



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)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 14.12.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.23 (DIFFERENZEN - 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)

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Wir behandeln die verbleibenden Differenzen in einer einzigen Debatte. Frau Sauter begründet den Antrag ihrer Minderheit und spricht auch gleich für die FDP-Liberale Fraktion.

Sauter Regine (RL, ZH): Ich gebe vorgängig meine Interessenbindung bekannt, wenngleich sie bereits bekannt sein sollte: Ich bin Präsidentin von H plus – Die Spitäler der Schweiz.

Nun befinden wir uns also bei diesem wichtigen Geschäft auf der Zielgeraden. Ich möchte es noch einmal betonen: Es ist wichtig, dass wir das Ziel auch erreichen und dass wir es erfolgreich erreichen. Wir haben nun mit Efas eigentlich wirklich das einzige Instrument in der Hand, mit dem man die Kostendämpfung effektiv und effizient erreichen kann, mit dem die Kostendämpfung wirklich gelingen kann, und zwar ohne Leistungsabbau und auch ohne Qualitätsverlust.

Das Geschäft und diese Massnahmen sind aus volkswirtschaftlicher Sicht richtig und notwendig, denn ambulante Behandlungen sind günstiger als Behandlungen, die im Spital stationär durchgeführt werden müssen. Es gibt somit tiefere Kosten für die Gesellschaft insgesamt. Das Geschäft und die Absicht, mehr Behandlungen ambulant durchzuführen, ist aber auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten richtig und wichtig. Wenn wir von patientenzentrierten Behandlungen sprechen, wenn wir von integrierter Medizin sprechen, dann muss es eben genau gelingen, das in einem Guss zu machen und mehr ambulant statt stationär zu behandeln. Das ist auch für die Patientinnen und Patienten angenehmer. Schliesslich ist es auch angesichts des Fachkräftemangels, den wir im Gesundheitswesen feststellen, richtig und wichtig, mehr Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verlegen. Dann haben wir auch mehr Flexibilität beim Einsatz der Fachkräfte, seien es Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Efas setzt somit insgesamt die richtigen Anreize.





Wir haben auf dem Weg der Behandlung dieses Geschäftes viele Kompromisse gemacht, wir sind der Gegenseite in vielen Punkten entgegengekommen, insbesondere den Kantonen. Wir haben das Hauptanliegen der Kantone, die Langzeitpflege einzubeziehen, berücksichtigt. Sie ist nun Teil dieses Paketes. Dieser Einbezug macht übrigens auch Sinn, weil man so die ganze Behandlungskette, welche Patientinnen und Patienten durchlaufen, vor Augen hat, und dazu gehört eben auch die Langzeitpflege.

Nun bleiben nur noch wenige Differenzen; es ist wichtig, dass es uns gelingt, diese jetzt auszuräumen. Insbesondere konnten wir in der Kommission einen wirklich grossen Durchbruch in Bezug auf die Bedingungen des Inkrafttretens des Pflegeteils erreichen. Hier haben wir einen einstimmigen Entscheid gefällt. Wir halten fest, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens Transparenz über die Kosten bestehen muss und dass kostendeckende Tarife vorliegen müssen. Dann kann auch die Langzeitpflege einbezogen werden. Es ist wirklich erfreulich, dass die ganze Kommission sich hinter diesen Kompromiss stellen konnte.

Angesichts dessen, dass wir hier immer noch an der Arbeit sind und dass wir eigentlich, so meine ich, konstruktiv zusammenarbeiten wollen und sollten, ist es unverständlich, dass von linker Seite, von den Gewerkschaften, bereits das Referendum angekündigt worden ist. Das ist einfach nicht die Art und Weise, wie man arbeiten sollte; das zeigt nicht, dass man bereit ist, hier konstruktiv mitzuwirken, dass einem daran gelegen ist, Lösungen zu erreichen. Aus meiner Sicht ist das wirklich bedauerlich und entspricht im Grunde nicht der Kultur, nicht der Art und Weise, wie wir in unserem Land Politik betreiben. Damit wir im Gesundheitswesen endlich einen Schritt weiterkommen, braucht es eben tatsächlich alle; alle müssen dazu Hand bieten.

Ich komme nun noch zu meiner Minderheit bei Artikel 49a Absatz 2, wo es um die Vertragsspitäler und -geburtshäuser geht und wo ich einen Kompromiss vorschlage. Der Minderheitsantrag verlangt, dass die Vertragsspitäler den gleichen Anteil aus der Grundversicherung erhalten wie die Listenspitäler; heute haben sie in diesem Bereich eine tiefere Abgeltung. Vertragsspitäler leisten einen wichtigen Beitrag an die Gesundheitsversorgung. Wenn ich allein die Beispiele aus den Kantonen Zürich, Waadt und Genf nehme, sehe ich: Dort werden mehr als 30 000 Personen pro Jahr in einem Vertragsspital behandelt. Sie sehen also, dass das auch zu einer substanziellen Entlastung der Kantone führt. Im Übrigen ist es auch wichtig, dass wir in diesem Bereich Wettbewerb haben. Es zwingt alle Beteiligten, alle Spitäler dazu, sich an der höchstmöglichen Qualität und auch an der bestmöglichen Effizienz auszurichten.

Der Kompromiss meiner Minderheit besteht darin, dass dem Bundesrat der Auftrag erteilt wird, nach fünf Jahren eine Kostenevaluation vorzunehmen und gegebenenfalls Massnahmen zur Kostendämpfung vorzuschlagen, falls sich die Kosten hier überdurchschnittlich entwickeln sollten.

Noch zu den weiteren Anträgen im Geschäft: Es besteht noch die Minderheit Silberschmidt; deren Antrag wird mein Kollege anschliessend begründen. Ansonsten folgt die FDP-Liberale Fraktion überall der Mehrheit und bittet Sie, Gleiches zu tun.

Weichelt Manuela (G, ZG): Das Thema ist Monismus bezüglich Finanzierung der KVG-Leistungen. Da kann eigentlich niemand dagegen sein. Aber die SGK-N macht kurz vor Ende der Monismusdebatte eine Kehrtwende und möchte die Position des Nationalrates in einem wichtigen Punkt nicht

AB 2023 N 2361 / BO 2023 N 2361

mehr aufrechterhalten. Sie macht auf halbem Wege halt und möchte den Monismus nicht mehr vollständig durchziehen, und dies in zwei Bereichen:

Die erste Kategorie sind Personen, die heute auf ambulante Leistungen wie Spitex angewiesen sind. Spitex-Patientinnen und -Patienten zahlen je nach Wohnkanton neben der Franchise und dem Selbstbehalt zusätzlich noch eine Patientenbeteiligung von bis zu rund 8500 Franken pro Jahr – entschuldigen Sie, könnten Sie ein bisschen leiser sein? (*Glocke des Präsidenten*) Danke! - oder 23 Franken pro Tag an Kosten für Pflegeleistungen. Die Kantone Freiburg, Neuenburg, Tessin, Waadt und Wallis nehmen ihre Verantwortung bei den Spitex-Leistungen wahr und erheben in diesem Bereich von den Patientinnen und Patienten nicht noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung.

Es kann doch nicht sein, dass wir eine Monismusvorlage verabschieden, die die Ungleichbehandlung bei der Finanzierung von ambulant und stationär aufheben möchte, dass wir aber genau die Personen, die früher aus dem Spital nachhause gehen und die Spitex brauchen oder die Spitex brauchen, um einen Spitalaufenthalt zu verhindern, mit einem Patientenbeitrag von 23 Franken bestrafen. Das trifft auch viele junge Menschen; das trifft die jungen Mütter mit einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt; das trifft Menschen im Rollstuhl, die auf Spitex angewiesen sind, um nur einige Beispiele zu nennen.

Die zweite Kategorie sind Menschen in einem Pflegeheim. Sie wissen, die Kosten, welche Menschen in einem Pflegeheim bezahlen, liegen zwischen 5000 und 12 000 Franken pro Monat, je nach Pflegebedarf. Wenn



diese Personen im Spital sind, zahlen sie neben der Franchise und dem Selbstbehalt keinen zusätzlichen Pflegebeitrag. Wenn sie im Pflegeheim sind, müssen sie dagegen einen Pflegebeitrag von bis zu 23 Franken pro Tag bezahlen. Der Kanton Genf verlangt die kleinsten Pflegebeiträge. Auch hier haben wir wieder einmal Föderalismus pur auf Kosten von Patientinnen und Patienten.

Mit der Einführung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand ist es nicht sachgerecht, dass ein Teil der Bevölkerung nebst Franchise und Selbstbehalt noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung zu finanzieren hat. Dieser Meinung war der Nationalrat bis anhin. Nun hat die SGK-N in der Differenzbereinigung an der letzten Sitzung die Position des Nationalrates geopfert, um in einem weiteren Punkt dem Ständerat entgegenzukommen.

Meine Minderheit bittet Sie, die Kostenverlagerung auf die Patientinnen und Patienten bei der Spitex und bei den Pflegeheimen zu streichen. Vor allem der untere Mittelstand ist mit den Kosten im Gesundheitswesen bereits genügend belastet. Für die Kantone sind die Mehrkosten von 500 Millionen Franken finanzierbar. Die Ambulantisierung hat in den letzten Jahren zu einer überproportionalen Belastung der Prämienzahlenden und zu einer Entlastung der Kantone beigetragen.

Wer nur die "Bestrafung" der Spitex-Patientinnen und -Patienten beenden möchte – hören Sie bitte zu! (*Glocke des Präsidenten*) Danke, Herr Präsident – und nicht auch die "Bestrafung" der Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen, kann dies mit der Annahme des Einzelantrages Wettstein unterstützen. Er ergäbe eine wirklich kleine Belastung von lediglich rund 60 Millionen Franken für die Kantone, würde aber voll dem Gedanken der Monismusvorlage entsprechen.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Wir befinden uns in der Differenzbereinigung. Es ist hoffentlich die letzte Runde, bevor wir in die Schlussabstimmung gehen können. Differenzbereinigungen haben es an sich, dass man aufeinander zugehen soll. Der Nationalrat ist sehr stark auf den Ständerat zugegangen. Wir haben die Pflege in die Vorlage integriert. Sie sehen auf der Fahne, dass wir praktisch überall dem Ständerat gefolgt sind. In einem Punkt finde ich es aber wichtig, dass wir am Beschluss unseres Rates festhalten, und das betrifft die doppelte Rechnungskontrolle.

Mit der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der ambulanten und der stationären Leistungen wollen wir eine Entflechtung im Gesundheitswesen herbeiführen. Wir wollen, dass die Finanzierung klar geregelt ist und dass sowohl die Versicherungen als auch die Kantone ihren fairen Anteil an die Finanzierung des Gesundheitswesens leisten. Dadurch vermindern wir Fehlanreize, die zur Folge haben, dass entweder mehr ambulant oder mehr stationär gemacht wird. Es wird immer die Leistung erbracht, die im Sinne des Patienten ist.

Wenn wir von einer Entflechtung sprechen, ist es auch wichtig, dass wir den Akteuren diejenigen Aufgaben geben, die sie am besten erbringen. Den Kantonen haben wir – das hat nicht direkt mit dieser Vorlage zu tun – das Vertrauen in Bezug auf die Spitalplanung gegeben. Die Kantone haben das Vertrauen, was die Zulassung betrifft. Die Versicherungen sind heute bereits Expertinnen und Experten, wenn es um die Rechnungskontrolle geht, und es ergibt keinen Sinn, dass diese doppelt gemacht wird.

Jetzt sind wir dem Ständerat insofern entgegengekommen, als wir bei Absatz 7 keinen Minderheitsantrag stellen. Wir haben gesagt, jawohl, die Kantone sollen Zugang zu den ambulanten Rechnungen haben. Sie sollen die Möglichkeit haben, anhand dieser Daten zu prüfen. Sie können die Spitalplanung verbessern, sie können mit diesen Daten alles machen, wofür sie in der Verantwortung stehen.

Was wir aber nicht wollen, sind die Absätze 7bis und 7ter. Meine Minderheit will nicht, dass die Kantone eine erneute Prüfung vornehmen, eine Einsprachemöglichkeit haben und somit eine neue Kompetenz erhalten; die Ressourcen und das Know-how dafür liegen bei den Versicherungen.

Es geht hier auch um die Mehrheitsfähigkeit in einer Volksabstimmung. Falls wirklich das Referendum ergriffen würde – was ich sehr bedauern würde, weil wir die Reform über ein Jahrzehnt hier drin beraten haben –, wäre es wichtig, dass wir möglichst geschlossen hinter dieser Vorlage stehen. Wenn Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter durchkommt, gibt es einfach mehr Widerstand gegen diese Vorlage. Im Sinne der Mehrheitsfähigkeit bitte ich Sie, bei diesen Absätzen an unseren Beschlüssen festzuhalten. Sonst sind wir eigentlich überall dem Ständerat entgegengekommen. Wir sind den Kantonen sehr stark entgegengekommen – zu Recht, denn sie haben ihre berechtigten Forderungen. Aber ich denke, es ist in der Sache richtig, dass wir uns auf das Wissen der Versicherungen abstützen, wenn es darum geht, die Rechnungen zu kontrollieren. Sie machen das schon heute, und sie sollen auch in Zukunft die Anlaufstelle für die Rechnungskontrolle sein.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag meiner Minderheit zu folgen. Ich weiss nicht, ob dieser Wunsch in Erfüllung geht, aber es gibt Zeichen, dass der Ständerat einlenken könnte, wenn wir an unserem Beschluss festhalten. Ich würde das sehr begrüßen. Wir hätten dann hoffentlich keine Differenz mehr und könnten mit diesem Projekt in die Schlussabstimmung gehen. Besten Dank für Ihre Unterstützung.



Mettler Melanie (GL, BE): Die bereits in die Jahre gekommene parlamentarische Initiative hatte das Ziel, die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen zu verbessern. Schon sehr lange ist allen klar, dass bei der Zahlungssystematik für die ambulant und die stationär geleistete medizinische Versorgung Fehlanreize bestehen. Diese Fehlanreize stellen nicht das Patientenwohl oder die medizinische Indikation ins Zentrum und führen erst noch zu einer unnötigen Verteuerung des Gesundheitswesens.

Zwar sind sich schon lange alle einig, dass diese Vorlage eine wichtige Grundlage für künftige Verbesserungen bei Fehlanreizen darstellt, zugunsten von Leistungserbringenden wie Institutionen, ärztlichem Fachpersonal und Pflege, für Patienten und Patientinnen, aber auch für Prämien- und Steuerzahlende. Nur ist es halt so wie oft: Veränderungen und Innovationen machen Investitionen nötig, verlangen von manchen Akteuren mehr Vorleistung als von anderen und verursachen zudem Transformationskosten. Wir können in der Schweiz mit grosser Ausdauer und Beharrlichkeit vortrefflich darüber verhandeln, wer denn jetzt diese Investitionslast zu tragen habe und wer davon verschont werden sollte und mitschwimmen darf. In der Zwischenzeit sind diejenigen die Angeschmierten, die im Status quo die sowieso fortschreitende Veränderung absorbieren müssen; im Fall des

AB 2023 N 2362 / BO 2023 N 2362

Gesundheitswesens sind dies zum Beispiel die Pflegefachpersonen und die Prämienzahlenden.

Bei den Differenzen sind nun noch drei Grundfragen offen:

1. Sollen die Versicherer aggregierte Daten, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig sind, nicht nur ans BAG, sondern auch an die Kantone liefern, und wenn ja, wie? Die grünliberale Fraktion ist der Meinung, dass dieser Datenaustausch für Planung und Kontrolle sinnvoll ist, und schliesst sich bei der Prozessfrage dem Ständerat an.

2. Wird der Finanzierungsschlüssel zwischen Kantonen und Prämienzahlenden bei dieser Vorlage ebenfalls angepasst, um die Spitex zu stärken? Aus unserer Sicht ist das nicht der Kern des Systemwechsels, ist aber in der Stossrichtung durchaus nachvollziehbar. Wir unterstützen hier den Einzelantrag Wettstein, machen daraus aber keine Grundsatzfrage für die Vorlage. Diese Frage wird uns sowieso noch weiter beschäftigen.

3. Sollen die Komplexitäten der Unterschiede zwischen Listen- und Vertragsspitalern im Finanzierungssystem ebenfalls hier verhandelt werden? Aus Sicht der grünliberalen Fraktion ist es nicht richtig, die Diskussion zu dieser berechtigten Frage bei dieser Vorlage zu führen.

Die Grünliberalen sind von der Notwendigkeit des Systemwechsels überzeugt. Nachdem es nach so vielen Jahren endlich gelungen ist, nun eine mehrheitsfähige Vorlage zu bauen in einer Sache, von der materiell alle überzeugt sind, dann sollten wir uns bitte hier fähig zeigen, diese gemeinsam gebauten Lösungen auch gemeinsam zu tragen, zu vertreten und zu verteidigen.

Die Grünliberalen schliessen sich ausser bei Artikel 60 Absatz 3 und folgende überall dem Ständerat an.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Après quatorze ans d'errance, de blocages, voire de menaces, le projet pourtant si simple de notre ancienne collègue du groupe du Centre Ruth Humbel doit absolument trouver son aboutissement durant cette session. La population est lasse d'attendre des réformes qui ne viennent pas, alors que l'augmentation annuelle des primes pèse de manière inacceptable sur son pouvoir d'achat. Or, je vous le dis, Efas est la réforme la plus importante depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Et ce ne sont pas les dernières divergences qui vont nous décourager ou laisser certains milieux retarder ou étouffer le projet.

Je le répète, l'idée initiale est simple. Tout le monde sait que le système actuel suscite de mauvais incitatifs. Il suffit de comparer le coût d'une opération en ambulatoire avec celui d'une opération en stationnaire: c'est en moyenne quatre fois moins cher! D'où la nécessité d'harmoniser le financement du système en y intégrant, bien sûr, les soins de longue durée. Si l'on vous rétorque que les milliards de francs d'économie promis à l'époque ont fondu comme neige au soleil, c'est oublier que la prise en compte de ces très coûteux soins de longue durée dans un projet visant la neutralité des coûts est une vraie réussite. Pour simple rappel, les deux dernières années d'existence coûtent autant que celles de tout notre parcours de vie.

Pour ces bonnes raisons, notre groupe soutiendra toutes les propositions de majorité qui rejoignent pour l'essentiel celles du Conseil des Etats.

Ainsi, concernant l'article 60 alinéa 3, nous avons, avec une majorité du Conseil national, décidé que les cantons devraient contribuer à hauteur de 28,6 pour cent aux soins ambulatoires et stationnaires. Cela implique la suppression de la contribution des patients aux coûts spécifiques aux prestations de soins.

Or, nous nous rangeons aujourd'hui à la décision du Conseil des Etats d'en rester à 26,9 pour cent, afin justement de garantir que l'introduction de la réforme soit neutre en matière de coûts. Selon les estimations



fournies dans l'intervalle par l'administration, la suppression de la contribution des patients impliquerait des coûts supplémentaires pour les cantons de près d'un demi-milliard de francs par an. Cela profiterait en premier lieu aux assurés dont les revenus sont moyens ou élevés, qui n'ont pas droit aux prestations complémentaires. Or, notre ligne a toujours été d'orienter les mesures vers ceux qui en ont le plus besoin. De plus, avec cette solution – et c'est une amélioration –, le plafonnement de la participation des patients, fixée à 23 francs par jour, est maintenu durant quatre ans au moins, ce qui n'est pas le cas avec la version du Conseil national.

De même, nous rejeterons la proposition individuelle Wettstein à 27,4 pour cent, qui vise à supprimer la contribution des patients aux frais de soins à domicile. Cela a un coût, 60 millions, et concerne peu de patients, dans la mesure où la grande majorité des patients qui sont hospitalisés épuisent déjà leur franchise, voire leur quote-part, au moment où ils ont besoin de soins ambulatoires complémentaires à domicile.

Concernant la transmission des données, à l'article 60 alinéa 7, là aussi, nous nous rangeons à l'avis du Conseil des Etats selon lequel les cantons doivent pouvoir accéder à toutes les factures originales du domaine hospitalier.

Cela ne veut pas dire qu'il y aura un double contrôle. Pour les cantons qui ont des systèmes informatiques qui leur permettent de mieux piloter les coûts, ce sera un avantage. Bien sûr, nous acceptons que le droit soit inscrit dans la loi, pour ces mêmes cantons, de refuser de prendre en charge les coûts si les conditions formelles ne sont pas réunies, bien que cela pourrait figurer dans une ordonnance. On élimine en tout cas ainsi une divergence; à mon sens, elle est de peu d'importance.

Si une majorité devait maintenir la version du Conseil national, le Conseil des Etats aurait encore la possibilité d'apporter une modification susceptible d'être agréée par les cantons. Il s'agirait notamment de permettre aux cantons d'accéder au moins aux données de facturation, données essentielles pour les tâches de pilotage et de planification des cantons.

La question des hôpitaux conventionnés – article 49a alinéa 2 –, quant à elle, ne doit pas faire couler le projet. Bien qu'y étant majoritairement favorable dans un premier temps, notre groupe a pris acte de la ligne rouge fixée par la gauche et les cantons qui refusent une fragilisation de leur planification hospitalière. De plus, l'augmentation de la part des assureurs à 70 pour cent, décidée par le Conseil national, impliquerait une augmentation des primes de 150 millions de francs, selon les derniers chiffres fournis. Quant à la minorité Sauter, nous l'écarterons au motif qu'il est tout à fait possible pour la commission de travailler en parallèle à une évaluation des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine des hôpitaux conventionnés au cas où ces derniers seraient intégrés ultérieurement dans la contribution cantonale. Cela pourrait se faire sous la forme d'une motion complétant la motion 22.3372 consacrée à l'évaluation d'Efas, en particulier sous l'angle de la neutralité des coûts.

Enfin, nous soutiendrons la proposition de la majorité concernant l'entrée en vigueur de la réforme. La nouvelle formulation proposée, qui devrait obtenir l'assentiment du Conseil des Etats, est souple et réaliste, puisqu'elle exige que la transparence des coûts dans le domaine des soins soit garantie sans que l'initiative sur les soins infirmiers ne fasse l'objet d'une mise en oeuvre complète dans le délai de 7 ans.

En conclusion, ne nous laissons pas intimider par les fossoyeurs de cette réforme et leurs lignes rouges: elle est nécessaire et ambitieuse, elle nous donnera une meilleure maîtrise des coûts de notre système de santé et en aucun cas elle n'entraînera de charges supplémentaires pour les payeurs de primes.

Porchet Léonore (G, VD): Ce projet entre dans sa cinquième législature. Peut-être que nous arriverons à le terminer ces prochaines semaines, mais il donne lieu à un débat – et c'est souvent le cas au Parlement – entre l'investissement public, financé équitablement entre les capacités financières de toutes et tous au sein de la population, et les dépenses des ménages. Comme souvent, ce sont les ménages, les assurés, qui sont les perdants dans ce projet, surtout parce que nous n'avons toujours pas de primes selon le revenu, comme le groupe des Verts le demande depuis longtemps.

Il y a plusieurs minorités dont je dois vous parler, je le fais dans l'ordre des articles. Pour ce qui est des hôpitaux conventionnés, l'article 49a alinéa 2 prévoit que la

AB 2023 N 2363 / BO 2023 N 2363

rémunération des hôpitaux conventionnés ne doit pas être plus élevée que 45 pour cent de la rémunération prévue dans les conventions tarifaires avec les hôpitaux. La minorité Sauter coûterait des centaines de millions par année aux assurées et assurés et réduirait considérablement les compétences de planification hospitalière des cantons. Le groupe des Verts vous invite donc à soutenir la position de majorité à cet article, et donc de se rallier à celle du Conseil des Etats.

En ce qui concerne le calcul de la contribution cantonale, la contribution au coût par les assurés, aux articles



60 alinéa 3 et 64 et suivants, un taux de 28,6 pour cent pour la contribution cantonale est préférable. En effet, l'objectif incontesté du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) est que le traitement soit davantage effectué en ambulatoire. Les personnes qui ont aujourd'hui besoin des prestations ambulatoires, telles que les soins à domicile, paient, selon les cantons de résidence, en plus de la franchise et de la quote-part, une participation du patient qui peut aller jusqu'à plus de 8000 francs par an, ou 23 francs par jour pour les coûts des prestations de soins. Des cantons ont décidé de faire une exception et ne prélèvent pas de participation supplémentaire dans ce domaine, notamment mon canton, le canton de Vaud.

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) doit absolument – et c'est le coeur du projet – inciter les personnes à quitter les soins en hôpitaux le plus tôt possible pour rentrer chez elles, après un traitement hospitalier. Pour que cela soit possible, il faut les inciter à utiliser les services de soins à domicile et donc à ne pas devoir retourner ou rester à l'hôpital. C'est grâce aux services de soins à domicile que cela sera possible. Instaurer donc une contribution par jour fait que, pour les patients, cela coûte plus cher de rentrer chez eux que de rester à l'hôpital. Cela va donc complètement à l'encontre du projet.

Dans ce cadre, le groupe des Verts vous invite à soutenir la minorité Weichelt à cet article, subsidiairement la proposition individuelle Wettstein, aux mêmes articles, qui propose une participation intermédiaire.

Je termine avec la question de la transparence des données et le contrôle des factures. Pour vérifier comment est utilisé l'argent des contribuables et comment les cantons peuvent remplir leur mandat constitutionnel, ils doivent pouvoir accéder gratuitement, à tout moment, à l'intégralité des données de facturation. En plus, il est inimaginable qu'ils paient des factures si les conditions de prise en charge ne sont pas remplies. Les cantons doivent ainsi avoir un droit de recours contre les décisions des assureurs en matière de paiement des factures. Le groupe des Verts salue donc la décision de la commission de revenir à la version originale du Conseil des Etats, à l'article 60 alinéa 7, et vous encourage à ne pas prendre de demi-mesure dans ce domaine et donc à soutenir la majorité, à l'article 60 alinéa 7bis et 7ter, qui se rallie à la position du Conseil des Etats. Je vous remercie de suivre la position du groupe des Verts sur ces articles.

Gysi Barbara (S, SG): Die SGK-N hat vor einer Woche die Differenzen zum Ständerat in diesem Geschäft ausräumen können und sich ihm in wesentlichen Punkten in einer konstruktiven Auseinandersetzung angenähert. Namentlich auch bei den Übergangsbestimmungen wurde eine sehr tragfähige Lösung gefunden.

Zu den Minderheiten bei Artikel 49a Absatz 2 und bei den Übergangsbestimmungen zu den Vertragsspitalern: Die Kommissionsmehrheit schliesst sich dem Ständerat an und will bei den Vertragsspitalern beim Status quo bleiben. Die Minderheit Sauter will, dass der Beitrag, der über das KVG – also über die Prämien aller Prämienzahlenden – geleistet wird, von 45 auf 73,9 Prozent erhöht wird. Damit würden die Prämienzahlenden an die Behandlungen in Privatspitälern – also in Spitälern, die auf keiner Spitalliste stehen und nicht zwingend Verantwortung für Ausbildung und Grundversorgung übernehmen müssen – massiv mehr zahlen und diese "Rosinenpickerspitäler" massiv besserstellen. Aktuell würde das rund 150 Millionen Franken mehr zulasten der Prämienfinanzierung bedeuten; dieser Betrag dürfte aber wohl rasch ansteigen, weil der Anreiz der Privatspitäler, sich für die Spitalliste zu bewerben, abnehmen und damit eben auch die Spitalplanung der Kantone massiv untergraben würde. Das ist für uns inakzeptabel. Es ist eine der zentralen Differenzen, es ist eine rote Linie. Wenn Sie hier der Minderheit Sauter folgen, ist für uns klar, dass wir diese Vorlage nicht unterstützen können; wir würden sie ablehnen.

Die Minderheitsanträge Silberschmidt zu Artikel 60 Absätze 7bis und 7ter lehnen wir ebenfalls ab und bitten Sie, hier der Mehrheit zu folgen. Ich denke, es ist richtig, den Kantonen diese Möglichkeiten zu geben. Es wurde gesagt, es betrifft die Kompetenzen der Kantone. Wenn die Voraussetzungen für die Kostenübernahme nicht erfüllt werden, sollen sie eine Verfügung verlangen können. Das ist für uns ein absolut legitimes und wichtiges Instrument der Kantone, um sicherzustellen, dass die finanziellen Mittel korrekt eingesetzt werden. Das ist ihr Auftrag, und sie müssen dann auch agieren können.

Bei Artikel 60 Absatz 7ter geht es um die Beschwerdemöglichkeiten der Kantone vor dem Versicherungsgericht in bestimmten Punkten. Dieses Recht ist absolut wichtig, um diese Verantwortung auch wahrnehmen zu können. Es geht darum, dass der Einsatz der öffentlichen Mittel auch kontrolliert werden kann.

Wenn Kollege Silberschmidt hierzu sagt, es sei wichtig, dem Widerstand gewisser Versicherer etwas entgegenzukommen, dann möchte ich Sie einfach bitten, hier das Fuder nicht zugunsten der Versicherer zu überladen. Es ist wirklich wichtig, dass wir hier diese Möglichkeiten für die Kantone sichern.

Zur Minderheit Weichelt, Artikel 60 Absatz 3 ff.: Es geht um den Patientenbeitrag bei der Pflegefinanzierung. Da möchten wir Sie bitten, die Minderheit Weichelt zu unterstützen. Wenn Sie das nicht tun, dann unterstützen Sie wenigstens den Einzelantrag Wettstein. Es ist wichtig, hier die Ambulantisierung, die richtig und wichtig ist, nicht zusätzlich mit Kosten für die Patientinnen und Patienten zu belasten. Wir haben ein grosses Interesse



daran, dass ambulante Behandlungen vor stationären gefördert werden. Wenn das aber für die Patienten zu zusätzlichen Kosten führen würde, dann wäre das nicht sinnvoll. Es wäre einfach eine falsche Verlagerung. Zu den Übergangsbestimmungen: Diese Bestimmungen scheinen mir sehr wichtig zu sein. Hier konnten wir eine Einigung finden, indem wir einerseits dem Ständerat, andererseits auch den Leistungserbringern, den Kantonen entgegenkommen und die fixe Inkraftsetzung des Einbezugs der Pflege nach sieben Jahren akzeptieren. Diese Einigung bietet auf der einen Seite eine gewisse Rechtssicherheit. Auf der anderen Seite ist es uns extrem wichtig, dass die Tarife auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis erarbeitet werden. Sie müssen zudem kostendeckend sein, um auch die Bedenken seitens der Pflegefachpersonen und -verbände aufzunehmen, die Pflege müsse weiterhin zu nicht kostendeckenden Tarifen arbeiten. Hier haben wir einen wichtigen Schritt gemacht, und ich denke, es ist auch gut, dass wir diesen Passus in der Kommission einstimmig beschliessen konnten. So konnten wir doch einige Bedenken ausräumen, um diese gesundheitspolitisch wichtige Vorlage auf dem weiteren Weg auch sichern zu können. Die SP-Fraktion wird sich nächste Woche noch einmal mit der Vorlage auseinandersetzen und sich dann abschliessend positionieren. Besten Dank, wenn Sie heute diesen Empfehlungen folgen.

de Courten Thomas (V, BL): Sie haben es heute Morgen bereits mehrfach gehört: Es geht hier um die Efas-Vorlage, eine der zentralsten Reformen des Gesundheitswesens, die wir in der letzten Legislatur vorangetrieben haben. Die Behandlung dieser Vorlage dauert jetzt bereits vierzehn Jahre, und wir nähern uns der Zielgeraden. Und Sie hören es auch: Es wird hier und dort von roten Linien gesprochen. Ich denke, es ist zentral, dass wir uns bei diesen Differenzen auf einen gutschweizerischen Kompromiss einigen können. Denn auch wir in unserer Fraktion werden, wie Frau Gysi es vorhin gesagt hat, am Ende, wenn die Differenzen bereinigt sind, vor der Schlussabstimmung am nächsten Freitag eine

AB 2023 N 2364 / BO 2023 N 2364

Schlussbetrachtung machen und dann auch unsere Position definieren, dass wir das möglichst über die Runden bringen.

Bei den Differenzen, die jetzt noch bestehen, geht es einerseits um die Rechnungskontrolle, die wir auch schon mehrfach in diesem Saal diskutiert haben. Wir auf unserer Seite wollten immer vermeiden, dass es eine doppelte Rechnungskontrolle gibt, sowohl eine Kontrolle vonseiten der Versicherer als auch eine vonseiten der Kantone. Wir haben hierzu in der Kommission einen Weg gefunden und beantragen, dass die Spitäler und die Kantone die Rechnungen, die sie bisher schon hatten, auch weiter zur Verfügung haben, damit sie ihre Aufgaben in der Spitalplanung, in der Versorgungssicherung und in der Zulassung entsprechend wahrnehmen können. Sie üben aber nicht die eigentliche Rechnungskontrolle aus. Diese soll bei den Versicherern bleiben. Ich denke, das ist eine vernünftige Lösung.

Die Frage der Pflegebeiträge ist für uns klar. Wir sind der Meinung, dass sie bestehen bleiben sollen. Letztlich geht es um die Frage der sozialen Ausrichtung dieser Vorlage: Wollen wir mit der Abschaffung der Pflegebeiträge auch diejenigen begünstigen, die es gar nicht nötig hätten, oder wollen wir das System mit den Ergänzungsleistungen beibehalten, das bisher auch funktioniert hat?

Bei der Frage der Vertragsspitäler sind wir nach wie vor der Meinung, dass wir eigentlich am Beschluss des Nationalrates festhalten und die Spitäler gleich behandeln sollten.

Beim Inkrafttreten ist unser entscheidendes Anliegen, dass wir dann die finanzielle Situation, die Strukturen und Tarife kennen, die mit der Pflegefinanzierung in dieses System integriert werden sollen. Deshalb brauchen wir die Übergangslösung, so wie sie jetzt auch von der Kommission definiert ist. Wir haben dort immerhin darauf verzichtet, dass die vollständige Umsetzung der Pflege-Initiative noch explizit genannt wird. Wir streben selbstverständlich an, den Volkswillen zu respektieren, aber in dieser expliziten Form, wie sie der Nationalrat in der letzten Version noch drin hat, ist es in der Umsetzung sehr schwierig.

Deshalb bitten wir Sie, die Vorlage in diesem Sinne voranzutreiben und die Differenzen zu bereinigen.

Berset Alain, président de la Confédération: Ce matin, vous avez une dernière possibilité de vous exprimer sur ce projet, avant une possible conférence de conciliation. J'aimerais vous inviter, concernant tous les points en discussion, à suivre la majorité de votre commission. Il existe une proposition individuelle Wettstein, dont je vous parlerai, avec laquelle nous pourrions également très bien vivre.

Le point le plus important est sans conteste celui qui concerne les hôpitaux conventionnés. Aujourd'hui, vous le savez, les hôpitaux conventionnés sont financés par l'assurance obligatoire des soins à hauteur de maximum 45 pour cent. Selon votre conseil, dans la dernière discussion, cette part de financement passerait de 45 à 71,4 pour cent. En parallèle, le Conseil des Etats s'est montré deux fois très clair, en étant unanime sur cette



question, et en proposant que le financement des hôpitaux conventionnés soit maintenu, comme cela est le cas aujourd'hui – on n'y changerait rien –, à 45 pour cent. C'est une position que le Conseil fédéral soutient. Il ne s'agit pas tellement, avec cela, de renforcer la concurrence entre hôpitaux publics et privés, parce que la très grande majorité des hôpitaux privés sont des hôpitaux répertoriés sur les listes de planification hospitalière cantonale et ce ne sont pas des hôpitaux conventionnés. Les hôpitaux conventionnés, eux, n'ont pas les mêmes conditions et les mêmes obligations à remplir. Si on mettait donc le même taux de subventionnement avec des conditions différentes, on ne faciliterait pas la concurrence: on la fausserait. C'est exactement ce que nous souhaitons éviter.

Pour la deuxième fois maintenant, la majorité de votre commission vous propose de suivre le Conseil des Etats, unanime sur ce point, ce que soutient également le Conseil fédéral. J'aimerais vraiment vous inviter à ne pas toucher à cette question du financement des hôpitaux conventionnés et de laisser cela à 45 pour cent. J'insiste sur ce point, parce qu'il y a une minorité et qu'il y aura naturellement un vote très important à ce sujet. Ce n'est pas seulement un vote très important pour ne pas fausser la concurrence et pour ne pas affaiblir aujourd'hui la planification hospitalière. C'est aussi un point très important, puisque, comme il s'agirait d'un affaiblissement de la planification hospitalière, on doit s'attendre, en cas de victoire de la minorité de votre commission, à une opposition vraiment frontale et complète des cantons, qui ne seront pas d'accord avec cela. On devrait également s'attendre à une augmentation directe des primes de 100 à 150 millions de francs. Si vous ne suivez pas la majorité, cela signifie aussi accepter une augmentation des primes d'environ 100 à 150 millions de francs par année d'un coup, qui s'ajouterait à toutes les autres difficultés que nous avons déjà dans ces questions de financement.

J'aimerais donc vous inviter – avec un peu d'insistance, mais c'est le point le plus important – à suivre sur ce point la majorité de votre commission.

J'en viens maintenant aux autres points. Un deuxième sujet concerne la contribution des patients aux prestations de soins. Là aussi, il existe – ou il existait – une divergence entre vos conseils, qui avait des conséquences importantes pour les cantons en matière de coûts, puisque l'une coûtait simplement 500 millions de francs de plus environ aux cantons – c'était la proposition du Conseil national. Le Conseil des Etats, naturellement, ne l'entend pas de cette oreille. Votre commission propose maintenant de rejoindre le Conseil des Etats: on passerait donc de 500 millions de coûts pour les cantons à 0, si on veut le dire ainsi. Une proposition individuelle Wettstein propose de ne pas faire passer de 500 millions à 0, mais de 500 millions à 60 millions. C'est presque dix fois moins. Il nous semble donc que cela est une proposition individuelle qui pourrait ne pas poser de problèmes – en tout cas de ne pas poser les problèmes que nous avons et que le Conseil des Etats avait avec la majorité de votre conseil la dernière fois.

J'aimerais donc ici vous inviter à ne pas suivre la minorité Weichelt, parce qu'elle demande de garder cette facture de 500 millions pour les cantons, mais de suivre la majorité de votre commission, tout au plus, et si vous le souhaitez avec la proposition individuelle Wettstein, avec laquelle nous pouvons vivre.

J'aimerais terminer encore sur un dernier point qui concerne l'intégration des prestations de soins. Je le mentionne ici en sachant que ce point n'est pas débattu ce matin. Il y a une précision importante que je dois faire, et que je souhaite faire, dans les deux conseils, pour le débat.

Votre commission a décidé, à l'unanimité, de faire entrer en vigueur l'intégration des prestations de soins après sept ans. Cette question est maintenant réglée et je souhaite préciser qu'il est absolument clair que le Conseil fédéral consultera tous les acteurs concernés avant que cette disposition – ce pas important – soit mise en oeuvre. Je souhaite qu'il n'y ait aucun doute sur le fait que l'ensemble des acteurs concernés seront entendus, en bonne et due forme, dans les règles que nous connaissons pour ce genre de consultation dans notre pays, avant toute mise en oeuvre de l'intégration des soins dans le projet, au bout de sept ans.

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

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je répète ce que tout le monde a dit. Nous sommes donc dans le financement moniste des prestations de soins. Encore une fois, pour rappel, il s'agit ici d'introduire le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires dans le secteur de la santé, un projet serpent de mer qui arrive à son terme lors de la session en cours, un projet appelé de ses vœux par l'ensemble des experts du domaine de la santé, et qui n'est pas terminé encore aujourd'hui, puisqu'un référendum a déjà été annoncé. Nous sommes ici au traitement des divergences.

Pour rappel, nous avons traité le dossier au Conseil national pour la première fois le 26 septembre 2019, dans l'avant-dernière législature; puis, il a été traité le 1er décembre 2022 au



Conseil des Etats; ensuite le 13 septembre 2023 au Conseil national, ici même; le 6 décembre 2023, il y a eu une décision du Conseil des Etats; le 7 décembre 2023, il a été traité dans la commission du Conseil national. Il reste encore six divergences que nous traitons aujourd'hui. La première concerne le besoin des cantons en matière de données et le contrôle des factures. L'article 21 concerne les données que reçoivent les cantons. Le Conseil des Etats a décidé d'octroyer l'accès aux données de manière agrégée, mais aussi, dans des cas exceptionnels, aux données individuelles concernant les patients. Votre commission s'est ralliée à la Chambre des cantons sur ce point, sans opposition.

De même, la commission a décidé de rejoindre le Conseil des Etats à l'article 60 alinéa 7, qui prévoit que les cantons peuvent accéder gratuitement aux données des factures pour les prestations hospitalières. A l'inverse, aux alinéas 7bis et 7ter, le Conseil des Etats prévoit les procédures en cas de litige, soit un devoir d'information, puis une voie de recours. Sur ce point-là, la commission, si elle a suivi le Conseil des Etats, n'a pas été unanime. Contrairement à la version des Etats, le paquet a ainsi été divisé en deux parties. Une première concerne l'information, une seconde concerne le traitement du litige. Seul ce dernier point fait l'objet encore d'une minorité Silberschmidt.

Sur ce point, la majorité s'est ralliée au Conseil des Etats, estimant qu'une voie de recours et une voie de litige devaient être ouvertes et que c'était l'objet même de la procédure qui était en jeu. Par 17 voix contre 8, la majorité vous invite à rejeter la minorité Silberschmidt.

A l'article 42 alinéa 3, il s'agit d'un point de détail. Le droit en vigueur a évolué durant nos délibérations et le Conseil des Etats a mis à jour la loi. La CSSS-N a accepté cette modification sans opposition et il n'y a pas de minorité.

La troisième divergence concerne la question de la rémunération des prestations fournies dans les hôpitaux conventionnés – les "Vertragsspitäler", en allemand –, la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et les conséquences qui en découlent. Sur ce point, nous avons une divergence importante concernant le financement des hôpitaux conventionnés. Actuellement, les hôpitaux qui ne figurent pas sur les listes hospitalières peuvent bénéficier de la part versée par l'assurance obligatoire des soins avec laquelle ils ont fixé un accord, soit 45 pour cent du tarif. Avec le nouveau système, nous avons débattu ici l'idée d'adapter cette part dès lors que le taux augmente jusqu'à environ 75 pour cent. Dans un premier temps, le Conseil national a accepté d'augmenter cette part lors des débats. Le Conseil des Etats, de son côté, s'y est opposé et a décidé de maintenir sans opposition la part de financement actuelle, soit 45 pour cent.

L'idée derrière la solution du Conseil des Etats est la suivante: pour les hôpitaux conventionnés, il ne doit y avoir ni amélioration ni détérioration par rapport au statu quo; aujourd'hui, ces hôpitaux conventionnés sont financés à 45 pour cent par les primes et à 0 pour cent par les cantons, et il en serait de même demain avec sa solution. Pour le Conseil des Etats, améliorer la situation des hôpitaux conventionnés entraînerait des coûts supplémentaires pour les payeurs de primes. On augmenterait le pourcentage de 45 à environ 75 pour cent, ce qui entraînerait indubitablement des coûts supplémentaires de l'ordre de 100 à 150 millions de francs pour les primes d'assurance-maladie. Il existe un grand risque d'augmentation supplémentaire du volume avec le temps, car les assurances complémentaires deviendraient plus attrayantes.

Pour la majorité, le renforcement des hôpitaux conventionnés porte également atteinte à la planification hospitalière cantonale. Les hôpitaux – qu'ils soient publics ou privés – peuvent proposer des prestations s'ils remplissent certaines conditions. Les hôpitaux conventionnés ne doivent respecter aucune condition. Si les hôpitaux qui n'ont pas de convention à respecter – par exemple ceux qui n'ont pas de service d'urgence et qui ne doivent pas accueillir de patients – sont renforcés, la compétence des cantons pour fixer de telles conditions est sapée.

La proposition de minorité Sauter propose de nous en tenir à la version du Conseil national et d'augmenter la part dévolue aux hôpitaux conventionnés. Elle considère que cette formule permet de favoriser la concurrence et d'assurer l'égalité de traitement. Cette formule, qui s'additionne au chiffre III alinéa 10, aboutit à une version qui impose au Conseil fédéral de suivre l'évolution des coûts et de prendre des mesures en cas d'évolution disproportionnée. La version du Conseil des Etats a été soutenue in fine, par 13 voix contre 11 et 1 abstention. L'ajout proposé par Mme Sauter n'a pas non plus été soutenu, par le même résultat.

La quatrième divergence concerne la suppression de la contribution des patients aux prestations de soins et ses conséquences. Le financement des soins est assuré par trois acteurs: l'assurance obligatoire des soins – c'est-à-dire les payeurs de primes –, les cantons et la contribution résiduelle qui est à charge des patients. Nous avons débattu ici, lors de notre dernière session, de supprimer la contribution des patients. La majorité du Conseil national proposait de faire ainsi, augmentant d'autant la contribution des cantons, qui était estimée à 500 millions de francs à charge des cantons selon l'administration. Le Conseil des Etats n'a pas suivi le Conseil national et propose de maintenir cette participation privée, estimant que nous risquions de rendre le



projet plus difficile à défendre au yeux des cantons et de charger la barque, comme on dit. La majorité de la commission a finalement soutenu la proposition du Conseil des Etats, par 15 voix contre 10. Je souligne qu'il y a encore, sur ce point, une proposition individuelle Wettstein qui vise à supprimer la participation des soins uniquement concernant le secteur ambulatoire. Si nous n'avons pas pu discuter de ce projet, je tiens à vous dire que selon les informations reçues de l'administration, cette proposition de minorité coûterait 60 millions de francs selon la base 2016–2019, et non 500 millions conformément à la proposition de minorité.

Enfin, la sixième et dernière divergence concerne l'entrée en vigueur du projet d'intégration des soins.

Le Conseil national proposait que l'entrée en vigueur suive celle de l'initiative sur les soins infirmiers. Le Conseil des Etats ne nous a pas suivis.

La commission, unanimement, propose de maintenir cette divergence.

Hess Lorenz (M-E, BE), für die Kommission: Guten Morgen, Herr Bundespräsident, es freut mich, dass wir beim letzten direkten Aufeinandertreffen genau auf der Linie sind. Wir empfehlen hier nämlich genau wie Sie, dass der Rat überall der Mehrheit folgt.

Es liegt bei Differenzbereinigungen in der Natur der Sache, dass man dazu appelliert, aufeinander zuzugehen, dass man versucht, eine Einigungskonferenz zu vermeiden, und dass man auch damit argumentiert, dass man die Arbeit abschliessen sollte. Das ist eigentlich üblich. Aber heute befinden wir uns wirklich ein bisschen in einer anderen Dimension, zum einen, was die Dauer der Behandlung dieses Geschäfts anbelangt, zum andern, was die Bedeutung dieses Geschäfts anbelangt. Entscheidend ist nicht nur die Tatsache, dass wir nun, wie heute schon mehrfach gehört, vierzehn Jahre und Hunderte von Stunden an dieser Vorlage gearbeitet haben, sondern auch die Tatsache, dass man weitherum der Meinung ist, es handle sich um den bedeutendsten Reformschritt im Gesundheitswesen seit der Einführung des KVG. Dessen sollten wir uns, glaube ich, bewusst sein, und wir sollten wirklich mit der Absicht in diese Debatte gehen, die lange, lange Geschichte zu einem einigermaßen guten Ende zu bringen.

Es geht auch um eine Ersparnis. Die Monismusvorlage wurde lanciert, um Kosten zu dämpfen. Wie hoch diese Ersparnis ist, da gehen die Meinungen auseinander. Aber die Mehrheit glaubt nicht, dass wir es uns leisten können, gleich zu Beginn der neuen Legislatur die erste einigermaßen konkrete Massnahme im Gesundheitswesen nach so vielen Jahren zu versenken.

Wichtig zu wissen ist auch – und dessen sollten wir uns bewusst sein –, dass ein erstes grosses Aufeinander-Zugehen erfolgte, als die Kommission des Nationalrates, die SGK-N, und der Rat auf die Forderung der Kantone einlenkten, auch

AB 2023 N 2366 / BO 2023 N 2366

die Pflege in diese Vorlage zu integrieren. Seither haben die Diskussionen wieder einige Jahre gedauert. Ich glaube, die Phase der roten Linien ist in diesem Geschäft vorbei; sie sind fehl am Platz.

Selbstverständlich haben wir in der Kommission letzte Woche zum wiederholten Mal die Frage des Patientenbeitrags diskutiert. Mein Kollege Nantermod hat Ihnen die Stimmenverhältnisse zu jeder Differenz angegeben. Wir haben auch die Frage der Finanzierung der Vertragsspitäler diskutiert. Bei der Inkraftsetzung und der Umsetzung haben wir eine Lösung gefunden, die zwar nicht genau der Haltung des Ständerates entspricht, aber doch ein Einlenken bedeutet. Wir haben auch Signale aus dem Ständerat, dass diese Inkraftsetzungs- und Umsetzungslösung akzeptiert würde.

Ein weiterer Punkt, der in die Kategorie "rote Linien" fiel, war die Rechnungskontrolle. Hier gibt es sehr viele gute Gründe, weshalb nicht noch eine Rechnungskontrolle bei den Kantonen eingeführt werden sollte. Aufgrund der Tatsache aber, dass wir nicht von einer WZW-Kontrolle, sondern eher von einer formellen Kontrolle sprechen, welche die Kantone durchführen, hat sich die Kommission hier in der Mehrheit dazu durchgerungen, die doppelte Rechnungskontrolle zu akzeptieren.

Warum ist es in der Kommission nun so herausgekommen, dass wir bei fünf von sechs Differenzen auf die Position des Ständerates einschwenken? Normalerweise macht man etwa halbe-halbe bei den Differenzen und hat dann noch ein Pfand für die Einigungskonferenz. Wir müssen uns aber eines bewusst sein, und das ist das Spezielle an der Vorlage: Hier ist nicht zu Unrecht die Haltung der Kantone und damit natürlich auch des Ständerates entscheidend, weil die Kantone mit der Einführung der gleichen Finanzierung für ambulante und für stationäre Leistungen eine neue Zahlungsverantwortung haben. Daraus resultiert natürlich auch ein Bedarf an Steuerung und Mitsprache. Deshalb ist es in diesem Fall – das ist nicht immer so – tatsächlich gut, wenn wir auf die Positionen des Ständerates einschwenken, und das hat Ihre Kommission gemacht.

In einem Punkt, das betrifft die Bedingungen für die definitive Umsetzung respektive Inkraftsetzung und Integration der Pflege-Initiative, haben wir die Differenz, die noch vorhanden war, modifiziert in einem Sinne, der



auch für den Ständerat tragbar sein sollte.

Zum Einzelantrag Wettstein: Selbstverständlich wurde auch die Frage des Patientenbeitrags noch einmal einlässlich diskutiert, wir haben dies auch hier schon gemacht. Wir sind leider einfach nicht mehr in der Phase, in der wir die Vorlage noch mit Einzelanträgen abändern und darauf hoffen können, dass dies im Ständerat dann auch noch akzeptiert wird. Wir sind in dieser Vorlage einfach ein bisschen gefangen zwischen den beiden Kammern. Wir haben den Einzelantrag Wettstein in der Kommission natürlich noch nicht behandelt. Ich gehe aber davon aus, dass die Mehrheit der Kommission ihn im Sinne des Ganzen und im Sinne der Bereinigung ablehnen würde. Nebenbei sind mit diesem Antrag natürlich auch wieder 60 Millionen Franken Kosten zulasten der Kantone verbunden.

Kurz und gut: Ich glaube, dass wir uns – und das gilt für jede Fraktion – etwas gut überlegen sollten. Es gibt Punkte, wir haben es vorhin gehört, bei denen man sagt, wenn die so kommen oder angenommen werden, dann helfen wir nicht mehr mit. Dieses Spiel sollten wir nicht mehr spielen. Wir sollten auch nicht mit dem Referendum drohen. Ich frage mich übrigens auch, wie ein Referendum erklärt werden sollte, falls es denn ergriffen würde. Das sind Drohgebärden, die wir nicht brauchen. Es ist nicht der richtige Zeitpunkt für ein Versenken, es ist nicht der richtige Zeitpunkt für ein Drohen mit dem Referendum, und es ist nicht mehr der richtige Zeitpunkt für rote Linien. Ich glaube, wem es ernst ist damit – und das muss sich jeder, jede Einzelne und jede Fraktion hier überlegen –, dass wir diese lange Geschichte zu einem einigermaßen akzeptablen Ende bringen, der oder die muss hier einige Kröten schlucken, auch wenn die Krötenzahl im Nationalrat ein bisschen grösser ist als im Ständerat. Aber hier, glaube ich, ist es das wert.

Deshalb bitte ich Sie im Namen der Kommission, überall der Mehrheit zu folgen.

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Ich gratuliere unserem Kollegen Kilian Baumann ganz herzlich zu seinem Geburtstag. Alles Gute! (*Beifall*)

Art. 21 Abs. 2 Bst. d; 42 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 21 al. 2 let. d; 42 al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49a Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Festhalten

Art. 49a al. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Maintenir

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer III Absatz 10.



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27857)

Für den Antrag der Mehrheit ... 101 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 90 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Art. 60

Antrag der Mehrheit

Abs. 3, 3bis, 7, 7bis, 7ter

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 3

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Silberschmidt, Aellen, Aeschi Thomas, de Courten, Nantermod, Sauter)

Abs. 7bis, 7ter

Festhalten

Antrag Wettstein

Abs. 3

... Der Prozentsatz liegt bei mindestens 27,4 Prozent.

Schriftliche Begründung

Es ist das unbestrittene Ziel von Efas, dass Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden. Personen, die heute auf ambulante Leistungen wie Spitex angewiesen sind, zahlen je nach Wohnkanton nebst der Franchise und dem Selbstbehalt zusätzlich noch eine Patientenbeteiligung von bis zu rund 8500 Franken pro Jahr oder 23 Franken pro Tag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Ausnahmen sind einzig die Kantone FR, NE, TI, VD und VS, welche in diesem

AB 2023 N 2367 / BO 2023 N 2367

Bereich nicht noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung erheben. Mit Efas muss der Anreiz gesetzt werden, dass Personen nach einer Behandlung früher aus dem Spital nachhause gehen und Spitex nutzen können oder aber dank Spitex gar nicht ins Spital eintreten müssen. Ein Tagespflegebeitrag, den die Patientin, der Patient selber zahlen muss, wirkt dem entgegen und führt zur unnötigen Verteuerung der gesamten Behandlung.

Art. 60

Proposition de la majorité

Al. 3, 3bis, 7, 7bis, 7ter

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 3

Maintenir

Proposition de la minorité

(Silberschmidt, Aellen, Aeschi Thomas, de Courten, Nantermod, Sauter)

Al. 7bis, 7ter

Maintenir

Proposition Wettstein

Al. 3

... Ce taux se monte à 27,4 pour cent au moins.



Abs. 3 – Al. 3

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

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27858)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag Wettstein ... 73 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27859)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 73 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 7bis, 7ter – Al. 7bis, 7ter

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 09.528/27860)

Für den Antrag der Mehrheit ... 135 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 54 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

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

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)
Festhalten

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

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)
Maintenir

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. III

Antrag der Mehrheit

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 8

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Abs. 10

Der Bundesrat evaluiert die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der Vertragsspitäler und -geburtshäuser gemäss Artikel 49a frühestens fünf Jahre nach der Einführung der neuen Prozentsätze für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 3. Er hört dazu insbesondere die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer an. Stellt er eine überdurchschnittliche Kostenentwicklung fest, schlägt er Massnahmen zur Kostendämpfung in diesem Bereich vor.

Ch. III

Proposition de la majorité

Al. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 8

Maintenir

Proposition de la minorité

(Sauter, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Glarner, Gutjahr, Nantermod, Silberschmidt, Wyssmann)

Al. 10

Le Conseil fédéral évalue l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés selon l'article 49a au plus tôt cinq ans après l'introduction des nouveaux taux de la contribution cantonale selon l'article 60 alinéa 3. A cet effet, il consulte notamment les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations. S'il constate une évolution des coûts supérieure à la moyenne, il propose des mesures visant à maîtriser les coûts dans ce domaine.

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt. Über den Antrag der Minderheit Sauter wurde bei Artikel 49a Absatz 2 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

AB 2023 N 2368 / BO 2023 N 2368

Ziff. IV

Antrag der Mehrheit

Abs. 3 Bst. b

b. ... dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

Abs. 4 Bst. b

b. ... dem Ablauf der Referendumsfrist folgt. Die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.



Antrag der Minderheit

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Abs. 3 Bst. b

b. ... sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: ...

Abs. 4 Bst. b

b. ... sowie 64 Absatz 7 Buchstabe b: ...

Ch. IV

Proposition de la majorité

Al. 3 let. b

b. ... , au 1er janvier. Les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Al. 4 let. b

b. ... au 1er janvier. Les parties contractantes veillent à ce qu'il existe d'ici cette date des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de coûts et de données uniforme et transparente et remplissant les conditions légales, à savoir notamment des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Proposition de la minorité

(Weichelt, Crottaz, Gysi Barbara, Hässig Patrick, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Schläfli, Wyss)

Al. 3 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 7 lettre b ...

Al. 4 let. b

b. ... ainsi que 64 alinéa 7 lettre b ...

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Über den Antrag der Minderheit Weichelt wurde bei Artikel 60 Absatz 3 abgestimmt.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Präsident (Nussbaumer Eric, Präsident): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.