesen führen. Denn der Grundgedanke der Efas ist die Finanzierung aus einer Hand; es sollen nicht zwei Systeme betrieben werden. Das ist ja weiterhin die Grundidee, die wir verfolgen.

Dass die Kostenbeteiligung der Patienten in der Pflege und damit der Höchstbetrag aufgehoben werde, was auch behauptet wurde, stimmt nicht. Das Gegenteil ist der Fall. Ich werde es bei dieser Bestimmung aufzeigen. Diejenigen, die entsprechende Zuschriften verfasst haben, haben die Fahne nicht verstanden. Das ist nicht erstaunlich; die Fahne ist kompliziert. Ich versuche dann, sie für Sie Punkt für Punkt durchzugehen, damit wenigstens Sie die Fahne verstehen und hier nicht falsche Schlussfolgerungen ziehen. So viel zu diesen beiden Punkten.

Wir sind auf Seite 2 der Fahne. Der angesprochene Artikel 21 ist ein Element, bei dem es um den Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern geht. Bei diesem Datenaustausch muss man zwei Elemente unterscheiden: Bei Artikel 21 geht es um die Daten, welche die Kantone für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach KVG brauchen. Bei Artikel 60 – das werde ich dann dort erläutern – geht es um die Daten aus den Originalrechnungen, also darum, dass die Kantone auch die Originalrechnungen erhalten. Das werde ich bei Artikel 60 aufzeigen.

Bei Artikel 21 geht es nur darum, dass die Daten in aggregierter Form, so der Beschluss des Ständerates, an die Kantone gehen. Die Kantone können sie in Ausnahmefällen auch als Individualdaten erhalten. Das ist der Prozess, den man vereinbart hat. Also ist Artikel 21 in Kombination mit Artikel 60 anzusehen. Wir haben dem ganzen Konzept in der Kommission einstimmig zugestimmt. Die Kommission beantragt einstimmig, bei Artikel 21 und Artikel 60, in dem man den Rechnungsaustausch vorsieht, am Beschluss des Ständerates festzuhalten. Vielleicht noch einen Zahlenkranz zum ganzen Thema: Heute haben die Kantone die Rechnungen, die sie für die Spitalfinanzierung erstellen. Die Kantone tragen ja heute 55 Prozent zur stationären Versorgung bei. Wenn jemand im Spital ist, zahlen die Kantone 55 und die Versicherer 45 Prozent. Wenn eine ambulante Versorgung stattfindet, zahlen die Kantone nichts. Neu zahlen die Kantone für alle Leistungen etwa 26 Prozent und die Versicherer den Rest. Heute verfügen die Kantone, weil sie nur für stationäre Leistungen bezahlen, auch nur über diese Rechnungen. Das entspricht etwa 1,3 Millionen Rechnungen pro Jahr. Wenn die ambulanten Leistungen dazukommen würden, dann wären das insgesamt etwa 130 Millionen Rechnungen pro Jahr. Das sind die Größenordnungen, von denen wir hier sprechen: Wenn man den Kantonen neu auch die ambulanten



Rechnungen schicken würde, dann kämen etwa 130 Millionen Rechnungen dazu. Darauf komme ich bei Artikel 60 nochmals zurück.

Bei Artikel 21 beantragt Ihnen die Kommission einstimmig, am Beschluss des Ständerates festzuhalten.

Angenommen – Adopté

Art. 33 Abs. 2bis, 2ter

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 33 al. 2bis, 2ter

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist eine rein redaktionelle Anpassung. Bei diesen Bestimmungen – es geht um mehrere Artikel – ist aufgrund der Umsetzung der ersten Etappe der Pflege-Initiative eine redaktionelle Anpassung notwendig. Es handelt sich um eine Anpassung an die Gesetzgebung, die mittlerweile beschlossen wurde und die hier im KVG nachvollzogen wird. Es ist kein Problem. Zwischen geltendem Recht und der jetzigen Beratung ist einfach noch die Pflege-Initiative hinzugekommen. Es geht nur um eine redaktionelle Anpassung.

Angenommen – Adopté

Art. 41 Abs. 2bis, 2quater

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41 al. 2bis, 2quater

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier wird das angesprochene Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich nachgebildet. Sie sehen, dass man das Vereinigte Königreich immer separat ausweist. Das hat mit dem Brexit zu tun. Das UK ist nicht mehr in der EU.

Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 3

Antrag der Kommission

... zu können. Im System des Tiers payant muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 42 al. 3

Proposition de la commission

... le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. Le Conseil fédéral règle les modalités.

AB 2023 S 1077 / BO 2023 E 1077

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist reine Fahnenteknik, das macht es für Sie nicht einfacher. Das geltende Recht hat geändert, aber man hat es verpasst, das in der Fahne aufzuzeigen. Das geltende Recht war bei unserer früheren Beratung bereits geändert. Das hat aber keinen Einfluss auf unsere Beratung.





In der hinteren Spalte der Fahne hat man das geltende Recht nochmals abgebildet bzw. nachgeholt, die Änderung per 1. Januar 2022 zu integrieren.

Angenommen – Adopté

Art. 47c Abs. 2bis, 3, 5, 7

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 47c al. 2bis, 3, 5, 7

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la commission

Maintenir

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Dieser Absatz ist wichtig. Ihre Kommission hat einstimmig an Ihrer Version festgehalten. Ich versuche, zu vereinfachen, was der Nationalrat in seiner letzten Beratung vorgesehen hat, damit Sie das gesetzestechnisch nachvollziehen können:

Vertragsspitäler sollen neu eine andere Vergütung erhalten. Vertragsspitäler sind nicht unbedingt nur Privatspitäler, sondern Spitäler, die nicht auf der Spitalliste der Kantone stehen. Wenn heute ein Spital nicht auf der Spitalliste eines Kantons steht, erhält dieses Spital, wenn überhaupt, einen Vergütungsanteil der Versicherer von 45 Prozent, nicht aber den Kantonsbeitrag. Das ist logisch, weil das Spital nicht auf der Spitalliste steht. Der Kantonsanteil von 55 Prozent fehlt.

Die SGK-S und der Ständerat haben gesetzestechnisch vorgesehen, dass es bei einem Vergütungsanteil von 45 Prozent bleiben soll. Die Finanzierungsflüsse können sich ändern: Neu ist es ja so, dass der Anteil der Versicherer ungefähr 75 Prozent und der Anteil der Kantone ungefähr 25 Prozent beträgt. Die Zahlen stimmen nur ungefähr, sie betragen 73 Komma irgendwas und etwa 26. Obwohl sich die Finanzierung der Versicherer ändert, haben wir bei den Vertragsspitalern an den 45 Prozent festgehalten.

Der Nationalrat hat beschlossen, dass die Vertragsspitäler neu 75 Prozent erhalten würden, dies ohne Kantonsbeitrag. Das würde dazu führen, dass der Vergütungsanteil von 45 Prozent auf 75 Prozent ansteigt. Das führt zu Mehrkosten von 150 Millionen Franken für die Prämienzahler. Das wurde uns so vorgerechnet. Deshalb hat Ihre Kommission einstimmig beschlossen, bei der bisherigen Lösung mit 45 Prozent zu bleiben. Hier haben wir eine Differenz zum Nationalrat, der, wie gesagt, einen höheren Anteil von 75 Prozent vorsieht.

Ich bitte Sie hier auch, Ihrer Kommission zu folgen. Es liegt kein Minderheitsantrag vor.

Angenommen – Adopté

Art. 50 Abs. 1 Bst. a, b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 50 al. 1 let. a, b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté



Art. 60

Antrag der Kommission

Abs. 2 Bst. b Ziff. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

Festhalten

Abs. 3bis

Der Bundesrat überprüft periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrages nach Absatz 3 und erstattet der Bundesversammlung Bericht.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 7, 7bis, 7ter

Festhalten

Art. 60

Proposition de la commission

Al. 2 let. b ch. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

Maintenir

Al. 3bis

Le Conseil fédéral réexamine périodiquement le taux minimal de la contribution cantonale visé à l'alinéa 3 et fait rapport à l'Assemblée fédérale à ce sujet.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 7, 7bis, 7ter

Maintenir

Abs. 3 – Al. 3

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist jetzt der Teil, in dem es indirekt um die Abschaffung des Patientenbeitrages geht. Sie sehen auf der Fahne: Der Ständerat hat in Absatz 3 vorgesehen, dass der Beitrag der Kantone 26,9 Prozent beträgt, dies aufgrund der Berechnungen, was es ausmachen würde, wenn die Kantone ambulant und stationär mitfinanzieren würden. Wir haben das in der letzten Beratung ja so beschlossen. Auch dem Anhang haben wir zugestimmt. Wir wissen, es gibt eine Phase von vier Jahren, in welcher der Prozentsatz angepasst wird, um sich langsam dem Ziel zu nähern; so weit also zu den 26,9 Prozent.

Jetzt sehen Sie: Der Nationalrat hat 28,6 Prozent beschlossen. Diese 28,6 Prozent sind notwendig, weil der Nationalrat in Artikel 60 Absatz 3 in Verbindung mit Artikel 64 Absätze 5bis, 5ter und 8 vorgesehen hat, dass die Patientinnen und Patienten, die heute für die Pflege bezahlen müssen, keinen Beitrag mehr leisten. Das soll durch die anderen Finanzierer bezahlt werden. Patientinnen und Patienten zahlen heute ungefähr 672 Millionen Franken. Einen Teil übernehmen die Kantone bereits heute über die Ergänzungsleistungen. Weil sich die Mehrkosten bei Abschaffung der Patientenbeiträge auf die Kantonsbeiträge auswirken würden, müsste man den Anteil auf 28,6 Prozent erhöhen.

Ihre Kommission empfiehlt Ihnen, beim Beschluss des Ständerates zu bleiben. Sie lehnt die Übernahme des Patientenbeitrages durch die Kantone mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung ab. Die Kommission bleibt bei der ständerätlichen Lösung und beantragt Ihnen, dass die Beiträge der Patienten unverändert bleiben. Heute sind diese Beiträge bei 23 Franken gedeckelt. Die Pflegebedürftigen bezahlen für die Pflege also maximal 23 Franken pro Tag. Die Übernahme der Pflegeleistungen durch die Kantone würde zu einer Mehrbelastung von einer halben Milliarde Franken führen – eine Mehrbelastung von einer halben Milliarde Franken für die Kantone.

Dazu kommt, dass die Abschaffung des Patientenbeitrages für Pflegeleistungen primär denjenigen Versicherten nützen würde, welche in relativ guten Verhältnissen stehen und keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben. Heute sind diejenigen, welche Ergänzungsleistungen haben, von den 23 Franken pro Tag nicht betroffen. Nur diejenigen, die keine Ergänzungsleistungen haben, bezahlen maximal 23 Franken. Diese Personen



würden nun entlastet werden. Das sind die Leute, die über dem Ergänzungsleistungsminimum stehen.

AB 2023 S 1078 / BO 2023 E 1078

Wie gesagt, die Beteiligung der Versicherten ist heute auf höchstens 20 Prozent des höchsten Beitrages der OKP beschränkt, das sind aktuell 23 Franken pro Tag. Dieser Betrag ist vom Bundesrat gedeckelt, er kann sich aber verändern. Zusätzlich ist an die Pflegeleistung die ordentliche Kostenbeteiligung zu leisten. Man muss unterscheiden, ich sage es einfach der Klarheit halber: Für andere Leistungen, die auch mit einer Pflegebedürftigkeit zusammenhängen können, müssen die Versicherten weiterhin – auch mit der nationalrätlichen Lösung – selbst aufkommen. Das sind Betreuung, hauswirtschaftliche Leistungen und Pension im Pflegeheim. Es geht hier also nur um die Pflegeleistungen selbst und, wie gesagt, um eine Mehrbelastung von etwa einer halben Milliarde Franken für die Kantone.

Noch etwas zu den Äusserungen, die gemacht wurden, wonach klar sei, dass man im Rat – es wird nicht aufgezeigt, ob Nationalrat oder Ständerat – den Deckel von 23 Franken aufgehoben habe, was zu einer Mehrbelastung der Gepflegten führe: Das Gegenteil ist der Fall. Natürlich konnte man mit der Lösung des Nationalrates diesen Maximalbetrag aufheben, weil ja gar keine Beiträge mehr notwendig sind. Der Nationalrat hat es gesetzestechnisch so gemacht und wie folgt begründet: Da die Gepflegten keine Beiträge mehr leisten müssen, braucht es auch keinen Deckel. Im Schreiben, das wir erhalten haben, steht aber, der Deckel sei aufgehoben worden, was zu einer Mehrbelastung führe. Ich habe bei solchen Schreiben jeweils eine gewisse Bewunderung dafür, dass man die Chuzpe hat, so etwas zu schreiben. Vielleicht hat man es auch nicht verstanden; das könnte man noch nachvollziehen, denn die Fahne ist kompliziert. Also noch einmal: Die Limite von 23 Franken wird gemäss nationalrätlichem System aufgehoben, weil sie nicht notwendig ist, weil alle Leistungen von den Kantonen übernommen werden. Das führt aber zu einer Mehrbelastung der Kantone von einer halben Milliarde Franken.

Die ständerätliche Kommission empfiehlt Ihnen mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung, festzuhalten. In der ständerätlichen Version bleiben die Beiträge und der Deckel von 23 Franken. Er wird sogar im Gesetz festgeschrieben. Er ist also sicherer als heute. Er gilt nur für die nächsten vier Jahre, aber er wird immerhin neu im Gesetz festgeschrieben. Danach liegt es am Bundesrat, die 23 Franken allenfalls nach oben anzupassen, wenn es denn notwendig sein sollte.

Insofern bitte ich Sie, hier bei Ihrer Kommission zu bleiben und die Differenz zum Nationalrat beizubehalten. Wir wollen nichts am geltenden System ändern. Das wäre, wie gesagt, auch nicht sinnvoll, weil diejenigen, die Ergänzungsleistungen beziehen, davon nichts spüren würden. Bevorzugt würden die Leute ohne Ergänzungsleistungen, also diejenigen, die es – ich sage das jetzt einmal so – gar nicht nötig haben.

Angenommen – Adopté

Abs. 3bis – Al. 3bis

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: In Absatz 3bis hat der Nationalrat eingeführt, dass der Kantonsbeitrag periodisch überprüft wird. Wir übernehmen das. Ihre Kommission nimmt lediglich eine textliche Anpassung vor und hält fest, dass der Bundesrat periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrages überprüft, nicht den Kantonsbeitrag an sich. Die Kantone dürfen mehr zahlen, das ist nicht verboten. Insofern müssen wir nur prüfen, ob der Mindestprozentsatz eingehalten ist. Wir haben diese klarere Anpassung unserer Vorlage einstimmig angenommen und hier keinen grossen Diskussionsbedarf gehabt.

Angenommen – Adopté

Abs. 7, 7bis, 7ter – Al. 7, 7bis, 7ter

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich möchte hier noch etwas sagen: Es ist entschieden, aber wir haben nichts dazu gesagt. Ich glaube, dass Artikel 21 und Artikel 60 Absatz 7 Kernbestimmungen sind. Ich habe bei Artikel 21 darauf verwiesen. Wir haben lange diskutiert, welche Rechnungen – hier geht es nicht um Daten, sondern es geht um Rechnungen – die Kantone weiterhin erhalten sollen.

Als wir in die Diskussion einstiegen, verlangten die Kantone den Zugang zu allen Rechnungsdaten. Sie argumentierten, dass sie neu über 26 Prozent an die gesamten Gesundheitskosten, also auch an die ambulante Versorgung, beitragen würden und deshalb alle Rechnungen einsehen möchten. Ich habe Ihnen aufgezeigt, dass dies im Vergleich zu den aktuell 1,5 Millionen Rechnungen für die stationäre Versorgung neu insgesamt 130 Millionen Rechnungen betreffen würde. Dann gab es ein Hin und Her. Wir haben Diskussionen an runden



Tischen veranlasst. Wir haben das BAG gebeten, mit den Kantonen zusammenzusitzen und eine Lösung zu suchen, die für sie annehmbar ist. Natürlich sagen die Kantone bzw. die GDK, sie hätten gern noch mehr Zugang zu den Rechnungen. Unsere Kommission erhielt aber die Rückmeldung, dass der Weg, den die Kommission gewählt habe, gangbar sei.

Unsere Kommission wählt die Variante, dass die Kantone die Rechnungen für die stationäre Versorgung erhalten. Wir haben die Kantone verstanden. Sie erhalten heute die Rechnungen für die stationäre Versorgung. Dass es nicht nachvollziehbar ist, dass man ihnen diese nicht mehr geben soll, haben wir verstanden. Also haben wir gesagt: Okay, was ihr heute schon habt, sollt ihr weiterhin haben.

Die Kantone wollten dann auch die Möglichkeit erhalten, gegen eine Rechnung vorzugehen, wenn sie das Gefühl haben, diese sei nicht korrekt. Sie wollten also die Möglichkeit erhalten, quasi eine zweite Prüfung vorzunehmen. Ich sage nun noch, wie die Diskussion in der Kommission verlief: Wir haben lange um eine Lösung gerungen. Bei den Anhörungen der Kantone wurden uns Beispiele gezeigt. Es waren meistens Beispiele von Fehlern: Eine Versicherung bezahlte die Rechnung für eine versicherte Person, und der Kanton meldete dann, dass diese Person gar keinen Wohnsitz im entsprechenden Kanton habe. Gemäss Artikel 60 Absatz 6 kann sich der Kanton wehren, wenn die Angabe des Wohnkantons falsch ist.

Die Kantone möchten die Rechnungen mehr überprüfen können. Die Sorge der Kommission war immer, dass dann zwei Institutionen auf dem Buckel der Versicherten die Rechnungen prüfen: die Versicherer und die Kantone. Wenn die sich streiten, kriegt der Versicherte das Geld nicht. Wir haben gesagt, sie sollen eine Lösung finden, bei der es für den Versicherten kein Problem gibt.

Artikel 60 Absatz 7 besagt, dass die Versicherer und die Kantone über die Rechnungen im Austausch stehen. Artikel 60 Absatz 7bis regelt, dass der Kanton nach Erhalt der Rechnung den Versicherer informiert, wenn er die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt erachtet. Es gibt also immer einen Austausch zwischen Kanton und Versicherer. Gemäss Artikel 60 Absatz 7ter ist der Kanton zur Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherers berechtigt. Das sind klar eingeschränkte Verhältnisse. Es steht dort, der Kanton könne nur im Fall rügen, "[...] a. dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt; b. dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird; c. dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden." Das ist die Konstruktion, die der Ständerat in Zusammenarbeit mit der Verwaltung erarbeitet hat.

Der Nationalrat beschloss die Streichung. Der Nationalrat will, dass gar keine Rechnungen zu den Kantonen gehen. Hier besteht eine fundamentale Differenz. Wir möchten, dass die Kantone diese Rechnungen erhalten, aber auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage. Wir sind hier der Meinung, dass sich der Ständerat da auch durchsetzen sollte. Ihre Kommission ist, wie gesagt, diesem Konzept einstimmig gefolgt.

Die WZW-Kriterien, das muss ich noch sagen, werden bei der Prüfung der Kantone nicht angewandt. Die Kantone können nicht hingehen und prüfen, ob die Behandlung wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam ist. Das prüfen die Versicherer schon. Es wäre eigenartig, wenn die Kantone noch einmal die gleiche Frage – war die Behandlung so überhaupt notwendig? – prüfen. Das sollten nicht zwei Institutionen auf dem Buckel der Versicherten tun.

AB 2023 S 1079 / BO 2023 E 1079

Schmid Martin (RL, GR): Ich ergreife zu Artikel 60 Absatz 7 das Wort, weil diese Bestimmung, wie der Kommissionssprecher dargelegt hat, einen Zusammenhang mit Artikel 21 hat. Ich wurde seitens der Kantone angefragt, ob wir nicht im Differenzbereinigungsverfahren noch einmal einen Antrag einbringen können. Diese Frage habe ich auch mit den Kommissionsmitgliedern nochmals geprüft. Ich habe das Wort nun ergriffen, um Missverständnisse zu klären.

Aus meiner Sicht hat der Kommissionssprecher klar dargelegt, dass aufgrund von Artikel 21 der Datenaustausch mit den Kantonen unmissverständlich gesichert ist. Die Kantone können die Spitalplanung, aber auch die ambulante Planung vornehmen. Ihnen werden die dafür notwendigen Daten in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Darüber haben wir diskutiert: Die Kantone brauchen diese Informationen, ansonsten können sie die Aufgaben, die ihnen gesetzlich und verfassungsmässig zugewiesen sind, nicht erfüllen. Gemäss Artikel 21 verfügt auch das BAG über diese Daten.

Es war mir wichtig, das hier zu klären, weil ich in Gesprächen festgestellt hatte, dass die Kantone die Auffassung vertreten, dass ihnen diese Daten so nicht zustehen würden. Mit diesen Bestätigungen – auch zuhanden der Materialien – hat der Kommissionssprecher explizit gesagt, dass diese Daten den Kantonen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Eine andere Frage ist dann, ob man die Rechnungskontrolle auch nochmals auf die Kantone übertragen soll-



te. Das erscheint mir nicht sachgerecht: Eine doppelte Kontrolle macht keinen Sinn. Es braucht jemanden, der dafür verantwortlich ist. Erst wenn es systemische Probleme gibt, sollen die Kantone dort eingreifen. Ich habe deshalb darauf verzichtet, hier nochmals Anträge einzubringen. Aber mit dieser Präzisierung ist meines Erachtens diesem Anliegen auch Rechnung getragen worden.

Angenommen – Adopté

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 64 Abs. 5bis, 5ter, 8

*Antrag der Kommission
Festhalten*

Art. 64 al. 5bis, 5ter, 8

*Proposition de la commission
Maintenir*

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Zur Absicherung für Sie: Die Bestimmungen von Absatz 5bis und Absatz 5ter hängen mit der Patientenbeteiligung zusammen, und wir haben dort eine Differenz zum Nationalrat.

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 8, 9

*Antrag der Kommission
Abs. 8
Festhalten
Abs. 9
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates*

Ch. III al. 8, 9

*Proposition de la commission
Al. 8
Maintenir
Al. 9
Adhérer à la décision du Conseil national*

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Zu Absatz 9 werde ich bei den Bestimmungen zum Inkrafttreten noch etwas sagen. Es gibt einen gesetzestechnischen Zusammenhang mit dem Inkrafttreten bzw. mit der Übernahme der Pflegekosten.

Angenommen – Adopté

Ziff. IV

*Antrag der Mehrheit
Abs. 3 Bst. a
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates*

Abs. 3 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

Abs. 4 Bst. a

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 4 Bst. b

b. ... sowie 64 Absätze 5bis, 5ter, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt.



Antrag der Minderheit

(Hegglin Peter)

Abs. 3 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Abs. 4 Bst. b

b. ... und 8: Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten, er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates an. Das Inkrafttreten erfolgt frühestens am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Voraussetzung für das Inkrafttreten ist das Vorliegen von Tarifen für die Pflegeleistungen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 3 let. a

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 let. b et 8 entrent en vigueur sept ans après l'échéance du délai référendaire, au 1er janvier.

Al. 4 let. a

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéas 5bis, 5ter, 7 let. b et 8 entrent en vigueur sept ans après la votation, au 1er janvier.

Proposition de la minorité

(Hegglin Peter)

Al. 3 let. b

b. ... et 8: Le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après l'échéance du délai référendaire. La condition préalable à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales.

Al. 4 let. b

b. ... et 8: Le Conseil fédéral détermine l'entrée en vigueur. Il entend au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les commissions compétentes du Conseil national et du Conseil des Etats. L'entrée en vigueur a lieu au plus tôt le 1er janvier qui suit l'expiration d'une période de sept ans après la votation. La condition préalable à l'entrée en vigueur sont l'existence de tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales.

AB 2023 S 1080 / BO 2023 E 1080

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier haben wir einen Minderheitsantrag. Unbestritten ist, dass wir die Pflege in die Vorlage aufnehmen. Die Pflege kommt in die Efas-Vorlage. Die Frage war nur, ob die Pflege wie die generelle Kostenübernahme der ambulanten Leistungen gleich in die Vorlage kommt. Wir haben in der Kommission immer gesagt, dass bei der Pflege eine einheitliche Tarifierung möglich sein muss. Die Kosten müssen transparent ausgewiesen sein, und sie müssen vergleichbar sein. Erst wenn das gegeben ist, können wir die Pflege übernehmen.

Ich habe am Anfang darauf hingewiesen, dass der Nationalrat noch weitere Bedingungen setzen möchte. Der Ständerat hat eigentlich ein einfaches Konzept. Wir haben uns aber teilweise dem Nationalrat angenähert; das können Sie der Fahne entnehmen. Ihre Kommission will mit 10 zu 1 Stimmen bei 0 Enthaltungen – es gibt eine Minderheit Hegglin Peter; Herr Hegglin wird sich noch dazu äussern –, dass die Pflege nach sieben Jahren zwingend einbezogen wird. Bei der nationalrätlichen Variante erfolgt der Einbezug frühestens nach



sieben Jahren; hier soll die Umsetzung der Pflege-Initiative abgewartet werden. Wir haben gesagt, das gehe nicht, das sei gesetzestechnisch falsch und gar nicht machbar. Denn den Moment, in dem die Pflege-Initiative umgesetzt ist, kann man ja gar nicht erfassen.

Zudem sind die Kantone für die Umsetzung der Pflege-Initiative verantwortlich. Wir erlassen Bundesgesetze und nicht kantonale Gesetze. Wir müssten also abwarten, bis der letzte Kanton, und irgendeinen letzten gibt es immer, die Initiative umgesetzt hat. Ob das dann wirklich einer Umsetzung der Pflege-Initiative entspricht, wissen wir nicht. Ehrlich gesagt, würde die Bedingung des Nationalrates dazu führen, dass die Pflege bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag nicht übernommen wird. Deshalb haben wir gesagt, nein, wir wollen diese sieben Jahre.

Wir haben eine Massnahme des Nationalrates übernommen: Wir haben, wie der Nationalrat auch, verlangt, dass nach drei Jahren ein einheitliches Rechnungssystem bei den Pflegeinstitutionen, d. h. Spitex, Pflegeheime usw., bestehen muss. Deshalb haben wir in der Kommission eine Zusatzschleife gemacht. Wir haben zwischen Oktober und November die Pflegeinstitutionen angefragt, ob sie sich bewusst sind, was das heisst, und ob sie es schaffen, nach drei Jahren ein einheitliches Rechnungssystem zu haben. Da war die Rückmeldung, dass das geht.

Deshalb haben wir das übernommen. Nach drei Jahren wird es ein einheitliches System geben, und nach sieben Jahren werden dann, davon geht die Mehrheit Ihrer Kommission aus, die Zahlen vergleichbar sein: Es gibt ein einheitliches System nach drei Jahren, dann hat man vier Jahre Zeit, sodass die Pflege nach sieben Jahren fix übernommen wird. Dass die Pflegeinstitutionen damit rechnen können, nach sieben Jahren aufgenommen zu werden, gibt ihnen eine gewisse Sicherheit.

Die Minderheit will aufzeigen, dass da weitere Bedingungen notwendig seien. Immerhin haben wir uns damit auseinandergesetzt, ob es nach sieben Jahren noch weitere Bedingungen braucht. Die Mehrheit ist der Meinung, es sei klar, dass diese Leistungen nach sieben Jahren vergleichbar sein werden. Wir gehen davon aus, dass die Kriterien nach sieben Jahren erfüllt und vergleichbar sein werden. Die Tarifumsetzung wird gemacht sein. Die Minderheit möchte hier aber noch eine Bedingung setzen.

Insofern bitte ich Sie, im Sinne der Mehrheit der Kommission, hier die klare Zahl von sieben Jahren vorzugeben. Die Voraussetzungen sind so bestimmt, wie wir es aufgezeigt haben.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Zuerst lege ich meine Interessenbindungen offen, vor allem für die neuen Ratsmitglieder hier im Saal: Ich bin Präsident des Verbandes der kleinen und mittleren Krankenversicherer RVK und in dieser Funktion auch Mitglied des Verwaltungsrates von Santésuisse. Ich verstehe mich deshalb auch als Vertreter der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

Nun zu meinem Minderheitsantrag: Die Art und Weise, wie die Pflege in die Efas einbezogen werden soll, stellt eine der letzten grossen Differenzen in der Efas-Vorlage dar. Lassen Sie mich deshalb bei diesem wichtigen Thema eine kleine Rückblende auf den Verlauf dieser Diskussion vornehmen. Als sich die Subkommission der SGK des Nationalrates mit der Vorlage befasste, lehnten viele Kantone die Efas noch grundsätzlich ab. Danach nahm die Vorlage Gestalt an, und die Kantone liessen sich auf die Efas ein, unter der Bedingung, dass die Pflege mit einbezogen würde. Der Nationalrat klammerte das Thema in einer ersten Runde noch aus, mit dem Verweis, dass sich der Ständerat damit befassen möge. Wir nahmen in unserem Rat die Pflege dann in die Vorlage auf und wählten für die Integration eine Frist von vier Jahren nach Einführung der Efas.

Der Nationalrat kam dem Anliegen einen Schritt entgegen, indem er dem Einbezug der Pflege zustimmte, diesen aber an Bedingungen knüpfte. Zunächst sollen dafür Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis beruhen. Zudem soll die Pflege-Initiative vollständig umgesetzt sein. Der Bundesrat bestimmt dann über das Inkrafttreten, nachdem er die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer und die zuständigen Kommissionen des National- und Ständerates angehört hat.

Dahinter steckt die Sorge, dass der Pflegesektor die eigentliche Sparvorlage Efas ins Gegenteil drehen und diese für die Prämienzahler viel teurer werden könnte. Diese Frage steht tatsächlich im Kern der Vorlage. Die Verwaltung prognostiziert für die Efas inklusive Pflege ein Einsparpotenzial von zwischen mehreren hundert Millionen Franken und null Franken. Diese Feststellung ist eigentlich bemerkenswert für eine Vorlage, deren Versprechen es ist, das System deutlich effizienter zu machen.

Der Verband der Schweizer Krankenversicherer Santésuisse zeichnet für die Prämienzahlen ein differenzierteres Bild: Ohne die Pflege würde die Efas demnach zu einer Erleichterung der Prämienkosten führen; mit der Pflege sieht Santésuisse aufgrund der Kostendynamik der Pflege Mehrkosten für Prämienzahlerinnen und -zahler. Zumindest diese Kostendynamik des Pflegebereichs ist unbestritten, denn die demografische Entwicklung führt dazu, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden zehn bis fünfzehn Jahren noch weiter ansteigen wird. Was das konkret für die OKP bedeutet, wissen wir nicht abschliessend.



Heute wird die Pflege je nach Kanton unterschiedlich erbracht, finanziert und kontrolliert. Die Folge sind verhältnismässig ungenaue Zahlen über die Kosten und Leistungen in diesem wichtigen Sektor. Genau diese Daten werden aber die Grundlage sein, wenn dereinst ein Pflegetarif geschaffen wird. Nur wenn dieser an transparente und einheitlich erfasste Daten gebunden ist, wird er sich mit der Zeit entwickeln lassen.

Beim Einbezug der Pflege in die Efas gibt es nebst der allgemeinen Kostenfrage einen weiteren Effekt, den wir nicht ausser Acht lassen dürfen. Je nachdem, wie die Pflege in einem Kanton ausgestaltet ist – vermehrt ambulant oder stärker stationär –, wird die Efas mit Pflege die Kantone unterschiedlich betreffen. Bei den einen Kantonen wird die Efas mit Pflege den Kantonshaushalt stärker treffen, bei den anderen werden die Prämienzahlerinnen und -zahler eine grössere Last tragen müssen.

Aus diesem Grund setze ich mich mit meinem Minderheitsantrag für ein geordnetes und verantwortungsvolles Vorgehen bei dieser wichtigen Frage ein. Auch gemäss Beschluss des Nationalrates sollen zuerst objektive Grundlagen geschaffen werden, bevor der Einbezug der Pflege vollzogen wird.

Als Fremdkörper in der Version des Nationalrates sehe ich dagegen die vollständige Umsetzung der Pflege-Initiative. Deshalb verzichte ich in meinem Minderheitsantrag auf diese Bedingungen. Es gibt keine nachvollziehbaren Kriterien, wie die Umsetzung der Pflege-Initiative beurteilt werden könnte; der Kommissionssprecher hat dies auch erwähnt.

Ich sehe meinen Minderheitsantrag deshalb auch als Kompromiss zwischen den Varianten des Ständerates und des Nationalrates. Wir schaffen damit einerseits eine solide Grundlage für einen Entscheid von grosser Tragweite, entnehmen dem Beschluss des Nationalrates aber andererseits

AB 2023 S 1081 / BO 2023 E 1081

das politische und kaum planbare Element. Damit bieten wir den Kantonen auch die Möglichkeit, den Einbezug der Pflege aus eigener Kraft ans Ziel zu bringen. Sie allein haben es in der Hand, in der Pflege eine einheitliche Kostenerfassung einzuführen, wie sie im stationären Spitalbereich schon lange existiert. Hier steht einzig und allein die Vernunft im Vordergrund.

Die Efas wird jetzt seit vierzehn Jahren im Parlament behandelt und hat einige Hürden genommen. Jetzt stehen wir kurz vor dem Abschluss; jetzt geht es um die echten Kompromisse. Wir haben es in der Hand, entweder mit dem Anliegen der Kantone aufs Ganze zu gehen oder mit einem Schritt auf den Nationalrat zuzugehen. Eines muss aber klar gesagt sein: Der Nationalrat ist uns schon einen Schritt entgegengekommen und hat die Pflege grundsätzlich in die Vorlage aufgenommen. Es ist nicht anzunehmen, dass die grosse Kammer in sämtlichen Differenzen die eigene Position aufgibt. Dann wäre höchstwahrscheinlich der Absturz die Folge. Bereits titelte nämlich die "Aargauer Zeitung" am 7. November: "Megareform droht Absturz". Sie führte unter anderem die gegensätzlichen Beurteilungen zu einem Einbezug der Pflege aus. Die Gefahr eines Absturzes wird real, wenn alle Akteure unnachgiebig an ihrer Position festhalten.

Sollte sich der Ständerat aber, anders als erwartet, in allen Punkten durchsetzen, droht die Gefahr eines Referendums. Die Gewerkschaft VPOD hat im Grundsatz bereits ein solches beschlossen, auch weil mit einem Einbezug der Pflege der Druck auf das Personal gemäss VPOD zunehmen würde. Es wäre also nichts gewonnen, wenn die Vorlage zwar mit einer für die Kantone maximalen Lösung durch das Parlament gelangt, dann aber vor dem Volk auf Grund läuft.

Ich ersuche Sie um eine genaue Prüfung meines Anliegens, damit wir eine Brücke zum Nationalrat bauen können. Aber nicht nur dies, sondern wir schaffen hier nicht mehr und nicht weniger als eine solide Grundlage für einen Entscheid von sehr grosser Tragweite. Immerhin wird es bei einem normalen Verlauf Anfang der 2030er-Jahre darum gehen, ob ein Kostenblock von dereinst rund 10 Milliarden Franken in die Efas mit einbezogen wird. Es sollte, so meine ich, zu diesem Zeitpunkt vollkommen klar sein, was auf uns zukommen wird.

Aufgrund dieser starken Argumente empfehle ich Ihnen, meine Minderheit zu unterstützen, genauso, wie es sich auch der Vertreter des BAG während der Kommissionsberatung hat vorstellen können.

Bischof Pirmin (M-E, SO): Zuerst meine Interessenbindung: Ich bin Präsident der Association Spitex privée Suisse, des Verbandes der privaten Spitex-Organisationen.

Wir sind jetzt in der Schlussphase der Beratung dieses wichtigen Geschäftes. Es ist vermutlich die grösste Reform des schweizerischen Gesundheitswesens seit Inkrafttreten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Vorlage, die wir hier besprechen, ist nicht perfekt. Sie kann es eigentlich gar nicht sein, denn sie ist das Werk eines über viele Jahre hinweg ausgehandelten Kompromisses. Neben vielen anderen Playern wurde der Kompromiss insbesondere zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern ausgehandelt. Es ist ein Kompromisswerk.



Die Ausgangslage für diese beiden Verhandlungsseiten war die folgende: Die Krankenversicherer haben gesagt, die Pflege werde nicht in die Efas aufgenommen; die Kantone haben gesagt, die Pflege müsse sofort, im Moment der Inkraftsetzung des Gesetzes, aufgenommen werden. Das waren die Ausgangspositionen. Was Sie hier als Mehrheitsantrag vor sich haben, ist nun wirklich ein Kompromiss: Die Krankenversicherer haben nachgegeben und sind damit einverstanden, dass die Pflege in die Efas einbezogen wird; das war ein grosser Schritt der Krankenversicherer. Die Kantone haben nachgegeben, indem sie auf die Forderung verzichteten, dass die Pflege sofort mit einbezogen wird. Sie wird erst nach sieben Jahren – nach dieser etwas märchenhaften Frist – einbezogen. Aber dann, zu diesem Zeitpunkt, wird sie in die Efas einbezogen. Mit der Vereinheitlichung der Rechnungssysteme bei den Pflegeinstitutionen bis in drei Jahren wurde noch ein Zwischenschritt eingefügt; der Kommissionssprecher hat das ausgeführt.

Die Kommission schlägt Ihnen diesen Kompromiss mit 10 zu 1 Stimmen vor, und das ist kein Zufall. Wenn Sie der Minderheit Hegglin Peter folgen, sieht das zwar nach wenig aus. Man kann dann sagen, es sei ja selbstverständlich, dass eine "einheitliche und transparente Kosten- und Datenbasis" vorliegen muss. Das war auch der nationalrätliche Vorschlag, die Begriffe sind identisch in der nationalrätlichen Version. Der Unterschied ist einfach der: Als die Kantone nachgegeben hatten und damit einverstanden waren, dass man das Ganze um sieben Jahre verschiebt, musste für sie klar sein, dass nach sieben Jahren die Pflege wirklich einbezogen wird. Wenn Sie jetzt über den Minderheitsantrag Hegglin Peter die nationalrätliche Formulierung hineinnehmen, werden diese sieben Jahre plötzlich wieder relativiert. Dann ist nicht mehr klar, ob nach sieben Jahren die Pflege dann tatsächlich einbezogen wird. Sie können das machen, aber dann gefährden Sie den Kompromiss zwischen den beiden Seiten. Für die Kantone ist dann plötzlich nicht mehr klar, ob die Pflege nach sieben Jahren, nach zehn oder nach zwanzig Jahren oder irgendwann einmal ad calendae graecas einbezogen wird. Dann bricht der Kompromiss, dann bringen Sie ihn nicht mehr zustande.

Ich bitte Sie dringend, im Interesse eines Kompromisses in diesem schwierigen Geschäft und nach Verhandlungen von fünfzehn Jahren der Mehrheit zu folgen.

Stark Jakob (V, TG): Ich habe keine Interessenbindung, aber ich war einmal Gesundheitsdirektor. Ich melde mich hier zu Wort, weil mich ein wenig stört, dass immer von "den Kantonen" gesprochen wird. Es gab in der Gesundheitsdirektorenkonferenz immer eine stattliche Minderheit, die von Anfang an gerne die Efas eingeführt hätte. Später – ich war da dabei – gab es dann ein Umdenken, wobei die Bedingung gestellt wurde, dass die Pflege in die Efas integriert werden müsse. Was man bedenken muss, ist, dass die Kantone hier wieder einmal einen Bereich aufgeben, der bisher eigentlich weitgehend in ihrer Kompetenz war. Wir bauen also hier den Föderalismus ab, dies auf Ansinnen der Kantone.

Vielleicht wissen Sie, dass das Pflegewesen in der Schweiz vor nicht allzu langer Zeit im Zuge des NFA ziemlich grundlegend reformiert worden ist. Die Kantone werden hier vor eine neue grosse Herausforderung gestellt. Deshalb habe ich Verständnis für den Antrag der Minderheit Hegglin Peter. Selbstverständlich ist der Kompromiss jetzt geboren. Die Pflegefinanzierung ist Teil dieser Vorlage; das wird überhaupt nicht infrage gestellt. Aber die Probleme, die sich bei der Umsetzung noch ergeben werden, sind nicht zu unterschätzen. Deshalb ist es besser, dass wir hier ehrlich legiferieren und gleichzeitig auch einen Schritt auf den Nationalrat zugehen.

Ich bitte Sie daher, den Antrag der Minderheit Hegglin Peter zu unterstützen.

Germann Hannes (V, SH): Nachdem die Diskussion über die Details nun doch eröffnet worden ist, was wir eigentlich nicht gewollt haben, muss hier klar festgestellt werden – und ich möchte das betonen –, dass wir eben auch bei der Pflege, kantonale Vorgeschichte hin oder her, ein klares Signal setzen müssen, wonach die Pflege nämlich in die Gesamtleistung mit einbezogen wird. Das ist ja auch logisch, wenn wir schon zwischen ambulanter und stationärer Leistung unterscheiden und sagen, dass es dort keine Fehlanreize geben dürfe und diese beseitigt werden müssen.

Dann – und das wissen Sie alle, die in irgendeiner Form in diesem Metier tätig sind – gilt es zu sagen: Der Übergang zur Pflege ist ja völlig fließend. Man verlässt ein Spital oder geht ins Altersheim und wird plötzlich zum Pflegefall. Dann ist doch klar, dass beim Übergang vom Spital, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgte, von der Spitex oder von welcher Institution auch immer hin zur Pflege wichtig ist, dass das gesamtheitlich betrachtet wird. Es darf nicht den Fehlanreiz geben, die Leute länger im Spital zu halten oder möglichst schnell rauszuwerfen und in die ambulante Behandlung zu verschieben. Vielmehr muss nach bestem Wissen und Gewissen entschieden werden, und zwar muss dabei der Patient oder die Patientin im Zentrum stehen. Darum geht es. Mit dieser Vorlage machen



wir diesbezüglich einen grossen Schritt vorwärts. Sie bringt auch Effizienz, ist aber mit einem Kostenanstieg in anderen Bereichen verbunden.

Damit man all dem genau Rechnung tragen kann, gibt es die Verteilung mit einem Kantonsbeitrag von mindestens 26,9 Prozent – darauf dürfte es jetzt wohl hinauslaufen. Diese Verteilung soll nach drei Jahren jeweils wieder überprüft werden können. Damit haben wir den Spielraum, den Auswirkungen des Einbezugs der Pflege zu einem späteren Zeitpunkt gebührend Rechnung zu tragen. Damit sollte auch den Kantonen gedient sein.

In diesem Sinne bitte ich Sie, jetzt dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Hegglin Peter (M-E, ZG): Worin liegt der Unterschied zwischen dem Antrag der Mehrheit und meinem Minderheitsantrag? Die Mehrheit will einfach nach sieben Jahren – ich sage es jetzt bildlich – ein Haus beziehen, ohne dass man genau definiert hat, wie es aussieht, wie gross es ist, wie es funktioniert. Sie will nach sieben Jahren das System umstellen. Ich teile die Meinung, dass man das System umstellen soll, aber dafür braucht es im Voraus eine transparente Datengrundlage, und es braucht einen einheitlichen transparenten Tarif. Das ist die Differenz.

Ich unterstütze den Nationalrat deshalb, weil es heute – das habe ich in meinen Voten vorhin gesagt – verschiedene Einstufungssysteme für die Pflege gibt. Es gibt drei Systeme. Jetzt sollen sie auf zwei reduziert werden, am Schluss soll es noch ein System sein. Je nach Kanton wird die Pflege unterschiedlich erbracht, teils mehr ambulant, teils mehr stationär. Wenn Sie das neue System einführen wollen, dann müssen Sie schweizweit eine einheitliche Basis haben. Darin liegt der Unterschied. Wenn die Kantone es hinbringen, innerhalb von sieben Jahren eine solche Basis zu schaffen, dann wird das neue System eingeführt. Vielleicht dauert es ein oder zwei Jahre länger. Wichtig ist, dass zuerst eine einheitliche Datenbasis geschaffen wird, bevor ein Kostenblock von 10 Milliarden Franken in das System integriert wird. Hier liegt die einzige Differenz.

Ich empfehle Ihnen sehr, meiner Minderheit zu folgen. Sie machen dann auch einen Schritt in Richtung Nationalrat, und ich bin überzeugt, dass Sie damit auch helfen würden, diese Vorlage für die Schlussabstimmung oder dann vor dem Volk mehrheitsfähiger zu machen.

Berset Alain, président de la Confédération: Cette discussion pourrait donner l'impression qu'il existe une différence assez massive entre la majorité et la minorité. Ce n'est pas tellement le cas. On pourrait avoir l'impression que l'on est en train de se questionner sur l'intégration ou non des soins. Ce n'est pas la question. La question est: dans quel délai souhaite-t-on la mettre en vigueur? Il est d'ailleurs prévu que la loi entre en vigueur trois ans après son adoption par le Parlement, sous réserve de tous les délais référendaires. Ensuite, personne ne doute que les soins ne seront pas intégrés avant sept ans. La majorité dit qu'au bout de sept ans, cela doit être fait, tandis que la minorité dit qu'à partir de sept ans, cela doit être fait, mais il y a encore deux conditions à remplir. C'est la seule différence. Elle n'est pas dramatique. Je peux vivre avec les deux. En principe, le Conseil fédéral est toujours très content quand on lui transmet des compétences, mais elles ne sont pas tellement nécessaires ici.

Pour cette raison, nous avons une préférence pour la clarté face à ce que signifierait la proposition défendue par la minorité Hegglin Peter qui donnerait plus de compétences au Conseil fédéral. Nous avons donc une légère préférence pour la proposition défendue par la majorité de la commission, et aussi parce que, avec un délai de sept ans qui est clair, vous donnez un signal clair à l'ensemble des partenaires. Le signal de la proposition défendue par la minorité est moins clair: au plus tôt sept ans, mais après, on verra. Ce signal clair de sept ans est d'autant plus justifié, en l'état des choses, que les fournisseurs de prestations, les cantons et les acteurs concernés ont toujours affirmé que les bases nécessaires pour une intégration des prestations de soins seront disponibles dans sept ans.

On n'a pas de peine à les croire. Cela représente deux législatures; évidemment, c'est très complexe, mais en presque deux législatures, il doit être possible de réaliser un tel effort, notamment parce que les acteurs eux-mêmes le demandent. Je pense notamment aux cantons. Ils ne vont pas mettre les pieds au mur, ils vont plutôt avoir envie et intérêt à avancer. Le Conseil fédéral a donc une légère préférence pour la proposition de la majorité de la commission. On peut vivre aussi avec la proposition de la minorité Hegglin Peter. Elle fonctionne de la même manière, à la fin, les soins sont intégrés, mais elle est un peu moins claire. Quand, comment, qui décide de quoi? C'est un peu moins clair, mais cela fonctionne aussi.

Par contre, ce sur quoi je ne m'exprimerai pas, ce sont les questions d'ordre stratégique que le porte-parole de la minorité a mentionnées. Est-il temps de faire un pas vers le Conseil national? Ce type de raisonnement vous appartient. Je ne vais pas m'exprimer sur ce point.

En ce qui concerne les deux propositions de la commission, du point de vue du Conseil fédéral, la proposition



de la majorité présente un avantage.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/6202)

Für den Antrag der Mehrheit ... 31 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 12 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin): Möchten Sie noch etwas zur Motion 22.3372 der SGK-S sagen, Herr Berichterstatter?

Ettlin Erich (M-E, OW), für die Kommission: Wir haben in der Kommission entschieden, dass wir mit dem Entscheid über die Motion noch zuwarten, ganz einfach, weil der Text der Motion des Ständerates besagt, dass auf die Jahre 2016 bis 2019 bezogen geprüft wird, ob die Umsetzung kostenneutral ist. Wenn sich der Nationalrat mit der Abschaffung der Pflegebeiträge durchsetzen würde, ist es nicht mehr kostenneutral. Wir haben gesagt, dass wir zuwarten, bis der Entscheid im Parlament absehbar ist. Wir können dann über die Motion entsprechend entscheiden. Deshalb wird heute kein Entscheid dazu gefällt.

Präsidentin (Herzog Eva, Präsidentin): Das Geschäft geht zurück an den Nationalrat.