



05.025

**Bundesgesetz
über die Neuordnung
der Pflegefinanzierung****Loi fédérale
sur le nouveau régime
de financement des soins***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.09.06 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.06.07 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 24.09.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 25.09.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 04.03.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.05.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 05.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 11.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Nach geltendem Recht übernimmt die obligatorische Krankenversicherung für die Pflege im Pflegeheim und durch die Spitex die Krankenpflegeleistungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung definiert sind. Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG zu tragenden Pflegekosten sind jedoch nicht klar. Der Kostendeckungsgrad wird auf 55 bis 60 Prozent geschätzt. Das Parlament beauftragte deshalb den Bundesrat, eine Neuordnung vorzuschlagen. Der Bericht des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde dem Parlament im Februar 2005 vorgelegt.

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung orientiert sich der Bundesrat an zwei Reformzielen: Zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden. Zum anderen geht es darum, die Krankenversicherung, welche im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich zu belasten, oder mit anderen Worten: Die altersbedingte Mehrbelastung für die Pflege soll nicht unbegrenzt von der Krankenversicherung getragen werden.

Das Modell des Bundesrates, wie Sie es auf der Fahne finden, baut bezüglich der Krankenversicherung auf den bereits heute rechtlich verankerten Begriffen der Behandlungs- und Grundpflege auf. Dabei soll die Krankenversicherung im Pflegebereich ihre Leistungen deutlicher auf ihre eigene Kernaufgabe ausrichten. Die Kosten für medizinische Massnahmen wie das Verabreichen von Spritzen, Verbandswechsel usw. sollen künftig voll übernommen werden, während an die Grundpflege, z. B. für die Körperpflege, für Hilfe beim Anziehen und Essen, künftig aus der Krankenversicherung lediglich ein Beitrag entrichtet werden soll. Die nicht von der Krankenversicherung übernommenen Kosten sollen, wie bereits heute, von der öffentlichen Hand und von den Pflegebedürftigen selber übernommen werden. Damit die Pflegefinanzierung zumindest kurzfristig zu keiner Mehrbelastung für die Haushalte führt, werden vom Bundesrat der Ausbau der Ergänzungsleistungen und die Einführung einer Entschädigung für leichte Hilflosigkeit vorgeschlagen.

Gesamthaft gesehen würde mit diesen Massnahmen eine leichte Entlastung der pflegebedürftigen Personen herbeigeführt. Da die Ergänzungsleistungen aber bedarfsabhängig gewährt würden, würde es von der Situation des einzelnen Haushaltes abhängen, ob eine Entlastung eintritt oder nicht.





Die Kommission hörte sich anlässlich eines Hearings im August 2005 die Kantone und viele Leistungserbringer an. Die Verbände und die Kantone präsentierten je ein eigenes Modell zur Pflegefinanzierung. Vor allem aus der Praxis wurde dem bundesrätlichen Modell viel Skepsis entgegengebracht. Einig, und das war für uns dann wegweisend, waren sich die Hearing-Teilnehmer allerdings in einem Punkt: Die Fokussierung der Krankenversicherung auf den Pflegebereich sei zwar richtig, die Unterscheidung in der Finanzierung von Behandlungs- und Grundpflege würde aber zu endlosen Diskussionen und Streitereien über Abgrenzungsfragen führen. Die Unterscheidung sei praxisfremd, nicht praktikabel, führe

AB 2006 S 643 / BO 2006 E 643

zu Vollzugsproblemen und setze falsche Anreize. Zudem sei nicht einsichtig, weshalb die Pflege eines Menschen mit einer chronischen Krankheit, bei der medizinisch mehr Leistung erbracht werden kann, besser entschädigt wird als die Pflege bei einer Erkrankung, wo kaum Behandlungsmöglichkeiten bestehen, wie zum Beispiel bei Alzheimer oder schwerer Osteoporose. Auch die Gefahr von falschen Anreizen ist ernst zu nehmen. Viele Chronischkranke kennen immer wieder Akutphasen. Da wäre die Versuchung gross, den Patienten in ein Akutspital zu verlegen, wo kein Unterschied zwischen Behandlungs- und Grundpflege gemacht wird. Deshalb sei klar auf diese Unterscheidung zu verzichten.

Die Leistungserbringer vertraten zudem die Meinung, dass zwischen verschiedenen zeitlichen Pflegephasen und nicht zwischen unterschiedlichen Pflegeleistungen zu unterscheiden sei. Nach ihrer Auffassung hätten die Krankenversicherer während der ersten 60 oder 30 Pflagestage die vollen Pflegekosten zu übernehmen. Betreffend Finanzierung seien die Kosten für die Versicherten zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt zu limitieren. Die Patienten sollten höchstens 20 Prozent der Restkosten übernehmen, die Finanzierungslücke sei durch die öffentliche Hand zu tragen.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) bevorzugte ein Modell, bei dem die Pflegekostenentwicklung voll auf den Prozentanteil der Krankenversicherung überwälzt wird. Ansonsten sei absehbar, dass die übrigen Finanzierer, Pflegebedürftige und öffentliche Hand zunehmend stärker belastet würden. Die Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung müssten zudem über die Zeit gemäss den anrechenbaren Vollkosten der Pflege angepasst werden.

Keine Opposition hingegen erwuchs dem bundesrätlichen Entwurf seitens der Hearing-Teilnehmer bezüglich der Einführung einer AHV-Hilflosenentschädigung bereits bei leichter Hilflosigkeit. Auch die Abschaffung der Höchstwerte von rund 30 000 Franken bei den Ergänzungsleistungen wurde nicht kritisiert.

Nach eingehender Diskussion beauftragte die Kommission in der Folge die Verwaltung, einen Kompromissvorschlag mit Varianten vorzulegen. Dabei wurden seitens der Kommission folgende Eckwerte gesetzt: Zum einen – und das war wohl der wichtigste Entscheid – sei auf die Unterscheidung von Behandlungs- und Grundpflege zu verzichten. Auch künftig sollen die Leistungen der Versicherer die Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege gemäss Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung umfassen. Zum Zweiten habe die Finanzierung durch die Krankenversicherung über einen Beitrag an die Kosten der Pflegemassnahmen zu erfolgen. Dabei sei bei der Bemessungsgrundlage vom heutigen Finanzierungsvolumen auszugehen. Die restlichen Pflegekosten würden den Leistungsbezüglichen und Leistungsbezüglichen in Rechnung gestellt. Bei ungenügenden eigenen Mitteln der Pflegebedürftigen sollten die subsidiären Sozialversicherungen wie Ergänzungsleistungen und allenfalls Sozialhilfe zum Tragen kommen.

Die Beiträge aus der Krankenversicherung an die Pflegekosten sollten entweder aufgrund von absoluten Frankenbeträgen oder aufgrund eines gesetzlich definierten Prozentsatzes erfolgen. Dabei sei das heutige Finanzierungsvolumen der Krankenversicherung von rund zwei Milliarden Franken in etwa beizubehalten. Als möglicher Anpassungsmechanismus seien ein Mischindex oder die volle Entwicklung der Pflegekosten vorzusehen.

Bei der Beitragsfestsetzung – das war ein weiterer Eckpunkt – sei grundsätzlich von gesamtschweizerisch einheitlichen Beiträgen auszugehen. Denkbar wäre dabei die Abstufung nach kantonalen Kostenunterschieden. Da in der geltenden Rahmentarifordnung in den unteren Pflegebedarfsstufen ein höherer Kostendeckungsgrad erreicht wird als in den oberen Stufen, dränge es sich zudem auf, die Ungleichheiten zwischen den einzelnen Pflegebedarfsstufen bei der Festlegung der Frankenbeträge auszugleichen. Die Ermittlung des Beitrages solle aufgrund standardisierter Kosten aus breitabgestützten Erhebungen in Referenzbetrieben erfolgen. Weiter sei eine Ausnahmeregelung für Spitex-Kosten gemäss einer Variante der GDK und der Leistungserbringer zu studieren, bei der ärztlich angeordnete Pflegeleistungen einmal jährlich während 30 bis 60 Tagen vollumfänglich von der Krankenversicherung vergütet würden.

Entsprechend der Vorgabe wurde der Kommission seitens des Departementes ein Modell mit Varianten vorgelegt. Die Kernpunkte der Varianten wurden in der Kommission in der Folge eingehend diskutiert, und schlies-



slich wurde ein zusätzlicher Artikel in die Vorlage aufgenommen, der die Pflegeleistungen bei Krankheit im Gesetz definiert. Die Details dazu, die Beschlüsse der Mehrheit sowie weitere Überlegungen der Kommission möchte ich Ihnen gerne in der Detailberatung darlegen.

Gestatten Sie mir aber noch eine Überlegung, die der Kommission wichtig ist. Es liegt ihr daran, darauf hinzuweisen, dass Menschen, die noch nicht im AHV-Alter stehen, die aber Pflege beanspruchen müssen, bekanntlich neben den Leistungen der Krankenversicherung auch Leistungen der IV oder der Sozialhilfe zur Verfügung stehen. Für das Alter stehen den Pflegebedürftigen insgesamt neben allfälligen Vermögenserträgen und allfälligem Vermögensverzehr die AHV-Rente, die Pensionskassenleistungen, die Leistungen der dritten Säule sowie allfällige Hilflosenentschädigungs- und Ergänzungsleistungen zur Verfügung. Mit den Sozialversicherungen wird über ganz unterschiedliche Quellen dafür gesorgt, dass im Alter die Garantie gegeben ist, dass auch in Situationen mit Pflege zu Hause oder im Pflegeheim die Finanzierung der Leistungen gedeckt werden kann. Deshalb, Sie haben es gesehen, diskutieren wir in dieser Revision nicht nur über die Neuordnung der Finanzierung der Pflege, d. h. über den Teil, der bei Krankheit und Pflege sowohl zu Hause wie im Heim von der Krankenversicherung übernommen wird. Auch Anpassungen im AHV- und im Ergänzungsleistungsgesetz sind Teil der Vorlage.

Noch eine Bemerkung: Das Gesamtbild des Pflegesektors wäre unvollständig, wenn neben der formellen, insbesondere sozialversicherungsrechtlich geregelten Pflege die informellen Hilfeleistungen nicht in die Betrachtungen mit einbezogen würden. Der Umfang der informellen Pflege kann wegen mangelnder Datenlage nur lückenhaft wiedergegeben werden. Aber trotz unvollständiger Erhebungen muss der Stellenwert unbezahlter Arbeit im Gesundheitswesen als hoch eingestuft werden. Ob ergänzend oder als parallele Form zur organisierten Hilfe durch die Spitex: Viele pflegebedürftige Menschen können dadurch oft auf stationäre Pflege verzichten.

Ich bitte Sie im Namen der einstimmigen Kommission, auf die Vorlage einzutreten.

Schwaller Urs (C, FR): In der Schweiz gibt es ungefähr 250 000 chronisch pflegebedürftige Menschen; 32 Prozent der Haushalte sind Einpersonenhaushalte; 60 Prozent der Menschen in der Schweiz haben keine Nachkommen; 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden heute von Familienangehörigen gepflegt. Für 2030 schätzt man einen doppelt bis dreifach so hohen Bedarf an Pflege zu Hause wie heute. Gleichzeitig muss damit gerechnet werden, dass die allgemeine Bereitschaft und Möglichkeit, Angehörige zu Hause zu pflegen, in Zukunft immer weniger vorhanden sein wird, weil es keine Angehörigen gibt oder der Beruf nicht aufgegeben werden kann. Nach Angaben der Spitex-Verantwortlichen sind 80 Prozent der von ihnen Betreuten über 65 Jahre alt, etwa die Hälfte über 80 Jahre alt. All diese Zahlen zeigen, dass der Bereich der Pflege und vor allem auch der Pflege zu Hause mit Unterstützung der Spitex in den nächsten Jahren noch wichtiger wird. Damit ist natürlich auch die Frage der Kosten gestellt. Mit dem Kompromissmodell, das Ihnen Ihre Kommission einmal mehr vorschlägt, bleiben wir auf der Linie, welche wir leistungsseitig im Spitalbereich gezogen haben. So, wie wir dort klare Regeln gesetzt haben, um Menge, Preis und Preisentwicklung zu steuern und im Griff zu behalten, so wollen wir dies auch im Bereich der Pflegefinanzierung tun.

AB 2006 S 644 / BO 2006 E 644

Eckpunkte dieser Regelungsabsicht sind denn folgerichtig auch folgende vier Punkte:

1. Das Vorhandensein eines nach objektiven Kriterien ausgewiesenen Pflegebedarfs und einer ärztlichen Anordnung.
2. Die Festsetzung von differenzierten Frankenbeiträgen nach Pflegebedarf, wobei klar festgehalten wird, dass die Pflege in der notwendigen Qualität und effizient zu erbringen ist.
3. Der Verzicht auf das bisherige Kostendeckungsprinzip.
4. Eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur – das ist wichtig –, welche regionale Verzerrungen verhindert, sodann auch steuernde Vergleiche erlaubt und die sowohl für die stationären wie für die ambulanten Leistungen gilt.

Mit diesen Eckpunkten sind wir, so glauben wir in der Kommission, auf dem richtigen Weg, so, wie wir mit den Übergangsbestimmungen auch verhindern wollen, dass die Neuregelung auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes hin zu einer Kostenexplosion führt.

Die Kommission – ich unterstreiche dies – will mit ihrem Modell nicht weniger Geld als bisher und als heute ausgeben, dieses aber effizienter einsetzen. Dadurch, dass wir die gleiche Summe wie heute in das System eingeben und davon auszugehen ist, dass der Bundesrat die Frankenbeiträge dann auch der Teuerung anpassen wird, ist es auch gegeben, dass die Pflegebedürftigen in etwa gleich viel wie heute zur Abgeltung der erhaltenen Leistungen beitragen müssen. Unterschiede – ich sage dies – kann es zweifellos in den einzel-



nen Pflegestufen geben, je nachdem, welche Beträge oder welche Tarife der Bundesrat festsetzen wird. Die Kommissionsmehrheit geht mit der Minderheit einig, dass die neue Lösung nicht zu einer blossen Kostenüberwälzung auf die Pflegebedürftigen führen darf. Auch die Kommissionsmehrheit will nicht, dass die Spitex unerschwinglich wird oder die zu hohe Beteiligung dazu führt, dass auf die Inanspruchnahme des Dienstes verzichtet wird. Mit der kostenneutralen Überführung der heutigen Beträge von ungefähr – ungefähr! – zwei Milliarden Franken und mit der Anpassung der Leistungspauschalen durch den Bundesrat, von der ich gesprochen habe, scheinen uns aber genügend Garantien gegeben zu sein. Dies gesagt habend, werde ich allenfalls in der Beratung auf die eine oder andere Bestimmung zurückkommen.

Ich lade Sie ebenfalls – mit unserer Kommissionspräsidentin – ein, auf die Vorlage einzutreten und deren Eckwerte im Projekt gutzuheissen.

Fetz Anita (S, BS): Es ist unbestritten, dass wir die Pflegefinanzierung neu regeln müssen. Der Zustand war schon vor der Einfrierung der Pflégetarife unbefriedigend. Dieser Zustand sollte ja nicht ewig dauern. Diese Vorlage reiht sich in die laufenden Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes ein. Wie Sie wissen, stiess der erste bundesrätliche Entwurf mit der völlig unpraktischen Unterteilung in zwei Pflegearten auf grossen Widerstand. Die Kommission hat diese Unterteilung aufgehoben und legt Ihnen nun einen Entwurf vor, der sich von der bundesrätlichen Botschaft entfernt hat und aus meiner Sicht einige Verbesserungen bringt, der jedoch – das werden wir Ihnen in der Detailberatung beantragen – auch noch verbessert werden muss, damit er nicht einseitig auf Kosten der Pflegebedürftigen geht.

Ich möchte zuerst zwei grundsätzliche Bemerkungen machen. Zum einen geht in der Öffentlichkeit das Schreckgespenst einer alternden Gesellschaft um. Wir alle wollen alt werden. Alt sein ist dann nochmals eine andere Sache. Eine Alterung der Gesellschaft muss aber meiner Meinung nach kein Schrecken sein, denn alt sein heisst vor allem heute nicht mehr automatisch, pflegebedürftig zu sein. Heute sind ältere Menschen im Durchschnitt in einem besseren Gesundheitszustand, als das früher der Fall war. Wir leben nicht nur länger, sondern haben im Alter auch eine längere behinderungsfreie Lebenszeit vor uns. Ich sage das deshalb, weil man bei "Pflege" rasch nur an ältere Menschen denkt. Doch die Realität sieht auch hier differenzierter aus. Es gibt eben auch Junge, die auf Pflege angewiesen sind, und Chronischkranke, die von jung auf lebenslang auf Pflege angewiesen sind. Ich sage das auch deshalb, weil die Vorlage dem Grundsatz folgt, die Belastung der Krankenversicherung bei der Pflege zu begrenzen und damit eben die Kosten zu einem guten Teil – die Mehrheit spricht von 20 Prozent – auf die Pflegebedürftigen selbst zu verschieben.

Wir müssen hier achtgeben, dass wir nicht nur ältere Pflegebedürftige vor Augen haben, weil die im Bedarfsfall ja auch Ergänzungsleistungen oder auch Hilflosenentschädigung beantragen können. Das können Jüngere nicht, sie werden dann praktisch automatisch sozialhilfeabhängig, und das sollte eigentlich nicht das Ziel unserer Revision sein.

Meine zweite Bemerkung hat mit der Übernahme der Pflegekosten zu tun. Ich denke, wir sind uns alle einig: Pflegebedürftigkeit sollte kein Risiko sein, das Junge oder Alte in die Fürsorge treibt. Das hat einen Zusammenhang mit Artikel 25a KVG. Es ist für Pflegebedürftige ein grosser Unterschied, ob sich die Krankenversicherung mit einem Beitrag an den Kosten von ärztlich verordneten Pflegeleistungen beteiligt oder ob die Versicherung bei einer akuten Krankheit einmal pro Kalenderjahr die Kosten der ambulant durchgeführten Pflege zu übernehmen hat. Dieser Unterschied ist sogar sehr gross.

Bisher hätte ja die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Pflegeleistungen aufkommen müssen, das vergisst man immer. Die Einfrierung der Pflégetarife hat dann aber dazu geführt, dass eine Deckungslücke entstanden ist, die zum Teil auf die Versicherten abgeschoben worden ist. Zurzeit laufen noch einige Prozesse, die klären werden, wie gerechtfertigt das war. Auf jeden Fall beträgt diese Deckungslücke heute doch 45 Prozent – das ist eine Menge. Ich habe nichts dagegen, dass sich Pflegebedürftige an den Kosten beteiligen, überhaupt nicht. Doch ist hier auch bisher mit der Übernahme von Leistungskosten über Franchise und Selbstbehalt einiges angefallen. Es darf nicht dazu führen, dass wir jetzt im Übergang sozusagen, nach der Einfrierung der Tarife, die ganzen Mehrkosten inklusive der Deckungslücke einfach auf die Pflegebedürftigen selbst übertragen. Das werde ich entschieden ablehnen und entsprechend auch den Minderheitsantrag unterstützen, der die Begrenzung des Anteils an den OKP-Kosten verlangt.

Es trifft auch nicht nur Pflegebedürftige selbst, wenn wir diesen Teil der Vorlage nicht korrigieren, sondern es trifft letztendlich vor allem auch die Kantone. Letztlich wird diese Regelung nämlich über Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe die öffentliche Hand sowieso mehr belasten.

Zum Schluss noch ein Wort zur Krankenversicherung generell: Das Kerngeschäft des KVG ist es ja, das Krankheitsrisiko zu versichern; es heisst ja schliesslich Krankenversicherungsgesetz. Es ist nicht einsichtig, weshalb ausgerechnet die krankheitsbedingte Pflege, also jene bei einer akuten Erkrankung, nur anteilmässig



und nicht ganz übernommen werden soll. Die entsprechenden Mehrkosten wären nicht astronomisch, könnten aber innerhalb des gesamten Gesundheitssystems auf der Spitalebene entlastend wirken. Denn man darf nicht verdrängen, dass hier ein Anreiz entsteht, Pflegebedürftige ins Spital zu geben, um diese Belastung auszuschliessen. Wir alle wissen, dass die Pflege zu Hause viel günstiger, sogar sehr viel günstiger ist als ein Spitalaufenthalt. Ich bin der Meinung, dass die Vorlage eine solide Grundlage ist, auf die wir gut bauen können. Korrigieren müssen wir eindeutig noch – dazu werden Ihnen dann noch Minderheitsanträge begründet werden – zugunsten der Pflegebedürftigen, insbesondere der Chronischkranken, und zugunsten der Kantone und Gemeinden.

In diesem Sinne bin ich für Eintreten.

Heberlein Trix (RL, ZH): Wie mit allen Vorlagen im Bereich Gesundheit, KVG, Spitalfinanzierung usw. hat es sich die Kommission auch hier nicht leichtgemacht. Nachdem die bundesrätliche Vorlage nicht nur von den Leistungserbringern, sondern auch von den Kantonen wie bereits erwähnt hart kritisiert wurde, hat die Kommission aufgrund der Eckwerte, die sie erarbeitet und dem Bundesrat mitgegeben hat, praktisch eine neue Vorlage erhalten, in der Leistung und

AB 2006 S 645 / BO 2006 E 645

Finanzierung klar geregelt sind und bei der vor allem die Krankenkassen – da wir schon immer von den Prämienerhöhungen reden – nur einen Beitrag leisten müssen; da waren sich alle einig, dass dies so sein muss. Die Leistungen müssen in Franken definiert werden, und zwar schweizweit einheitlich, damit eben, wie auch bereits erwähnt wurde, keine Kostenverzerrungen respektive Finanzierungsverzerrungen zwischen den Kantonen erfolgen. Wir wollen auch ein in der Umsetzung kostenneutrales Modell; wie das laufen soll, wurde von Herrn Schwaller ausgeführt. Dass die Vorschläge der Kommission wieder nicht auf einhellige Zustimmung gestossen sind, haben Sie alle zur Kenntnis nehmen können – aufgrund der Zuschriften, die Sie in den letzten paar Tagen von den Kantonen erhalten haben. Wir haben die Kantone ausführlich angehört, und sie konnten bei uns auch einige Vorschläge einbringen.

Wir haben einen neuen Grundsatzartikel, dies wurde von der Präsidentin der Kommission erläutert, und zwar Artikel 25a, der von einem ausgewiesenen Pflegebedarf ausgeht – nur dann dürfen Beiträge geleistet werden, sei es im Heim oder ambulant. Im Übrigen, Frau Kollegin Fetz, steht die Hilflosenentschädigung allen Pflegebedürftigen zu, nicht nur den Alten, sie steht klar auch den Jungen zu; dies im Gegensatz zu den Ergänzungleistungen.

In Absatz 3, dies sei zugegeben, wird dem Bundesrat erhebliches Vertrauen entgegengebracht; respektive es werden ihm der Spielraum und weitgehende Kompetenzen für die Festsetzung dieser Beiträge belassen. In der Kommission gingen wir aber davon aus, dass mit dieser Formulierung keine Lastenverschiebung respektive keine Verschiebung der Finanzierungsanteile zulasten der Kantone und Gemeinden erfolgen darf.

Auch hier ist es so, dass Abmachungen grundsätzlich eingehalten werden. Dass die Spitex kein Luxusgut werden darf, ist auch die Meinung der Mehrheit der Kommission. Aber nur mit einer echten Vollkostenrechnung können Heimkosten und Spitex-Kosten verglichen werden. Meines Wissens hat nur der Gastkanton bei den Heimen bereits eine echte Vollkostenrechnung. Dies war auch der Grund, weshalb wir nicht nochmals mit unseren Entscheiden zur Finanzierung zugewartet haben. Man hätte auch eine längerfristige Lösung finden können, nur hätten wir dann noch einige Jahre, wenn nicht Jahrzehnte mit der provisorischen Regelung, wie wir sie heute wieder verlängern, leben müssen. Das ist zu befürchten, denn bis sich die Kantone auf die Grundlage der Vollkostenrechnung geeinigt hätten, wäre einige Zeit verflossen. Nicht vorgesehen ist auch, dass der Bundesrat wieder die impraktikable Unterscheidung zwischen Behandlungspflege und Grundpflege in seinen Kompetenzbereich aufnimmt, wie dies von den Leistungserbringern laut den Zuschriften befürchtet wird – dies zwar nicht ausdrücklich, aber sie unterstellen, dass diese Regelung wieder getroffen werden könnte. Mit unserem Artikel 25a werden die Kantone zwar weiterhin unterschiedliche Kostenbeteiligungen haben, auch unterschiedliche Beteiligungen für die zu Pflegenden, für die Gemeinden und für die Spitex. Gemäss erläuterndem Bericht bestehen die "Finanzierungslücken", wie sie in den Zuschriften genannt werden, auch heute. Sie werden sehr unterschiedlich gefüllt. Im Bericht, den wir in der Kommission erhielten, sind es im Bereich der Spitex primär die Gemeinden und die Kantone, währenddem im Pflegeheimbereich von 19 Kantonen nur 10 eine spezifische Regelung haben. 8 Kantone belasten die Patienten sowie die Gemeinden, 4 Kantone belasten im Wesentlichen die Patienten, aber auch die Gemeinden, und 5 Kantone belasten nur die Gemeinden und den Kanton, die Patienten hingegen nicht. Es steht nach wie vor in der Kompetenz der Kantone, also ihrer Stimmbürgerinnen und Stimmbürger, die Verteilung dieser Kosten zu regeln. Wenn die Kantone zu Recht auf ihre verfassungsmässige Kompetenz im Gesundheitsbereich pochen, dann müssen sie hier die Verantwor-



tung auch weiterhin übernehmen. Gemäss Bundesverfassung sind sie nach wie vor zuständig, und in jeder Zuschrift lesen wir, wie wichtig es sei, dass wir die Kompetenzregelung wahren. Ich denke, dass mit den Eckdaten, die wir hier gemäss den Beschlüssen der Mehrheit gesetzt haben, diese Möglichkeiten bestehen, ohne dass Verzerrungen zulasten der zu Pflegenden erfolgen.

Ich möchte Ihnen beantragen, auf die Vorlage einzutreten und der Mehrheit zuzustimmen, mit Ausnahme des Minderheitsantrages, den wir nachher noch begründen werden.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich muss meine Interessenbindung nicht wiederholen. Für jene, die es nicht registriert haben: Ich bin Präsident von Santésuisse, der Organisation, die Sie so hochschätzen.

Die Pflegeversicherung ist ein wichtiger Bestandteil unseres Sozialsystems. Wie alle Sozialversicherungsbereiche ist auch und vor allem die Pflegefinanzierung aus demografischen Gründen heute stark unter Druck. Aus dieser Sicht ist es notwendig, dass wir uns jetzt mit dem Notwendigen befassen und nicht allzu sehr dem Wünschbaren nachgeben. Wir laufen sonst Gefahr, dass in den nächsten Jahren das Notwendige in diesem Bereich nicht mehr finanzierbar wird; bei der IV erleben wir das ja auf schmerzliche Art und Weise. Es erfüllt mich aus dieser Sicht mit Sorge, dass alle Beteiligten – ich spreche also hier nicht nur von der Spitex, sondern auch von Pflegeheimen, auch von Krankenversicherungen – gegenwärtig versuchen, für sich etwas mehr herauszuholen, wie das üblich ist, wenn wir ein Gesetz ändern. Offenbar ist das wichtiger, als eine Gesamtverantwortung wahrzunehmen.

Es ist, so meine ich, das Verdienst der Kommission, dass sie sich vor der Detailberatung eingehend mit den Prioritäten auch in diesem Bereich auseinandergesetzt hat. Ich möchte aus dieser Sicht auf vier Punkte hinweisen, die meiner Meinung nach bei der Behandlung dieser Vorlage wichtig sind.

1. Es ist klar: Wer pflegebedürftig ist oder wird, der soll die ihm angemessene Pflege erhalten, und zwar soll diese sozialverträglich finanziert werden. Die Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen und den Hilflosenentschädigungen sind Teile in diese Richtung; die sind auch unbestritten.

2. Angemessene Pflege kann Pflege im Rahmen der Spitex sein; angemessene Pflege kann Pflege im Heim oder aber auch Pflege zu Hause sein. Aus dieser Sicht ist es falsch, wenn Spitex und Pflegeheime gegeneinander ausgespielt werden. Spitex und Hauspflege haben den Vorteil, dass die Kosten für Kost und Logis wegfallen, bei den reinen Krankenpflegekosten aber wahrscheinlich etwas mehr Kosten in Kauf genommen werden müssen. In Bezug auf die Krankenpflegekosten – und nur um die geht es hier – sollen Spitex und Pflege im Heim grundsätzlich gleich behandelt werden.

3. Die Neuregelung – und das ist ein wichtiger Grundsatz, diese Fragen müssen Sie beantworten – soll nicht zu Prämien erhöhungen in der Krankenversicherung führen. Das bezieht sich natürlich auf den Startpunkt, nicht auf die Zukunft. Es ist ja logisch: Die Krankenpflegekosten werden in Zukunft, in den nächsten Jahren, aus demografischen Gründen steigen, und dann steigen natürlich auch die Prämien. Aber beim Start sollen hier keine Verschiebungen stattfinden, und deshalb sollen die öffentliche Hand, die Krankenversicherung und die Pflegebedürftigen sich in die Kosten teilen. Der Anteil, der über die Krankenversicherung bezahlt werden soll, soll dem heutigen Betrag entsprechen, ebenfalls jener der öffentlichen Hand und ebenfalls jener der Privaten. Es soll also mit Ausnahme der Ergänzungsleistungen bei der Sozialhilfe keine Verschiebung in der Finanzierung stattfinden.

Sie haben auch von den Kantonen ein Schreiben bekommen. Ich habe eine Grundlage zu diesem Papier gesehen. Dort steht, man solle sich vorsorglich für diese Verschiebung einsetzen, weil in Zukunft die Kosten steigen. Wenn man natürlich so argumentiert, kann das jede Organisation für sich in Anspruch nehmen. Ich sehe also, dass wir den Ist-Zustand in die neue Finanzierung überführen müssen.

4. Vonseiten der Spitex wird verlangt, dass man für die ersten 30 Tage – es gibt auch die Forderung 60 oder 90 Tage – eine Vollfinanzierung einführt. Selbstverständlich kann man das machen. Aber es ist nicht möglich, die Spitex

AB 2006 S 646 / BO 2006 E 646

um 300 Millionen Franken zu entlasten, die Kantone zu entlasten und dann zu glauben, man könne auch noch die Prämien senken. Sie haben dann einfach entsprechende Prämien erhöhungen. Ich persönlich sehe nicht ein, warum man mir zum Beispiel nach einem Spitalaufenthalt 100 Prozent Kosten finanzieren soll. Es ist grundsätzlich falsch und widerspricht jeglichem Anreiz, wenn wir hundertprozentige, volle Kostenfinanzierungen machen. Wir kommen ja jetzt in der Spitalfinanzierung mit den DRG-Systemen davon weg. Wir müssen hier Wege mit effizienteren Strukturen finden. Wenn Sie Vollkostenfinanzierung machen, erreichen Sie das nicht.

Man muss vielleicht auch etwas relativieren. Frau Fetz hat gesagt, dass dann die Leute länger im Spital bleiben.





Wenn Sie DRG haben und wenn Sie jemanden wegen dieser Kosten einen Tag länger im Spital behalten, dann kostet das das Spital vielleicht 800 oder 1000 Franken. Wir führen ja jetzt die DRG ein. Da hat doch kein Spital Interesse daran, 800 Franken aufzuwenden. Hier geht es um eine Kostendifferenz von vielleicht 40 Franken, wenn wir von 100 oder 60 Prozent Finanzierung sprechen. Diese Argumentation ist meiner Meinung nach nicht stichhaltig.

Noch eine Bemerkung zu den Tarifen: Ich glaube, es ist sehr entscheidend – die Kommission hat sich mit dieser Frage eingehend auseinandergesetzt –, dass wir die Tarifregelung so treffen, dass eine effiziente Leistungserbringung erfolgt. Dieses System der Kommission geht davon aus, dass wir eine Benchmark haben; wir vergleichen Leistungen miteinander und setzen Tarife in Franken fest – nach den günstigeren Leistungserbringern. Man muss die Leistungen effizient und günstig erbringen. Es gibt jetzt Forderungen, man solle die Kosten weiter finanzieren, man solle jährlich das Ganze der Teuerung anpassen. Wenn Sie das tun, dann werden Sie in diesem Bereich natürlich nie Kosteneffizienz haben, und Sie werden auch die Kosten nie in den Griff bekommen.

Ich bitte Sie deshalb: Überlegen Sie sich, welche Auswirkungen unsere Beschlüsse auf die Prämien haben, welche Auswirkungen sie auf eine effiziente Leistungserbringung haben. Wenn Sie das tun, dann kommen Sie zumindest sehr nahe an die Anträge der Kommissionsmehrheit; davon bin ich überzeugt.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten, die Minderheitsanträge abzulehnen und der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Stähelin Philipp (C, TG): Alle sind wir uns einig, dass die Begleitung pflegebedürftiger und betagter Menschen zu einer humanen Gesellschaft gehört, und alle wollen wir in diesem Sinne eine menschenwürdige Pflege. Dafür haben wir, haben vor allem die Kantone und private und halböffentliche Institutionen in den letzten Jahren sehr viel unternommen. Der Bereich Spitex und auch der Heimbereich haben enorme Fortschritte erreicht. Ich habe dies als Gesundheitsdirektor lange Jahre hautnah miterleben dürfen.

Die solidarische Finanzierung der Pflegeleistungen hinkt demgegenüber kräftig hintennach. Die Vorschriften des KVG sind ein Krüppel geblieben und waren von Anfang an in inhaltlicher und rechtlicher Hinsicht umstritten. Es hat sich gerächt, dass bei der Abstimmung damals die Kosten einer vollen Abgeltung der Pflegeleistungen mehr oder weniger unterschlagen wurden. Als Notbremse wurden 1998 Rahmentarife auf Verordnungsebene eingeführt; diese wurden immer als Provisorium deklariert. Diese Massnahme wurde dementsprechend heftig diskutiert und blieb umstritten. Auch die provisorische Gesetzgebung, die wir – wann war das? – 2004 darunterschoben, ist dementsprechend eben wieder Provisorium geblieben.

Wir haben hier ein "provisoire qui dure". Beim nächsten Geschäft werden wir hier ja wieder eine Verlängerung vornehmen. Dieses "provisoire" erweist sich nun eben doch als eine meines Erachtens tragfähige Grundlage. Wir bleiben mit den Vorschlägen heute ja bei einem System der Beiträge und der Rahmentarife. Das kann nun allerdings nicht alle Kreise befriedigen und wird weiterhin kritisiert werden – vor allem auch, weil die demografische Entwicklung weitergeht, weil wir uns deshalb auch mit der Pflege weiterhin zu befassen haben werden.

Aber gerade deshalb ist ein System mit Beiträgen, ohne volle Abdeckung durch die Krankenversicherung, wohl sogar vernünftig. Kompromisse sind damit aber vorprogrammiert, wir haben sie gefunden. Diese sollten nun nicht wieder aufgebrochen werden. Dazu gehört z. B., dass Rahmenbeiträge keine kantonale Differenzierung ermöglichen. Das mag man bedauern, aber es gehört nun zu diesem System, das ohnehin nicht alles abdecken kann und will. So hat z. B. die Berücksichtigung der Lohnkomponente keinen Platz. Das Kostenniveau wird damit nicht durch die Krankenversicherungsbeiträge, sondern durch die unterschiedliche Belastung der privaten Haushalte durch Pflegemassnahmen berücksichtigt. Dafür hat dies keine Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien.

Ebenso gehört es zum Kompromiss, dass keine Anpassungsautomatismen für die Beiträge eingeführt werden. Solche wären der Krankenversicherung systematisch fremd und würden in stete Prämienspiralen münden. Das ist das Gegenteil dessen, was wir schlussendlich wollen.

Allerdings kann der Kompromiss auch kein Ding der Ewigkeit sein – dies vor allem nicht in einer Gesamtbeurteilung aller Kostenträger in der Finanzierung der Pflegeleistungen. Schon bisher fehlten ja ein Gesamtkonzept und Transparenz bei den Finanzierungsformen der Pflege. Die Sozialversicherungsgesetze enthalten zahlreiche Bestimmungen über Leistungen und Beiträge für die Pflege zu Hause und in Heimen. Wer hat denn schon wirklich eine Übersicht über Hilflosenentschädigungen der AHV, der IV und der Unfallversicherung, über die Ergänzungsleistungen der AHV und der IV, über die Beiträge der AHV zur Förderung der Altershilfe, über die Beiträge der IV an Wohnheime und an Organisationen der privaten Invalidenhilfe, über die Krankenversicherungsleistungen? Wer kennt exakt die vielen Schnittstellen – und dies dann noch vor und nach den



Änderungen durch den NFA? Wohl nur die Verwaltung selbst sowie sicher noch einige Schlaumeier, die dann das System natürlich auch entsprechend ausnützen können.

Die Neuregelung bringt hier eher noch weitere Varianten und weitere Vielfalt: zusätzliche Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit leichten Grades und Aufenthalt ausserhalb des Heimes, Wegfall der Begrenzung der Ergänzungsleistungen bei Aufenthalt im Heim. Sozialpolitisch sind diese Neuerungen zwar nicht zu bemängeln, sie gehen in die richtige Richtung. Transparenz und Kohärenz der Finanzströme fehlen aber weiterhin; das müssen wir schlicht und einfach sehen.

Kurzfristig mag das angehen. Ich bin bereit, diesen Weg mitzugehen. Längerfristig aber schadet mangelnde Transparenz in Finanzierungsfragen enorm. Wir dürfen deshalb dieses Dossier nicht über den Tag hinaus in die Schublade legen. In einem ersten Schritt kann, muss ich aber mit dem Entwurf auch in dieser Hinsicht leben.

Ich unterstütze das Eintreten auf die Vorlage, bitte aber den Bundesrat, das Dickicht der Finanzierungsinstrumente bei nächster Gelegenheit etwas zu lichten. Transparenz und Durchsicht helfen bekanntlich, Kosten zu sparen.

Langenberger Christiane (RL, VD): J'avoue avoir beaucoup de difficultés à saisir les répercussions financières des décisions prises par la commission. Le sujet est complexe et implique, comme si souvent dans le domaine de l'assurance-maladie, différents partenaires, dont les cantons, les assureurs et ici, en plus, les institutions de soins Spitex, EMS, etc.

Après avoir espéré trouver une solution acceptable de part et d'autre grâce à notre projet de compromis, les cantons et les institutions de soins nous ont à nouveau écrit en nous rendant attentifs au report de coûts que représentent nos propositions, notamment dans le contexte de la péréquation financière, dans le domaine des prestations complémentaires. Il est évident que chacun défendra ses positions et ses intérêts jusqu'au dernier moment, mais certaines observations méritent tout de même qu'on s'y attarde.

Deux problèmes me préoccupent.

AB 2006 S 647 / BO 2006 E 647

1. Le transfert important des coûts sur les personnes nécessitant des soins: je sais bien que nous avons déjà reçu des réponses de la présidente de la commission, Madame Heberlein, et de Monsieur Brändli. Mais, enfin, Monsieur Stähelin vient de montrer à quel point il est difficile de se rendre compte de ce qui se passe, de savoir quels transferts financiers ont lieu dans ce domaine.

2. Le fait de ne pas prendre en compte la possibilité de dédommager l'aide à domicile par des personnes sans qualification spéciale, donc en dehors du système Spitex: nous avons décidé en commission de réduire la protection tarifaire, actuellement valable de manière illimitée, à de nouvelles contributions. L'ensemble de la lacune de couverture, de quelque 45 pour cent, devrait être ainsi transféré sur les assurés. La lacune de couverture à la charge des personnes nécessitant des soins va, de plus, encore s'agrandir au cours des prochaines années, parce qu'il n'est pas prévu d'adapter régulièrement les contributions à l'évolution des coûts. Or, pour de nombreuses personnes, il n'est pas possible de bénéficier, en cas de besoin de soins à domicile, des prestations complémentaires, car le fait de posséder un logement individuel empêche pratiquement toujours de les obtenir. On me répondra que la personne n'a qu'à vendre son logement et que ce n'est pas à la communauté de protéger les acquis des futurs héritiers. Mais il y a aussi des malades sans ressources particulières, qui n'ont pas l'âge de l'AVS et qui ne peuvent en général bénéficier d'aucune prestation. Pour beaucoup de personnes, il devient difficile de financer des soins à domicile, ce qui provoque non seulement une surcharge importante pour les proches, mais incite ces personnes à aller soit à l'hôpital, soit dans un EMS, ce qui ne fait, bien entendu, qu'augmenter les coûts – encore que, là aussi, nous avons une explication de Monsieur Brändli.

Bien des personnes âgées qui ont payé des primes tout au long de leur vie en étant en bonne santé et en menant une vie saine ne comprendront pas pourquoi elles doivent payer certains soins. Elles ne comprendront pas pourquoi certaines maladies sont prises en compte tout au long de la vie, alors que les conséquences de la vieillesse ou de la maladie ne le sont pas.

Autre question: nous avons discuté, dans le cadre de l'AI, de la possibilité d'avoir accès à des soins individuels à domicile et accepté de financer un projet pilote d'assistance. Celui-ci semble remporter un très vif succès, même si nous en sommes encore au début de l'expérience. Avant que nous puissions nous prononcer sur une modification de la loi, il s'écoulera sans doute plusieurs années. Or, je rappelle que des expériences faites à l'étranger ont démontré que ce système pouvait engendrer un potentiel d'économies important.

Dans le cadre de la loi que nous examinons, nous rencontrons des situations similaires de nécessité de soins



pour des maladies chroniques ou des cas de réhabilitation qui n'ont pas forcément besoin de soins spécialisés, qui coûtent cher – environ 80 francs par heure – et dont la moitié est prise en charge par l'assurance. Des soins d'assistance flexibles feraient souvent l'affaire; encore faudrait-il qu'ils jouissent également d'une prise en charge financière, en tout cas partielle.

De plus, il est faux de prétendre qu'en raison précisément de l'intervention de personnes non spécialisées cela poserait des questions de responsabilité civile. Cette situation existe déjà dans le cadre des allocations pour impotent.

J'ai reposé la question à l'Office fédéral de la santé publique, en fin de semaine. J'accepte la réponse qui m'a été donnée, mais je souhaite que le Conseil national examine à nouveau cette situation de manière plus approfondie. Je cite la réponse qui m'a été donnée par l'office:

"Das KVG hingegen umfasst einen weiteren Kreis von Personen mit Bedarf an Pflegeleistungen als die IV, insbesondere auch Personen, welche auf Akut- und Übergangspflege angewiesen sind und für die ein Leistungsmodell wie das Assistenzbudget noch nicht von Bedeutung ist. Im Anwendungsbereich des KVG gilt der Grundsatz, dass medizinische Leistungen nur von medizinisch ausgebildeten und zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Dieser Grundsatz wurde vom EVG im Urteil vom 28. Juli 2000 bestätigt. Das Pilotprojekt 'Assistenzbudget' wird zeigen, welche Erfahrungen die Assistenznehmenden mit privat angestellten Pflegepersonen machen werden. Eine derartige Änderung im KVG zum heutigen Zeitpunkt würde die Vorwegnahme der Evaluation des Pilotprojektes bedeuten und könnte sich schlimmstenfalls kontraproduktiv auswirken."

Ich habe also diese Antwort angenommen, aber hoffe dennoch, dass vielleicht der Nationalrat diese Sache nochmals überprüfen wird.

Ceci dit, je vous demande d'entrer en matière.

Maissen Theo (C, GR): Erlauben Sie mir vorerst als Einwohner und Bürger der Region Surselva, wo die Herbstsession stattfindet, dass ich mich bei Ihnen nach Ihrem Wohlbefinden erkundige. Ich hoffe, Sie fühlen sich in dieser Region wohl. Nun ist es aber so, dass es nicht die Aufgabe der Politiker sein sollte, sich zuerst um das eigene Wohlbefinden zu kümmern, sondern um das Wohlbefinden des Volkes und vor allem um das Wohlbefinden derjenigen, welche Hilfe und Pflege nötig haben – und damit sind wir mitten im Thema. Vielleicht noch kurz zu meiner Interessenbindung: Ich habe mich in dieser Region und im Kanton bereits vor dreissig Jahren für den Ausbau der spitalexternen Pflege und Betreuung eingesetzt. Es ist mir ein Anliegen, dass das, was auf diesen Stufen erarbeitet worden ist, in Zukunft mindestens Bestand hat respektive noch verbessert werden kann.

Ganz kurz zur Ausgangslage: Für die Pflege von kranken und pflegebedürftigen Mitmenschen bietet das heutige Gesundheitssystem verschiedene Angebote unterschiedlicher Leistungserbringer an. Nun ist es die Aufgabe, dieses System so auszugestalten, dass die Gesamtleistung des Systems möglichst kostengünstig ist. Es ist eine Art von Subsidiaritätsprinzip, das so funktionieren sollte: Es sollte immer jenes Angebot ausgewählt werden, das für einen bestimmten Bedarf die tiefsten Kosten hat. Um das in einem komplexen Gesamtsystem zu erreichen, braucht es eine langfristige Strategie. Man muss in diesem System auch die innere Dynamik verstehen und hier vor allem mit einbeziehen, dass es eine demografische Entwicklung gibt, die das System beeinflusst.

Der Vorschlag der Kommission lässt mindestens teilweise diese erwähnten Zusammenhänge ausser Acht. Es wird die Folge sein, dass die Spitex-Dienste für die Bezüger mittelfristig so teuer werden, dass weite Kreise – vor allem auch aus dem Mittelstand – diese Dienste nicht mehr benutzen können, weil sie unerschwinglich geworden sind. Das ist das Kernproblem. Dieses Kernproblem bestätigt die Präsidentin der Kommission, unsere Kollegin Erika Forster. Sie hat im "Brennpunkt Gesundheitspolitik" (02/2006), der Publikation von Santésuisse, zu einer Frage bezüglich der Pflegefinanzierung nämlich Folgendes gesagt: "Und die fast wichtigste Frage: Wer bezahlt den Teil, der nicht von der Krankenversicherung gedeckt ist? Es darf nicht sein, dass die Patientinnen und Patienten immer mehr bezahlen." Die Konsequenz ist, dass die Pflegebedürftigen, die sich die Spitex-Dienste nicht mehr leisten können, die stationären Leistungen beanspruchen, und die sind innerhalb des Systems teurer.

Es kommt dazu, und das ist ein wichtiger Zusammenhang bei den Spitex-Diensten, dass die sogenannte informelle Pflege – das ist die Pflege, welche die Angehörigen selber leisten – mit den Spitex-Diensten verknüpft ist. Wenn die Spitex-Dienste nicht mehr oder weniger benutzt werden können, geht automatisch auch die informelle Pflege, welche die Öffentlichkeit und die Versicherer nichts kostet, zurück. Ich erinnere Sie daran, dass es in der Botschaft des Bundesrates auf Seite 2051 heisst, dass nach einer Untersuchung im Jahre 2000 Leistungen von 1,2 Milliarden Franken oder 20 Prozent der Pflegekosten durch diese informellen Pflegedienste



erbracht wurden. Diese sind oftmals nur möglich, wenn die Spitex-Dienste funktionieren und auch bezahlbar sind. Dieser Zusammenhang ist wichtig und ist in den bisherigen Diskussionen offenbar zu wenig berücksichtigt worden.

AB 2006 S 648 / BO 2006 E 648

Falsch ist in diesem Zusammenhang nach meiner Meinung – und ich habe den entsprechenden Antrag im Bewusstsein gestellt, dass man das bereits gestrichen hat, aber man muss es wieder einfügen – die Streichung der Beiträge bei den teilstationären Einrichtungen. Ich gehe davon aus, dass damit für die Entlastung der Angehörigen ein wichtiger Teil miterreicht werden könnte, um die Kosten möglichst tief zu halten.

Die Folge des Vorgehens der Kommission ist ganz klar: Man fördert bzw. erzwingt mehr Heimeintritte.

Bezüglich der Kosten der Spitex-Dienste – das wird immer wieder übertrieben dargestellt – wird behauptet, diese hätten einen überproportionalen Zuwachs gehabt. In der öffentlichen Statistik, im Statistischen Jahrbuch, kann man nachlesen, dass 1995 das Total der Kosten des Gesundheitswesens rund 36 Milliarden Franken betrug; dieses stieg dann bis zum Jahr 2003 auf 50 Milliarden Franken. Die Spitex-Dienste machten 1995 davon rund 700 Millionen Franken oder 1,94 Prozent und im Jahr 2003 rund 1,031 Milliarden Franken oder 2,07 Prozent aus. Das bedeutet also eine Steigerung um 0,13 Prozentpunkte. Statistisch gesehen ist das im Bereich der Zufälligkeit und nicht systemimmanent. Wir müssen verhindern, dass Spitex-Dienste zu einem Luxusgut werden. Nach dem Konzept der Kommission wird es möglich sein, dass die Deckungslücke, die erwähnt wurde und die heute 45 Prozent beträgt, ganz auf die Leistungsbezüger überwälzt wird, was für viele Betroffene nicht tragbar sein wird. Das Schlimme daran ist, dass die Deckungslücke in Zukunft noch grösser werden kann, weil eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung nicht vorgesehen ist. Ferner ist Folgendes zu beachten: Eine Abfederung durch die Ergänzungsleistungen (EL) ist für breite Kreise nicht möglich oder bringt ihnen nichts, weil vor allem dort, wo selbstbewohntes Wohneigentum vorhanden ist, ein EL-Bezug weitgehend verhindert ist. Es gibt auch pflegebedürftige Menschen vor dem AHV-Alter, die in der Regel auch keinen EL-Bezug geltend machen können. Die Folge ist – noch einmal zusammengefasst -: Die Spitex würde so für viele Pflegebedürftige unbezahlbar. Ohne oder mit weniger Spitex haben wir aber eine grosse Belastung der Angehörigen. Die Belastung wird zu gross, sodass zusätzliche Heimeintritte dann die Folge sind.

Der Vorschlag der Kommission hinsichtlich des Gesamtsystems ist aus meiner Sicht ein Eigengoal, weil in der längerfristigen Dynamik die Kosten steigen werden, da das System nicht optimal ausgenutzt wird. Ich bitte Sie deshalb, bei Artikel 25a Absatz 1bis und ebenso bei Artikel 25a Absatz 4 der Minderheit zuzustimmen.

Ein weiterer problematischer Punkt, den ich erwähnen möchte, der hier aber nicht behandelt werden kann – wir können keine Kommissionssitzung machen –, der aber im Zweitrat angeschaut werden sollte: Die Mehrheit der Kommission schlägt bei Artikel 25a Absatz 3 vor, dass der Bundesrat den Frankenbetrag festlegt, welchen die Krankenversicherung an Pflegekosten zu leisten habe. Dieser Antrag der Mehrheit ist in zweifacher Hinsicht äusserst problematisch. Erstens wird hier die Kompetenz an den Bundesrat delegiert, die Bestimmung der Eckwerte der Pflegefinanzierung wird ihm übergeben und damit der parlamentarischen Kontrolle entzogen. Das Zweite, das als Problem anzusehen ist, ist die Frage – die durch den Nationalrat zu überprüfen sein wird –, ob es grundsätzlich richtig ist, diese Finanzierung in Franken festzulegen. Ich finde das Modell der Gesundheitsdirektorenkonferenz, welche eine prozentuale Festlegung der Pflegebeiträge auf der Basis von Vollkostenrechnung und Referenzgrössen vorgeschlagen hat, eine entschieden bessere Lösung.

Vergessen wir nicht: Beim Abstimmungskampf zum neuen KVG wurde das Versprechen abgegeben, dass mit dem neuen KVG die Pflegefinanzierung geregelt werde. Viele haben dem KVG zugestimmt, im Glauben daran, dass dem so sei – auch ich, ich war damals noch nicht im Ständerat, sondern habe dem KVG als gewöhnlicher Stimmbürger zugestimmt. Wir dürfen all jene, welche auch diesen Glauben hatten, nicht enttäuschen.

Ich bin zwar für Eintreten, ich habe aber die Erwartung, dass Sie einzelnen Minderheitsanträgen zustimmen und vor allem dass der Nationalrat unsere Arbeit noch einmal gründlich hinterfragt.

Schiesser Fritz (RL, GL): "J'avoue avoir beaucoup de difficultés à saisir les répercussions financières des décisions prises par la commission." Ich zitiere hier meine Kollegin Christiane Langenberger. Und mit diesem Satz hat sie auch für mich gesprochen. Ich muss Ihnen ganz offen gestehen, auch als Präsident der Spezialkommission NFA2 habe ich das Finanzierungssystem und insbesondere die Auswirkungen – die kurzfristigen Auswirkungen, ich spreche nicht von den mittel- und langfristigen Auswirkungen – noch nicht ganz begriffen. Meine Funktion als Präsident der Spezialkommission NFA2 ist es denn auch, die mich bewegt, hier ganz kurz etwas zu sagen.

In der Botschaft des Bundesrates werden auf Seite 2084 die finanziellen Auswirkungen auf Bund und Kantone



unter Berücksichtigung des NFA dargestellt. Bei einer Annahme einer Entlastung von 100 Millionen bei der Sozialhilfe ergeben sich für die Kantone Mehraufwendungen von 136 Millionen Franken. Der Bundesrat schreibt: "Im Spitex-Bereich geht die Verantwortung weitestgehend auf die Kantone über. Sämtliche finanziellen Belastungen und Entlastungen werden in der NFA-Globalbilanz kompensiert, sodass die Aufgabenentflechtung für den Bund und die Gesamtheit der Kantone haushaltneutral ausfällt." Das bedeutet nichts anderes, als dass es innerhalb der Globalbilanz – weil ja dieses Geschäft zusammen mit dem NFA2 in Kraft treten soll und muss – eine Verschiebung gibt, falls Sie beim Ergänzungsleistungsgesetz bei Artikel 3c der Mehrheit folgen. Damit habe ich den Hinweis darauf gemacht, dass ich Sie bitten möchte, bei der ganzen Abstimmung immer im Hinterkopf zu behalten, welches die effektiven Auswirkungen auf die Globalbilanz bei dem NFA sein könnten. Ich bitte Sie also, diesen Gesichtspunkt bei der Entscheidung im Rahmen des Ergänzungsleistungsgesetzes nicht ganz ausser Acht zu lassen.

Gestatten Sie mir noch eine zweite Bemerkung: Ich glaube, es war Herr Schwaller, der dargelegt hat, dass die gleichen Beträge ausgegeben werden sollen wie heute. Ich zitiere etwas verkürzt. Wir haben also auf der einen Seite die Krankenversicherer, dann haben wir die Pflegebedürftigen, wir haben die Kantone, wir haben die öffentliche Hand – ich spreche von der öffentlichen Hand unter Einbezug der Gemeinden, namentlich wenn es um Sozialhilfe geht. Nun sehen wir nach der bundesrätlichen Aufstellung, dass allenfalls bei der Sozialhilfe eine Entlastung entstehen könnte; das hängt dann aber davon ab, wie letztlich innerhalb eines Kantons die Lasten zwischen Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe – aufgrund der Regelung des Kantons – verteilt werden. Irgendjemand wird die steigenden Kosten in der Pflegeversicherung tragen müssen, wenn wir die Krankenversicherung nicht zusätzlich belasten können und wollen. Um diesen Kompromiss ringen wir. Ich bestreite den Kompromiss nicht, den die Kommission vorlegt; ich hätte nichts Besseres anzubieten. Aber ich möchte darauf hinweisen, dass der Kuchen – es ist kein schmackhafter Kuchen – dann, wenn er grösser wird, irgendjemandem zugeteilt wird, der ihn dann wohl oder übel essen muss. Ich glaube, das ist die Realität, die wir hier darlegen. Wir dürfen uns nicht der Idee hingeben, wir hätten mit dieser Vorlage ein Problem mehr oder weniger gelöst; das hat Herr Stähelin sehr gut dargelegt. Wir haben das Problem für den Moment vielleicht geregelt, aber gelöst haben wir es nicht.

Ich bitte Sie also, wie ich gesagt habe, bei der Entscheidung in der Detailberatung die Anliegen des NFA nicht ausser Acht zu lassen. Wir werden voraussichtlich bereits am nächsten Donnerstag in der Kommission die Gelegenheit haben, die Auswirkungen dieses Entscheides, den Sie heute fällen, zu diskutieren und dann darüber zu beratschlagen, zu

AB 2006 S 649 / BO 2006 E 649

wessen Lasten Verschiebungen innerhalb der Globalbilanz gehen.

Ich bin selbstverständlich für Eintreten, weil ich, wie ich gesagt habe, nichts Besseres anzubieten habe.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous abordons un problème qui concerne non seulement les soins, comme vient de le dire Monsieur Schiesser, mais aussi la nouvelle péréquation financière. Je crois cependant que, si l'on veut faire bouger quelque chose dans ce pays, on doit avoir le courage à un certain moment de prendre des décisions sans avoir la certitude absolue de connaître tous les effets à terme sur la dynamique du système. Si, à chaque pas qu'on veut faire dans la bonne direction, on se dit: "Mais que va-t-il se passer si ? si ? si ?", on ne fait jamais un pas en avant, parce qu'on n'arrive pas à démontrer exactement les effets sur le système.

Je crois que ce qui est important, c'est tout d'abord de dire qu'on part, avec l'adoption de la proposition de compromis du Conseil des Etats, en étant sinon convaincus, du moins presque sûrs qu'il n'y a pas de transfert des coûts au départ. Peut-être 50 millions de francs d'un côté ou de l'autre, mais je crois que, lorsqu'on agit sur des milliards, on ne peut pas aller jusqu'au point de savoir exactement si 50 millions de francs passent ici ou là. Dans l'ensemble, il n'y a pas de transfert des coûts.

Comment évoluera le système? Il y aura certainement une dynamique qui fera que le système coûtera plus cher du fait du vieillissement de la population et aussi de l'amélioration de la qualité des soins qui seront apportés. Je crois que ce qu'il faut viser dans le futur, c'est que ceux qui ont la maîtrise des coûts ou ceux qui sont le plus à même de pouvoir les maîtriser soient aussi les premiers bénéficiaires ou au contraire victimes de leur action ou de leur inaction.

Si l'on prévoit dès le départ que la dynamique doit se faire aux dépens de l'assurance-maladie, on va vers une explosion des coûts, parce que dans le régime de l'assurance-maladie, on n'a pratiquement aucun moyen de contrôler les coûts. On peut négocier quelques tarifs, mais on n'a pas les moyens de contrôler les coûts. Par contre, les cantons sont responsables des EMS; ils les contrôlent. S'ils doivent participer aux coûts, les



patients aussi auront un intérêt à ce que les coûts n'exploient pas.

Alors si nous voulons éviter une explosion des coûts sur le long terme, il faut donner le maximum de responsabilités à ceux qui ont le maximum de responsabilités de la gestion et de la surveillance et du contrôle des coûts, et ce sont les cantons et les particuliers! Nous ne souhaitons pas qu'ils aient des charges supplémentaires, mais cela dépendra beaucoup d'eux, puisqu'ils gèrent ces établissements et qu'ils doivent les financer.

Le Conseil fédéral, dans son premier projet, avait prévu un système qui reprenait un système pratiqué dans certains cantons et qui n'a pas eu l'air de plaire. Celui-ci était fondé sur la distinction entre les soins de base et les soins de traitement. D'une part, le Conseil fédéral propose des mesures d'accompagnement qui ont été retenues, notamment l'introduction d'une allocation pour impotent dans l'AVS, pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère. Cela va dans le sens que souhaite Monsieur Maissen, c'est-à-dire le maintien à domicile et le recours à Spitex, aux soins à domicile, puisqu'un montant est donné pour couvrir les coûts engendrés par une impotence légère. D'autre part, le Conseil fédéral propose que le plafond annuel des prestations complémentaires, actuellement fixé à environ 30 000 francs, soit supprimé pour les personnes qui vivent en EMS.

Ces mesures, ces améliorations pour les clients, les bénéficiaires des soins, ne sont pas contestées et je crois que c'est une bonne chose. On décharge d'une certaine manière les personnes qui ont besoin de soins et c'est un progrès.

Le système du Conseil fédéral a été rejeté. Nous n'en faisons pas un drame, parce que nous sommes d'accord avec la solution de compromis. Je crois que cette solution, qui a été réalisée par l'administration sur la base des points fixes que vous avez établis, est un bon système. Certes, il donne au Conseil fédéral la compétence de fixer en francs la part de l'assurance-maladie au paiement des soins. C'est faire confiance au Conseil fédéral. L'alternative, c'est de ne pas faire confiance au gouvernement qui est sous votre contrôle ou de fixer un système automatique avec le système de la prise en charge en pourcentage, dans lequel on n'a pas de contrôle sur le chiffre absolu – on n'a le contrôle que sur le pourcentage, au départ, par le biais de la loi. Ensuite, si le pourcentage reste stable, les coûts augmenteront en fonction de décisions qui seront prises en dehors de la Confédération, en dehors du système de l'assurance-maladie. Je crois que ce n'est pas très sain. On dit que les cantons, décidément, sont difficiles à satisfaire dans le domaine de la politique de la santé, car lorsqu'ils ont rejeté un projet, ils se préparent à rejeter le suivant, puis encore le suivant, mais se déclarent insatisfaits du statu quo. Il est parfois compliqué pour les conseillers d'Etat, malgré toute l'amitié qu'on leur porte et la compréhension que l'on a pour leur tâche difficile, de collaborer, de négocier avec une institution qui est toujours en train de refuser ce qui est, de souhaiter ce qui n'est pas en attendant de refuser ce qui sera. Les cantons disent qu'il y a un risque de report des coûts sur les clients ou sur les cantons eux-mêmes par le truchement des prestations complémentaires.

Vous avez décidé d'accentuer ce risque en augmentant encore les limites de fortune qui sont prévues dans la loi pour avoir accès aux prestations complémentaires. Je ne pense pas que ce soit une très bonne solution et je combattrai l'augmentation des limites de fortune que vous proposez.

Il n'en reste pas moins, à la fin, que quelqu'un doit payer. Alors, c'est, nous dit-on, la classe moyenne qui sera victime: dans tous les pays du monde, celle-ci est toujours la victime parce qu'elle constitue le plus grand nombre de personnes capables de payer les impôts. Ceux qui n'ont pas de revenu, ou un revenu très faible, bénéficient des subsides de l'assurance-maladie, d'un système social équitable qui essaie de venir à leur rencontre, ce que je trouve juste et qu'il n'est pas question de remettre en cause. Ceux qui sont très riches n'ont évidemment pas de grands problèmes parce que pour eux, les soins ne constituent qu'un souci relativement mineur par rapport à leur fortune.

Alors, la classe moyenne paie-t-elle, par le biais de l'assurance-maladie, des impôts ou bien paie-t-elle directement une partie des coûts par ces prestations? Nous avons choisi la solution la plus claire, la plus transparente et la plus incitative, afin de rester le plus longtemps possible à la maison: c'est de dire que l'assurance-maladie paie une part fixée par le Conseil fédéral et que le reste est payé, soit par les prestations complémentaires, soit par les personnes elles-mêmes. Celles-ci ont donc intérêt à rester le plus longtemps possible à la maison, et à bénéficier du Spitex qui est meilleur marché que les EMS. Si, malheureusement, elles ne peuvent plus faire face à leurs besoins domestiques, elles iront en EMS et paieront là une participation. Si on ne leur fait pas payer cette participation, elles paieront des impôts supplémentaires ou des primes d'assurance beaucoup plus élevées du fait qu'elles n'ont pas de subsides.

A la fin, c'est toujours quand même la classe moyenne – la plus nombreuse et celle dont les revenus sont taxés – qui paie. Mais au moins c'est honnête, parce que le système leur dit: "Voilà exactement ce que vous coûte." Et on ne pousse pas à une supersolidarité qui engendre des coûts parce que plus personne n'est directement responsable; et la transparence évoquée par l'un ou l'autre d'entre vous disparaîtra si l'assurance-maladie est



chargée de coûts qui dépassent largement ce qui relève de la maladie.

J'y voyais en plus à l'époque un problème de solidarité avec les jeunes qui, aujourd'hui déjà, paient une part importante de leurs primes d'assurance-maladie au titre de la solidarité.

Voilà pourquoi je redis que le Conseil fédéral s'engage en faveur de la solution que votre commission a proposée. C'est une bonne solution. Elle ne satisfait pas tout le monde, par définition, en particulier pas ceux qui aimeraient avoir une source illimitée de revenu pour couvrir les coûts de leurs activités utiles, mais sans avoir à se poser trop de questions

AB 2006 S 650 / BO 2006 E 650

sur le moyen le plus rationnel de poursuivre cette activité, en réduisant au maximum possible, tout en maintenant la qualité, les coûts du système des soins à domicile ou des EMS.

Il y a peut-être des points qui doivent être affinés, mais je crois qu'aussi bien ici qu'au Conseil national, il est souhaitable que la solution du Conseil des Etats soit acceptée dans la version de la majorité. Il est temps maintenant d'aborder les problèmes de détail en sachant qu'à la fin quelqu'un doit payer les coûts de ce système. La solution préconisée est la plus équitable, la plus transparente. Elle n'est pas parfaite parce qu'il n'est jamais agréable de devoir supporter des coûts qui vont augmenter, mais elle est en tout cas finalement plus sociale parce que plus transparente et plus efficace.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. 1 Art. 43bis Abs. 1, 1bis, 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. 1 art. 43bis al. 1, 1bis, 3

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Nur ganz kurz: Hier geht es darum, dass der Anspruch auf Hilflosenentschädigung erweitert werden soll. Kollegin Heberlein hat bereits darauf hingewiesen: Hilflosenentschädigungen erhalten bis dato die jüngeren Leute. Künftig sollen auch Bezüger von AHV- oder Ergänzungsleistungen bei Hilflosigkeit leichten Grades Hilflosenentschädigungen erhalten. Dies gilt gemäss Absatz 1 nur für Pflegebedürftige, die zu Hause betreut werden. Die monatliche Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades soll 20 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente betragen.

Angenommen – Adopté

Ziff. 2 Art. 3a Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



**Ch. 2 art. 3a al. 3***Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Für Pflegebedürftige, die dauernd oder längere Zeit im Heim oder im Spital leben, soll die heute gültige Obergrenze der jährlichen Ergänzungsleistungen von 30 900 Franken aufgehoben werden. Die Änderung dieser Bestimmung ist eine begleitende sozialpolitische Massnahme, zumindest teilweise ein Ausgleich für die stärkere Belastung der privaten Haushalte. Dies wurde bereits in der Botschaft des Bundesrates so vorgeschlagen. In der Kommission haben wir auch dieser Bestimmung zugestimmt.

*Angenommen – Adopté***Ziff. 2 Art. 3c Abs. 1 Bst. c***Antrag der Mehrheit*

c. bei Alleinstehenden 37 500 Franken, bei Ehepaaren 60 000 Franken nur der 112 500 Franken

Antrag der Minderheit

(Heberlein, Altherr, Forster, Langenberger, Stähelin)

Unverändert

Ch. 2 art. 3c al. 1 let. c*Proposition de la majorité*

c. dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples de l'immeuble supérieure à 112 500 francs

Proposition de la minorité

(Heberlein, Altherr, Forster, Langenberger, Stähelin)

Inchangé

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Die Mehrheit vertritt die Meinung, dass eine Erhöhung der Freibeträge angezeigt sei, um ein Signal zu setzen. Dabei fasst sie eine moderate Erhöhung um 50 Prozent ins Auge. Das heisst, bei Alleinstehenden soll der Betrag um 12 500 Franken, bei den Ehepaaren um 20 000 Franken erhöht werden. Bei Personen mit einer eigenen, von ihnen selbst bewohnten Liegenschaft schlägt sie Ihnen anstatt 75 000 Franken einen Betrag von 112 500 Franken vor. Die Erhöhung gilt selbstverständlich für alle Betagten, die Ergänzungsleistungen beziehen. Gemäss Berechnungen der Verwaltung ergeben sich damit Mehrkosten von insgesamt 66 Millionen Franken, wobei rund 70 Prozent oder 46 Millionen zulasten der Kantone gehen. Wichtig ist der Mehrheit, dass die Leute ihr Vermögen nicht so verzehren müssen, dass sie gar zu Sozialhilfeempfängern werden. Gemäss der Mehrheit kann es nicht sein, dass bei einem Heimeintritt des einen Partners der andere die von ihm selbst bewohnte Liegenschaft verkaufen und eventuell sogar mit höheren Kosten eine Wohnung mieten muss.

Deshalb macht die Mehrheit Ihnen beliebt, die Beträge zu erhöhen.

Heberlein Trix (RL, ZH): Herr Schiesser hat Bedenken angetönt betreffend Probleme, die sich zulasten der Kantone eben bei der Finanzierung und bei Verschiebungen der Finanzierung ergeben könnten, die in der Globalbilanz des NFA nicht berücksichtigt sind. Hier handelt es sich eben gerade um eine derartige Verschiebung. Die bundesrätliche Vorlage geht davon aus, dass die bisherigen Vermögensgrenzen für den Bezug von Ergänzungsleistungen zusätzlich zur AHV oder zur IV nicht verändert werden. Diese liegen, wie Sie es im Gesetzesartikel sehen, bei 25 000 Franken für Alleinstehende und bei 40 000 Franken für Ehepaare. Frau Brunner Christiane hatte ursprünglich einen Antrag gestellt und wollte die Grenze auf 40 000 für Alleinstehende und 300 000 Franken für Ehepaare anheben. Dass diese Forderung viel zu weit geht, wurde dann von der Kommissionsmehrheit auch gesehen; diese einigte sich auf 37 500 und 60 000 Franken.

Die Frage, ab wann ein Vermögensverzehr erfolgen muss, wurde im Kontext der NFA-Diskussion mehrmals erörtert. Die heute gültige Regelung und die Lastenverschiebung zu den Kantonen flossen denn auch in die Globalbilanz des NFA ein. Die Kantone haben der Vorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung unter diesen Prämissen zugestimmt.



Sie alle haben einen Brief der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren erhalten, in dem klar steht, dass die Vorlage zur Pflegefinanzierung der Vernehmlassung zugeleitet worden sei und dass die Vorlage Änderungen umfasst habe, welche auch die Zustimmung der Kantone gefunden hätten,

AB 2006 S 651 / BO 2006 E 651

insbesondere auch gestützt auf die Tatsache, dass diese Lastenverschiebung in der Globalbilanz des NFA berücksichtigt werde. Dann kommen die kantonalen Finanzdirektoren auf den Antrag der Mehrheit so, wie er heute vorliegt, zu sprechen und sagen ganz klar, dass dieser Antrag nicht gutgeheissen werden kann. Es handelt sich nach ihrer Meinung um eine Lastenverschiebung von 46,2 Millionen Franken. Sie gehen auch dazu über, zu sagen, dass dies bis 165,9 Millionen Franken betragen könnte, die nicht in dieser Globalbilanz enthalten sind.

Vielleicht noch zur Frage dieser Grenze: Die Kantone haben bei der Ergänzungsleistungsberechnung für AHV-Beziehende in Heimen gemäss Artikel 5 ELG beim Vermögensverzehr gewisse Handlungsspielräume. Die meisten Kantone, nämlich deren 21, haben den Vermögensverzehr für Rentner und Rentnerinnen in den Altersheimen verschärft und auf einen Fünftel festgelegt. Von der Erhöhung des Freibetrages für selbstbewohnte Liegenschaften – zulässig ist höchstens die Verdoppelung auf 150 000 Franken – haben hingegen praktisch keine Kantone Gebrauch gemacht, obwohl dies möglich wäre. Es haben nur die Kantone Zürich, Nidwalden und Aargau diesen Freibetrag auf 150 000 Franken erhöht, Fribourg und Jura auf 100 000 Franken. Alle anderen Kantone haben diese Kompetenzen nicht ausgeschöpft.

Ich ersuche Sie dringend, hier in Anbetracht der laufenden Diskussionen über den NFA keine Verschiebungen im laufenden Verfahren vorzunehmen und diese Regeln, insbesondere die Globalbilanz, nicht umzustossen. Sonst müssen wir nochmals über die Bücher gehen. Fix sind nur die Freigrenzen. Die Kantone können den stärkeren Verzehr, wie ich erwähnt habe, selbst regeln. Lassen wir ihnen diese Kompetenzen, und lassen wir sie diese Verantwortung auch wahrnehmen. Wenn der Kanton findet, 40 000 Franken seien zu wenig, so kann er bis auf einen Zehntel gehen. Die Mehrheit stellt einen Antrag, der nicht so weit geht. Er geht auch weniger weit als die Möglichkeiten, welche den Kantonen zur Verfügung stehen.

Ich ersuche Sie, hier nicht mit der Zustimmung zu diesem Antrag der Mehrheit in die NFA-Diskussion einzugreifen. Der Nationalrat diskutiert den NFA im Moment. Er könnte dort vielleicht eine Veränderung vornehmen, wenn es gewünscht würde. Es wurde auch in der nationalrätlichen Kommission nochmals darüber diskutiert. Ich ersuche Sie dringend, hier der Minderheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen. Die Erhöhung der Freibeträge bei EL-Bezüglern ist sehr moderat. Wir haben in der Kommission ausführlich darüber diskutiert und sind mehrheitlich zu folgender Überzeugung gekommen: Es macht wenig Sinn, jemanden beim Vermögensverzehr aufgrund von Krankheit – darum geht es hier ja – dazu zu zwingen, ein eventuell bereits abbezahltes Haus, das noch für wenig Geld bewohnt werden kann, zu verkaufen, nur weil die Freibeträge derart gering sind. Das betrifft vor allem den unteren Mittelstand. Die Kommissionspräsidentin hat es Ihnen erklärt. Damit muss allenfalls riskiert werden, dass der Partner oder die Partnerin, der oder die nicht krank ist, eine teurere Mietwohnung beziehen muss. Das wiederum muss ja – je nachdem – auch wieder der Kanton mit entsprechenden Leistungen unterstützen, wenn das Einkommen dafür nicht ausreicht. Ich denke, das hier ist eine moderate, sehr zurückhaltende Lösung. Wir sind sie insbesondere jenen Leuten schuldig, die immer an jene Grenze kommen, bei der die sozialen Entlastungen für sie gerade nicht mehr gelten, die aber zu wenig Einkommen haben, damit ihnen das nicht wehtut.

Zum NFA: Ich war auch in der Kommission und habe dafür plädiert, dass wir die Einkommensgrenzen erhöhen. Ich meine, es kann nicht sein, dass der NFA-Aushandlungsprozess, der jetzt mehrere Jahre alt ist, einfach sämtliche Gesetze auf dem Status quo einfriert, ohne dass wir bei neuen Erkenntnissen eine kleine, geringe Änderung machen können. Ich denke, die Kantone haben Handlungsspielraum genug, um das abzufedern. Wenn die Erhöhung nicht passiert, trifft es in vielen Fällen, die von dieser Vorlage betroffen sind, wiederum die Kantone, die dann halt entsprechende Zusatzleistungen bieten müssen.

Alles in allem bitte ich Sie, der Mehrheit zuzustimmen. Sie verhindern damit, dass die Angehörigen des unteren Mittelstands ihr Haus verkaufen müssen, wenn sie krank werden.

Schwaller Urs (C, FR): Ohne Zweifel gibt es enge Zusammenhänge zwischen Ergänzungsleistungen, KVG, Pflegefinanzierung, neuem Finanzausgleich und Kantons- bzw. Bundesfinanzen. Es ist richtig, und ich bestreite das auch nicht: In der zweiten NFA-Vorlage haben wir uns für eine kostenneutrale Überführung der heutigen Bundes- und Kantonsbeiträge entschieden. Dies galt auch für die Ergänzungsleistungen. Ungelöst blieb dabei



aber einmal mehr das Problem, dass wegen der Kostenbeteiligung beim Eintritt eines Partners in ein Heim der andere Partner die selbstbewohnte Liegenschaft verkaufen und eventuell sogar zu höheren Kosten eine Wohnung mieten muss. Das kann es doch nicht sein.

Als Finanzdirektor habe ich es in der Praxis immer wieder erlebt, dass die Leute aus Angst vor dieser Gefahr, im Alter das Haus zu verlieren, ihre Liegenschaften bereits mit sechzig an die Kinder weitergeben. Das führt dann dazu, dass zehn oder fünfzehn Jahre später selbst an sich vermögende Leute beim Heimeintritt nichts mehr haben und Ergänzungsleistungen beanspruchen.

Das Problem ist seit Jahren bekannt. Niemand will es aber – vor allem aus steuerlichen Gründen – lösen. Die Kommissionsmehrheit hat diesen Handlungsbedarf einmal mehr geortet und eine massvolle Erhöhung der Vermögensfreibeträge vorgeschlagen. Wir meinen, dass dies verkraftbar und im Interesse der Betroffenen ist.

Stähelin Philipp (C, TG): In der Sache kann ich der Kommissionsmehrheit durchaus folgen, nicht aber beim Weg. In der Sache kann man darüber diskutieren: Sind wir hier mit den bisherigen Ansätzen zu tief? Soll man nach oben gehen? Aber ich bitte Sie, einen anderen Weg zu wählen. Wir haben in der Kommission auch darüber gesprochen, und die Minderheit wäre bereit gewesen – in meinem Fall können Sie das im Protokoll nachlesen –, hier eine entsprechende Motion zu unterstützen.

Mit einer Motion hätten wir den richtigen Weg eingeleitet, um auch mit den Kantonen zu sprechen! Es geht hier um einen Bereich, in welchem die Kantone heute sehr umfassende Kompetenzen haben. Sie können nämlich den Vermögensverzehr abweichend regeln, sie können weiter gehen. Die meisten Kantone – ich weiss nicht, ob dies im Kanton Freiburg, dem Kanton meines Vorredners, der Fall ist – haben ohnehin auch Lösungen, die über das hinausgehen, was wir jetzt hier vorschlagen. Aber wir gehen nun hin und marschieren hier, wenn wir der Mehrheit folgen, direkt auf eine neue Zahl zu, ohne erstens die Kantone überhaupt hiezu angehört zu haben. Zweitens liegen wir dabei – ich wiederhole nicht nochmals, was gesagt worden ist – quer zur Übung NFA. Auch dort haben wir mit der ganzen NFA-Leitung nicht über dieses Problem gesprochen. Damit weichen wir von allem ab, was wir jetzt über ein Jahr lang wirklich gut gepflegt haben. Wir sollten hier nicht mutwillig einen Scherbenhaufen kreieren.

Ich bitte Sie, mit der Minderheit zu stimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que je pourrais souscrire à ce que vient de dire Monsieur Stähelin. Sur le fond du problème, on peut être d'un avis très différent et partager plusieurs opinions, qui ont été exprimées ici, relatives au fait qu'il est temps d'adapter ces limites. Mais c'est sur la méthode que cela ne va pas. Ce n'est pas avec une loi comme celle-ci que l'on peut modifier les limites de revenu et imposer aux cantons des coûts supplémentaires.

Il ne s'agit pas de coûts extrêmement importants, mais d'une affaire d'élégance à l'égard des cantons et aussi de la commission qui est chargée de discuter et de préparer la nouvelle réforme de la péréquation financière. Il s'agit non

AB 2006 S 652 / BO 2006 E 652

seulement de 66 millions de francs, mais encore bien davantage du respect des cantons, qui n'ont pas été entendus, et d'un équilibre plus subtil qui doit être négocié dans la commission "RPT – législation d'exécution".

Je rappelle que le Conseil fédéral propose l'introduction d'allocations pour impotent et que celles-ci incomberont à l'avenir à la Confédération. Par contre, l'aide pour les soins à domicile sera à la charge des cantons. Là, il peut y avoir un transfert de charges. Dans la solution préconisée par le Conseil fédéral, l'abolition du plafond pour les prestations complémentaires est prévue. Celle-ci doit entrer en vigueur en même temps que la nouvelle répartition des tâches, de telle sorte que les deux choses soient coordonnées.

Je pense que ce type de mesure devrait être discuté au sein de la commission précitée, quitte à ce qu'elle dépose une motion ou qu'elle insiste auprès de la commission compétente pour que soient pris en compte les souhaits d'aujourd'hui.

Le Conseil des Etats est plus proche des cantons que l'autre chambre. Je pense que vous devriez avoir l'élégance de ne pas soutenir la majorité – même si sur le fond on peut trouver qu'elle a de bons arguments – pour permettre tout simplement aux cantons de pouvoir s'exprimer dans le cadre de la commission "RPT – législation d'exécution".

C'est pourquoi nous soutenons la proposition de la minorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 24 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit 19 Stimmen





Ziff. 3 Art. 25 Abs. 2

Antrag der Kommission

Bst. a

a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt

Bst. abis, f

Streichen

Antrag Inderkum

Bst. a

....

3. oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

Antrag Maissen

Bst. f

Unverändert

Ch. 3 art. 25 al. 2

Proposition de la commission

Let. a

a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital

Let. abis, f

Biffer

Proposition Inderkum

Let. a

....

3. ou sur mandat médical respectivement de chiropraticiens;

Proposition Maissen

Let. f

Inchangé

Bst. a – Let. a

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Gestatten Sie mir zwei, drei Erläuterungen, damit Sie verstehen, was geändert werden soll. Insgesamt werden drei Änderungen gegenüber dem bestehenden Gesetz vorgeschlagen.

Als Erstes schlagen wir Ihnen vor, das Wort "Pflegemassnahmen" zu streichen und dafür die Ergänzung "sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden" einzufügen. Diese Präzisierung wird notwendig, weil die Kommission Ihnen neu einen Artikel 25a vorschlägt, der die Pflegeleistungen bei Krankheit definiert. Mit dem Einschub wird klargemacht, dass die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden, auf ärztliche Anordnung hin erfolgen und die Finanzierung der Pflege im Spitaltarif eingerechnet wird.

Die zweite Änderung besteht darin, dass die Formulierung "bei Hausbesuchen" gestrichen werden soll. "Ambulant" umfasst sowohl die Leistung in der Arztpraxis wie auch die Leistung zu Hause. "Ambulant" erfasst damit klar auch die Pflege, die unter anderem durch die Spitex bei den Pflegebedürftigen zu Hause erbracht wird. Es ist klar der Wille der Kommission, dass "ambulant" beides umfasst, nämlich den Besuch in der Praxis und auch den Hausbesuch.

Als dritte Neuerung soll das Wort "teilstationär" gestrichen werden, dies entsprechend unseren Beschlüssen im Ständerat bei der Spitalfinanzierung. Sollte bei der Spitalfinanzierung anders entschieden werden, das heisst, sollte letztlich "teilstationär" nicht gestrichen werden, müssen wir hier wieder darauf zurückkommen. Denn es ist sehr wichtig, dass eben die Spitalfinanzierung und hier diese Neuordnung der Pflegefinanzierung kongruent laufen und dass wir in beiden Botschaften dieselben Wörter verwenden.



Inderkum Hansheiri (C, UR): Gestatten Sie mir zwei Vorbemerkungen: Ich war mal zusammen mit Herrn Stähelin Berater der Schweizerischen Chiropraktorengesellschaft. Die zweite Vorbemerkung – das haben Sie wahrscheinlich selber festgestellt -: Mein Antrag bezieht sich lediglich auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, betrifft aber nicht einen Buchstaben abis.

Nun zur Begründung meines Antrages: Die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind spezialisiert auf Beschwerden und Leiden des Bewegungsapparates, insbesondere der Wirbelsäule. Sie diagnostizieren und praktizieren aufgrund ihrer fachlichen Qualifikationen als sogenannte Erstversorger und selbstständige Medizinalpersonen auf gleicher Stufe wie die Ärztinnen und Ärzte. Dies besagt, dass die Patienten für eine chiropraktische Konsultation keine Überweisung benötigen. Bis zum Jahre 1994, d. h. bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG, konnten Chiropraktorinnen und Chiropraktoren Physiotherapie direkt verordnen. Im KVG besteht diese Kompetenz nicht mehr, mit anderen Worten: Wenn Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren nach einer Diagnose und allfälligen Behandlung eine Physiotherapie für angezeigt erachten, kann eine solche nicht mehr direkt verordnet werden; vielmehr muss der Patient oder die Patientin zusätzlich einen Arzt, vorzugsweise natürlich einen Spezialisten, aufsuchen, der dann die vom Chiropraktor verschriebene Physiotherapie bestätigt und formell verordnet.

Das ist für mich nicht nachvollziehbar, und ich beantrage Ihnen daher, materiell zur Regelung vor 1994 zurückzukehren. Man wird wahrscheinlich einwenden – seitens des Herrn Bundesrates oder auch der Sprecherin der Kommission –, dies schaffe Präjudizien, dies schaffe Ausweitungen. Es ist nach meiner Überzeugung kein Präjudiz, denn, wie ich bereits erwähnt habe, die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind die einzige Berufsgruppe, welche als Erstversorger und selbstständige Medizinalpersonen auf der gleichen Stufe wie die Berufsgruppe der Ärzte steht. Wenn Sie diesem Antrag zustimmen, erwachsen dadurch auch keine Mehrkosten. Im Gegenteil, es gibt Reduktionen bei den heutigen Kosten. Auf der anderen Seite – dies sei auch noch erwähnt – gibt es für die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren keine finanziellen Vorteile. Ich bitte Sie daher, diesem Antrag zuzustimmen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Vielleicht nur ganz kurz: Wir haben das in der Kommission nicht sehr ausführlich diskutiert; es bestand auch kein Antrag, wie er jetzt von Herrn Inderkum gestellt worden ist. Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen.

AB 2006 S 653 / BO 2006 E 653

Herr Inderkum hat mir mein Votum vorweggenommen. Er hat gesagt, ich würde über Präjudizien und Ausweitungen sprechen. Ich tue es nicht; ich möchte lediglich darauf hinweisen, dass Physiotherapie ein sehr enger Bereich ist. Aus diesem Grund ist es angezeigt, dass die Anordnung über den Arzt oder die Ärztin erbracht werden muss. Ich habe aber eine gewisse Sympathie für den Antrag. Deswegen überlasse ich das jetzt dem Bundesrat, ihn vehement zu bekämpfen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Comme vient de le dire Madame Forster, le Conseil fédéral n'a pas de sympathie pour cette proposition. Mais je voudrais quand même insister sur le fait que l'article 25 alinéa 2 prévoit que les prestations des chiropraticiens eux-mêmes ne sont pas contestées. Les chiropraticiens peuvent fournir des prestations qui sont remboursées par l'assurance-maladie; c'est évident, cela a été voulu. Le problème, c'est de savoir si les chiropraticiens peuvent ordonner à d'autres de fournir des prestations, par exemple à des physiothérapeutes. Mais ce n'est pas limité aux physiothérapeutes, il peut s'agir d'ergothérapeutes ou de personnes pratiquant d'autres activités qui vont encore se développer.

Alors Monsieur Inderkum, vous pouvez nous dire ce que vous voulez, mais c'est une extension; il s'agit bien d'une extension, quand une catégorie supplémentaire de personnes a la possibilité, non seulement de fournir ses propres prestations – ce qui n'est pas contesté – mais encore de donner mandat à des tiers de fournir des prestations. Vous n'avez pas voté pour rien, à plusieurs reprises, les restrictions d'établissement des médecins. En effet, tout le monde sait qu'une extension de l'offre médicale entraîne une extension des prestations. Et ici, qu'on le veuille ou non, on peut avoir toute la sympathie possible pour les chiropraticiens, à la fin, c'est une extension de l'offre. Est-ce que c'est une extension de l'offre qui entraîne une amélioration qualitative pour les pensionnés des homes, pour les personnes âgées et pour d'autres catégories de personnes? Non! Il y a suffisamment d'offres médicales en Suisse pour qu'on n'ait pas besoin d'étendre encore à d'autres catégories cette autorisation de prescrire.

Alors, ne vous laissez pas emporter par une sympathie légitime à l'égard de Monsieur Inderkum et des chiropraticiens. Jugez sur pièces et constatez que, si vous dites oui à cette proposition sympathique, on va vers l'extension des prestations et, à la fin, les petits ruisseaux font les grandes rivières, comme on dit en français.



A la fin, quand on aura augmenté les petits ruisseaux, on aura une grande rivière de coûts et ce n'est pas le but que l'on poursuit. Il y a des points plus importants que celui-là, sur lesquels on peut discuter et qui apporteraient une véritable amélioration pour les patients.

Retenez vos bons sentiments et votez en fonction de la raison.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Inderkum 24 Stimmen

Für den Antrag der Kommission 14 Stimmen

Bst. f – Let. f

Maissen Theo (C, GR): Wir haben hier bei der Frage der Mitberücksichtigung des Aufenthaltes in einer teilstationären Einrichtung das Problem, dass wir die verschiedenen Teile des Systems, das Schnittstellen hat, getrennt behandelt haben. Wir haben vorerst die Spitalfinanzierung behandelt, und jetzt behandeln wir die Pflegefinanzierung. Bei der Spitalfinanzierung hat man bei teilstationären Einrichtungen auf eine weitere Unterstützung verzichtet.

Jetzt kann man sich fragen, ob es gerechtfertigt ist, auf diesen Punkt zurückzukommen. Ich denke, wir behandeln hier die Pflegefinanzierung, und die Frage, ob man den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung mit Beiträgen unterstützen soll oder nicht, hängt in erster Linie mit der Pflegefinanzierung zusammen. Darum ist es gerechtfertigt, diese Thematik hier noch einmal aufzugreifen.

Es geht darum, dass pflegebedürftige Menschen, die zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, zur Entlastung dieser Angehörigen zeitweise in eine teilstationäre Einrichtung gehen können. Es wird zum Teil eingesetzt, man könne den Begriff "teilstationäre Einrichtung" nicht definieren. Natürlich kann man ihn definieren. Es ist heute Praxis, dass man z. B. in Pflegeheimen sogenannte Ferienbetten zur Verfügung stellt, sodass dort vorübergehend solche Leute aufgenommen werden können. Wenn wir das nicht machen, wird es dazu kommen, dass Angehörige, welche bereit wären, jemanden zu Hause zu pflegen – ohne Kosten für die Öffentlichkeit –, das nicht mehr machen können. Sie müssen die pflegebedürftigen Personen dann in einem Heim pflegen lassen – ganzzzeitig, was mehr Kosten verursacht.

Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal erwähnen, was die informelle Pflege der Angehörigen bringt. Nach den Untersuchungen, die ich beim Eintreten erwähnt habe, werden damit jährlich 1,2 Milliarden Franken bzw. 20 Prozent der Pflegekosten eingespart. Wenn wir bei den teilstationären Einrichtungen keine Angebote machen, riskieren wir, dass wir einen wesentlichen Teil dieser Kosteneinsparungen verlieren. Vom Gesundheitswesen her kommt noch ein zweiter Aspekt dazu. Wenn wir den Angehörigen, die jemanden pflegen und zeitweise vielleicht Tag und Nacht damit belastet sind, nicht die Möglichkeit geben, sich zeitlich entlasten zu lassen, werden auch sie gesundheitliche Belastungen haben und allenfalls daran erkranken. Das brächte zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem.

Deshalb ersuche ich Sie, obwohl wir ja die Spitalfinanzierung geregelt haben, diese Streichung hier rückgängig zu machen, damit der Nationalrat das auch noch einmal prüfen kann.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich habe Ihnen vorhin erläutert, dass wir das Wort "teilstationär" streichen, weil Kongruenz mit der Regelung der Spitalfinanzierung geschaffen werden soll. Ich bin unter anderem auch Spitex-Präsidentin des Kantons St. Gallen. In dieser Funktion muss ich gestehen, dass wir dem Aspekt, wie er jetzt von Herrn Maissen dargelegt worden ist, in der Kommission zu wenig Beachtung geschenkt haben. Es kann nicht sein, dass man Angehörige nicht entlasten kann.

Ich möchte Ihnen aber beliebt machen, bei der Streichung zu bleiben. Aber ich gebe zu Protokoll, dass man die Frage, die von Herrn Maissen aufgeworfen worden ist, im Nationalrat noch einmal wirklich diskutiert. Seiner Argumentation muss mehr Beachtung geschenkt werden, als wir das in der Kommission – ich gebe das gerne zu, Herr Maissen – gemacht haben.

Von daher kann man die Streichung mit dem Auftrag an den Nationalrat verbinden, diese Frage noch einmal zu diskutieren.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous vous demandons de ne pas soutenir la proposition Maissen pour deux raisons: premièrement, dans une loi sur le financement hospitalier, que vous avez récemment approuvée, on a supprimé la notion de "soins semi-hospitaliers" que l'on a rétablie ici. Deuxièmement, que veut-on viser par l'expression "soins semi-hospitaliers"? C'est une institution qui reçoit un patient pour le soigner et lui accorde en même temps le séjour pour une nuit ou plus. L'assurance-maladie, précisément, n'a pas pour but de financer le séjour; elle finance les soins.



Alors, on peut trouver des solutions pratiques si des problèmes se posent, mais il serait faux de soutenir expressément le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers. Dans le système de l'assurance-maladie, on paie les soins et non le séjour. C'est d'ailleurs pour cette raison que vous aviez, lors de la discussion sur le financement hospitalier, supprimé la notion de "soins semi-hospitaliers". Madame Forster l'a dit, on peut trouver des solutions pratiques si l'on veut répondre à quelques cas qui se posent, mais il ne faut pas rétablir dans la loi cette notion de "soins semi-hospitaliers". Cela n'amène que de la confusion et une

AB 2006 S 654 / BO 2006 E 654

extension, une nouvelle fois, des prestations de l'assurance-maladie.

Maissen Theo (C, GR): Ich danke der Kommissionspräsidentin und Herrn Bundesrat Couchepin für die Erläuterungen. Mir geht es um das Anliegen und nicht darum, ob es hier oder woanders steht. Wenn es so ist, wie Frau Kommissionspräsidentin Erika Forster gesagt hat, dass man heute damit den Auftrag verbindet, dass der Nationalrat das Anliegen noch einmal vertieft ansehen soll, dann bin ich damit einverstanden. Ich kann deshalb meinen Antrag zurückziehen in der Erwartung, dass das Problem von der praktischen Seite her, von der Realität her, dann auch gelöst wird.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Der Antrag Maissen ist zurückgezogen worden.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission*

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Ziff. 3 Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Titel

Pflegeleistungen bei Krankheit

Abs. 1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfes ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden.

Abs. 2

Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

Abs. 3

Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden.

Antrag der Minderheit

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

Abs. 1bis

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei einer akuten Krankheit pro Kalenderjahr einmal die Kosten der Pflegeleistungen, die ambulant durchgeführt werden. Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme. Für die Vergütung der Leistungen vereinbaren die Versicherer und die Leistungserbringer Zeit- oder Pauschaltarife.

Abs. 4

Höchstens 20 Prozent der Kosten der Pflegeleistungen können auf die Versicherten überwältzt werden. Für die restlichen Kosten kommt die öffentliche Hand auf.

Antrag der Minderheit

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Frick, Kuprecht, Ory)

Abs. 3

Der Bundesrat setzt unter Berücksichtigung der kantonalen Unterschiede bei den Lohnkosten die Beiträge fest und passt sie alle zwei Jahre zu Beginn des Kalenderjahres gemäss dem Rentenindex nach Artikel 33ter Ab-



satz 2 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) an.

Ch. 3 art. 25a

Proposition de la majorité

Titre

Soins en cas de maladie

Al. 1

L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social.

Al. 2

Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs, selon le besoin en soins. L'investissement selon le besoin en soins pour les soins fournis avec la qualité requise, de manière efficace et bon marché est déterminant.

Proposition de la minorité

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

Al. 1bis

En cas de maladie aiguë, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, une fois par année civile, les coûts des soins dispensés sous forme ambulatoire. Le Conseil fédéral détermine la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs horaires ou forfaitaires pour ces prestations.

Al. 4

Seuls 20 pour cent des coûts des soins peuvent être mis à la charge des assurés. Les coûts résiduels sont mis à la charge des collectivités publiques.

Proposition de la minorité

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Frick, Kuprecht, Ory)

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en tenant compte des différences cantonales dans les charges salariales et l'adapte tous les deux ans, au début de l'année civile, sur la base de l'indice applicable aux rentes selon l'article 33ter alinéa 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS).

Titel, Abs. 1 – Titre, al. 1

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Die Umschreibung des Leistungsbereiches ist heute in der Krankenpflege-Leistungsverordnung – Artikel 7 und 8 – zu finden. Nach Meinung der Kommission sollen neu bereits im Gesetz gewisse Eckwerte für die Pflegeleistungen bei Krankheit festgelegt werden; dies in Analogie zur Spitalfinanzierung, bei der wir auf der Leistungsseite klare Regeln für Menge, Preis und Preisentwicklung gesetzt haben.

In Absatz 1 wird festgelegt, dass die Pflegeleistung aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfes zu erfolgen hat. Dies gilt sowohl für Pflegeleistungen im ambulanten Bereich wie für solche, die im Pflegeheim erbracht werden. Es wird zudem festgelegt, dass die obligatorische Krankenversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen leistet. Der Ausdruck "Pflegeleistung" ist dabei umfassend zu verstehen und betrifft letztlich alle Leistungen im KVG. Mit diesem Absatz werden keine Änderungen zur heutigen gesetzlichen Regelung und zur Verordnung vorgenommen.

Die Pflegeziele werden zusammen mit dem Patienten und dem sozialen Umfeld formuliert. Der Pflegebedarf wird von der Fachperson anhand einer Pflegediagnose formuliert. In der Spitex zum Beispiel wird der Pflegebedarf mit einem sehr detaillierten Instrument, das sämtliche Pflegehandlungen inklusive exakter Zeitangaben vorgibt, eruiert. Angeordnet wird die Pflege aber letztlich immer – und das ist wichtig – von einem Arzt oder einer Ärztin. Die Leistungserbringenden haben es also nicht in der Hand, wie es teilweise herumgeboten wird, die Leistungen, die im Rahmen der Krankenversicherung erbracht werden dürfen, selber zu bestimmen. Die



Fachpersonen dürfen von den Vorgaben auch nicht abweichen – dies weder inhaltlich, noch dürfen die Zeitangaben überschritten werden. Allfällige zusätzlich erbrachte Leistungen müssen von der Krankenkasse nicht vergütet werden. Bezüglich der ärztlichen Anordnung sowie der Prüfung der Voraussetzung liegt es an den Versicherern, die Rechnung entsprechend zu kontrollieren. Das Wort

AB 2006 S 655 / BO 2006 E 655

"Beitrag" – noch einmal – macht klar, dass die Krankenversicherungen nicht die Vollkosten übernehmen müssen.

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

Abs. 1bis – Al. 1bis

Leuenberger Ernst (S, SO): Erlauben Sie mir – ich war in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ja bloss Stellvertreter –, hier festzuhalten, dass wir jedes Mal, wenn wir über Gesundheitspolitik diskutieren, merken: Da geht es um einen 50-Milliarden-Franken-Markt, alle wollen teilhaben, aber wenn es ums Bezahlen geht, dann schiebt man sich gegenseitig den Schwarzen Peter zu oder was da auch schwarz sein mag. Es wird auch, weil es ja so grosse Zahlen sind, mit Zahlen operiert, die von der anderen Seite dann gleich wieder bestritten werden. Und der unabhängige Schiedsrichter, der da oben sagen würde: "Das ist die richtige Zahl", fehlt uns bei diesem Streit ein wenig.

Nun zur Minderheit, die hier einen Absatz 1bis einfügen will, der besagt: "Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei einer akuten Krankheit pro Kalenderjahr einmal die Kosten der Pflegeleistungen, die ambulant durchgeführt werden. Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme." Sie haben es in Eintretensvoten bereits gehört: Das ist eigentlich in etwa ein Spitex-Artikel. Es haben hier Kolleginnen und Kollegen ausgeführt: Sollen wir hier in dem Sinne legislieren, dass die Spitex plötzlich unerschwinglich wird? Ich darf Sie darauf aufmerksam machen, dass nicht nur die Spitex, sondern auch andere uns brieflich darauf aufmerksam gemacht haben, dass es hier höchstens um Mehrkosten von etwa 50 Millionen Franken gehe und dass die Summe von 300 Millionen, die da herumgeboten wird und auch heute hier bereits in den Raum gestellt worden ist, eher in das Reich der Fabeln zu verbannen sei.

Wenn man will, dass auch die Übergangspflege von Akuterkranken zu Hause geleistet werden kann, dann muss hier eine Kostenübernahme gesichert sein. Ich darf Sie aber auch darauf aufmerksam machen, dass uns auch die Kantone – und das spielt in einer Kammer, die die Kantonsanliegen besonders gewichtet, eine gewisse Rolle –, vertreten durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz, darauf aufmerksam machen, dass hier eine Regelung zu treffen ist, die zweckmässig ist. In der entsprechenden Zuschrift heisst es denn etwa: Die Spitex sei gegenüber der aufwendigeren Pflege im Heim aktiv zu fördern; Spitex-Organisationen erbrächten wesentliche Anteile in der Akutpflege, die eben nicht zusammen mit der Langzeitpflege über einen Leisten geschlagen werden dürfe; die Pflege müsse wie die übrigen Akutleistungen vollständig abgegolten werden, nur so könne der sinnvolle Trend zur früheren Spitalentlassung und ambulanten Pflege finanziell begleitet werden. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz fordert deshalb die volle Finanzierung der Spitex-Pflegeleistungen über die Krankenversicherung.

Es scheint mir wichtig, dass wir uns hier Rechenschaft geben, dass die von der Kommission vorgeschlagene Lösung nachhaltige und eigentlich für uns alle unerwünschte Auswirkungen auf das langsam entstandene, aber zielstrebig geschaffene Spitex-System haben könnte. Ich bin davon überzeugt, dass nicht alle Auswirkungen überall genügend gewichtet worden sind.

Ich bitte Sie deshalb dringend, hier der Minderheit zuzustimmen.

Ich habe eine einleitende Vorbemerkung gemacht; ich mache eine abschliessende Nachbemerkung, etwas boshaft, aber ich kann nicht anders: Ich hatte in der ständerätlichen Kommission das Gefühl, dass die Anliegen der Krankenkassen sehr, sehr stark gewichtet wurden und dass sie in dieser Kommission auch fast überproportional vertreten waren. Ich möchte Sie dringend ersuchen, in dieser Frage mehr auf die Kantone zu hören als auf die Krankenkassen, etwa nach der Devise: Gesundheitspolitik ist eine zu ernsthafte Sache, als dass man sie allein den Krankenversicherern überlassen könnte.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Gestatten Sie mir, dass ich etwas vorausschicke: Wir haben jetzt entschieden, dass wir absatzweise vorgehen. Es ist aber sicher so, dass die Minderheit ein Konzept vorschlägt. Wir können also nicht einmal auf der Seite der Minderheit und einmal auf der Seite der Mehrheit sein, sonst bekommen wir dann insgesamt Probleme.



Als Präsidentin des Spitex-Verbandes habe ich ein gewisses Verständnis für das Anliegen, das die Minderheit aufwirft. Auf der anderen Seite musste ich mich letztlich entscheiden: Wo stehe ich, und kann ich hinter dem Ziel stehen, dass insgesamt die Krankenversicherungen nicht mehr zu bezahlen haben? Ich habe mich hierfür und deshalb für den Antrag der Mehrheit entschieden. Denn eine Sonderbehandlung in der Spitex führt zu Mehrkosten, die letztlich über die Prämien zu finanzieren wären. Dies widerspricht – ich habe es Ihnen schon gesagt – dem Grundsatzentscheid, wonach die Überführung der Pflegefinanzierung kostenneutral zu geschehen hat. Gemäss Verwaltung würden die Mehrkosten zwischen 100 und 300 Millionen Franken betragen. Die Leistungserbringer und die Kantone beziffern die Mehrkosten mit maximal 51 Millionen Franken. Ob das ins Reich der Fabeln gehört oder nicht, wie das Herr Ernst Leuenberger ausgeführt hat, kann ich nicht sagen. Es muss aber festgehalten werden, dass die finanziellen Auswirkungen einer Spitex-Sonderregelung kaum abzuschätzen sind; deswegen wahrscheinlich auch diese grosse Diskrepanz. Insbesondere sind die dynamischen Effekte nicht quantifizierbar. Da auch eine Überwälzung der zusätzlichen Kosten auf den Heimbereich nicht infrage kommt, ist es eben so, dass damit, auch aus meiner Sicht, auf das Anliegen der Minderheit zu verzichten ist.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Wir haben ja bereits entschieden, dass der Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu erweitern ist. Künftig sollen auch Bezüger von AHV und Ergänzungsleistungen bei einer Hilflosigkeit leichten Grades Hilflosenentschädigung erhalten, wenn sie zu Hause betreut werden. Damit kann dem Umstand entgegengewirkt werden, dass es wegen hoher Kosten zu Heimeintritten kommen könnte. Alles in allem möchte ich Sie bitten, dass Sie auch bei dieser Bestimmung der Mehrheit folgen bzw. den Minderheitsantrag ablehnen.

Schwaller Urs (C, FR): Nur ganz kurz; ich glaube, es gibt da zwei Bemerkungen zu machen:

Erstens ist der Vorschlag der Minderheit meines Erachtens nicht zu Ende gedacht und wird auch zu praktischen Problemen führen. Ich frage Sie: Was heisst "bei einer akuten Krankheit pro Kalenderjahr einmal"? Sie haben eine Grippe im Januar oder Februar, dann wird die Spitex bezahlt. Sie haben eine ernsthaftere Krankheit im August – dann wird nicht mehr weiterbezahlt?

Vor allem möchte ich aber auf einen zweiten Punkt hinweisen: Der Antrag der Minderheit und indirekt auch der Kantone bedeutet Mehrausgaben von rund 300 Millionen Franken. Ich gehe mit Ihnen einig: Diese Zahlen sind offensichtlich nicht konsolidiert. Im Schreiben der Kantone ist von 50 Millionen Franken die Rede; es ist dann auch davon die Rede, dass Umfragen in den Kantonen einen Betrag von 240 Millionen ergeben haben; und in der Kommission sind wir von 300 Millionen, das heisst gut einem Prämienprozent, ausgegangen. Wer dem Antrag der Minderheit zustimmt, muss bereit sein, entweder die entsprechenden Mittel zusätzlich ins System einzugeben oder diese Mittel von den definitionsgemäss schwereren Fällen im Spital auf die an sich leichteren Fälle nach dem Spitalaustritt zu übertragen.

Ich glaube kaum, dass dies der richtige Weg ist. Man mag nun einwenden, dass bei Ablehnung des Minderheitsantrages die Leute dann eben länger im Spital bleiben würden. Das dürfte aber spätestens mit der in der Spitalfinanzierung vorgesehenen leistungsbezogenen Abgeltung mit Fallpauschalen nicht mehr der Fall sein. Ich lade Sie deshalb ein, den Minderheitsantrag abzulehnen.

AB 2006 S 656 / BO 2006 E 656

Maissen Theo (C, GR): Ich möchte nur ganz kurz zu dem, was Kollege Schwaller gesagt hat, etwas sagen, damit das nicht so im Raum stehen bleibt.

Ich glaube, man kann bei jedem Gesetzestext fragen, was das bedeutet. Hier, im Antrag der Minderheit, heisst es: "bei einer akuten Krankheit pro Kalenderjahr". Das wird offenbar infrage gestellt; man sagt, man wisse nicht, was das sei. Für mich ist das aber recht klar legifertiert, und wir können dem deshalb zustimmen. Es ist ein entscheidender Punkt: Wenn wir die Spitex-Dienste weiterhin im bisherigen Ausmass behalten wollen, müssen wir diesem Absatz zustimmen. Auch bei der Einführung der Fallpauschalen – gerade weil diese Fallpauschalen kommen, müssen wir die Möglichkeit geben, dass die Spitex-Dienste erschwinglich bleiben und dass sie auch beansprucht werden können. Nur so funktioniert das System. Für mich ist das System nicht kompatibel, so, wie es die Kommission vorschlägt. Auf der einen Seite macht man Fallpauschalen, damit die Leute möglichst rasch aus dem stationären Bereich entlassen werden können, und auf der anderen Seite macht man kein Auffangnetz, sondern verschliesst die Möglichkeiten. Für mich ist das nicht kompatibel.

Ich bitte Sie deshalb, diesem Minderheitsantrag zuzustimmen. Damit ich nachher das Wort nicht noch einmal ergreifen muss, möchte ich Sie bitten, auch der Minderheit betreffend den Anteil von 20 Prozent der Kosten zuzustimmen. Ich danke Ihnen, dass Sie diese Anliegen unterstützen.



Fetz Anita (S, BS): Ich möchte mich auch auf das Votum von Herrn Schwaller beziehen. Also zuerst einmal zum Spitex-Artikel: Wegen einer Grippe braucht man keine Spitex. Wir reden hier bei diesem Artikel über jene Fälle, wo ein Arzt die Pflege verordnet. Da gibt es die Fälle, bei denen man die Person mit Unterstützung der Spitex noch zu Hause pflegen kann, und dann gibt es jene, wo man es nicht mehr kann und die Person ins Heim oder ins Spital muss. Wir reden bei diesem Artikel darüber, ob das einmal im Jahr von der sozialen Krankenversicherung übernommen wird. Wir haben notabene bei der Volksabstimmung über das KVG – Kollege Maissen hat in seinem vorherigen Votum darauf hingewiesen – der Bevölkerung gesagt, dass das der Fall ist. Die Minderheit hat ja bei Absatz 1 bereits die Kröte sozusagen geschluckt und gesagt: Okay, angesichts der zunehmenden Kosten sind wir einverstanden, dass ein Teil der Pflegekosten von den Versicherten übernommen werden muss. Aber das muss limitiert werden. Wenn wir jetzt der Minderheit nicht zustimmen, dann durchlöchern wir im Pflegebereich das Versicherungsprinzip, und wenn das Schule macht, dann haben wir mit der Zeit mehr Löcher in der sozialen Krankenversicherung als Absicherungen.

Noch etwas zu den Fallpauschalen, Theo Maissen hat es gesagt: Gerade die Fallpauschalen werden richtigerweise den Anreiz schaffen, dass die Leute nicht zu lange im Spital bleiben – aber dann wird der Bedarf an Übergangspflege steigen. Wenn das nicht abgesichert ist, dass adäquat gepflegt und unterstützt wird, dann wird die Zahl der Rückfälle entsprechend gross sein. Und auf der Ebene der Versicherung: Es wird auch für die Versicherten ein Anreiz entstehen, im Spital zu bleiben. Dort wird nämlich der ganze Betrag von der Krankenkasse übernommen. Wenn Sie das jetzt bei der Pflege einschränken, schaffen Sie wieder den Anreiz, ins Spital zu gehen, den wir mit der Spitalfinanzierung ausgeschaltet haben.

Und ein letzter Punkt, zu den Kosten – einfach, damit Sie die Verhältnismässigkeit wahren: Wir reden hier über Spitex-Kosten von jährlich 380 Millionen Franken. Das sind 1,8 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen. Also, man muss hier schon auch die Relationen wahren. Der Effekt, den die Spitex hat, nämlich die Pflege zu Hause zu unterstützen, ist in unser aller Interesse und sollte eigentlich nicht bestritten, sondern unterstützt werden. Die Zahl von 300 Millionen Franken Mehrkosten wird von vielen Seiten bestritten. Es wäre übrigens auch mehr als eine Verdoppelung, es wären praktisch die gesamten Spitex-Kosten.

Kurz und gut, hier verlangt die Minderheit, dass einmal im Jahr die Pflegekosten übernommen werden. Ich denke, das ist nicht zu viel, wenn wir wissen, dass dies das Versprechen für die soziale Krankenversicherung war.

Ein letzter Hinweis nur an die Kommissionspräsidentin: Die Minderheitsanträge versteht die Minderheit nicht als Konzept, sondern es sind verschiedene Anträge, denen man unabhängig voneinander zustimmen kann.

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Beim letzten Satz bin ich einverstanden.

Brändli Christoffel (V, GR): Worüber diskutieren wir hier eigentlich? Es geht ja darum, die Kosten dieser Tagesleistungen aufzuteilen: Einen Teil übernimmt die öffentliche Hand, einen Teil die Spitex, und den restlichen Teil übernehmen die Patienten. Um welche Beträge geht es hier? Man kann von einem Tagesaufwand in der Grössenordnung von 100 Franken ausgehen. 60 Franken zahlen schon bisher die Kassen, 20 Franken die öffentliche Hand, und 20 Franken beträgt die Kostenbeteiligung des Patienten. Das ist die Ausgangslage.

Es ist natürlich falsch, wenn wir jetzt sagen: Der Patient bleibt dann freiwillig im Spital, wenn er diese 20 Franken bezahlen muss. Im Spital muss er eine Kostenbeteiligung von 20 Prozent auf 800 Franken bezahlen; das ist ein wesentlich höherer Beitrag. Diese Argumentationsschiene funktioniert also nicht.

Es geht jetzt um diese 20 Franken. Wir haben hier ein System entwickelt, wonach die Kosten derjenigen, welche es sich nicht leisten können, übernommen werden; das wird finanziert. Aber all jene, die es sich leisten können, müssen diese 20 Franken bezahlen. Ich habe es beim Eintreten gesagt: Wenn ich das Spital verlasse, dann ist es doch zumutbar, dass ich diese 20 Franken bezahle. Deshalb sehe ich nicht ein, warum hier eine Vollkostenfinanzierung angestrebt wird.

Zur Kostenverschiebung: Das Ziel der Vorlage ist es ja, dass man das, was man heute bezahlt, weiterhin bezahlt, dass man aber in diese Vorlage nicht Mehrleistungen einbaut.

Ich bitte Sie deshalb, den Antrag der Minderheit abzulehnen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Leuenberger a parlé au début de son intervention d'un marché de la santé de 50 milliards de francs – c'est un chiffre qui a été utilisé par quelqu'un d'autre au cours de la matinée. Ces 50 milliards de francs représentent l'assurance-maladie obligatoire des soins plus, plus, plus, plus, plus C'est en fait l'ensemble du marché de la santé. Je ne crois pas que c'est la valeur de référence qu'on doit prendre en compte ici. On est en train de discuter du financement des soins dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire qui représente 25 milliards de francs.

Si la proposition de la minorité Leuenberger-Solothurn était acceptée, à combien se monteraient les dépenses



supplémentaires? Il est vrai comme toujours qu'on doit se baser dans ce domaine-là sur des estimations. Mais les estimations sont assez réalistes. Comme vient de le dire Monsieur Brändli, il y aurait une prise en charge des coûts beaucoup plus importante que maintenant par l'assurance-maladie. On a calculé que cela pouvait représenter environ 150 millions de francs, en partant de l'hypothèse que 80 000 à 90 000 personnes recevraient en moyenne 43 heures de soins à domicile, avec un taux de couverture des coûts de 60 pour cent. Et ensuite il y aurait un effet de transfert et un effet d'augmentation des quantités, un effet d'incitation qui est difficile à estimer. Mais des gens qui sont proches du terrain estiment ce surcoût à 150 millions de francs. Au total, on aurait 300 millions de francs; c'est un maximum dans un premier temps, mais c'est une estimation qui est probablement assez réaliste.

Alors, 300 millions de francs par rapport à 25 milliards de francs, cela représente environ 1,3 ou 1,4 pour cent d'augmentation des coûts de l'assurance-maladie, qui s'ajoute à tout le reste. C'est important, mais ce n'est pas extrêmement grave socialement, dans la mesure où la prise en charge

AB 2006 S 657 / BO 2006 E 657

sociale est garantie à ceux qui ne pourraient pas payer, donc les cantons profiteraient davantage de cette solution.

On nous dit que ces chiffres sont exagérés et que le transfert n'est pas aussi important que cela. Si c'était le cas, les cantons ne se mettraient pas en marche de manière aussi vigoureuse; de même, certains d'entre vous ne se seraient pas exprimés de manière aussi vigoureuse. A la fin, ce qu'on veut, c'est de l'argent! Et de l'argent de manière assez importante, sinon il n'y aurait pas une bataille comme celle à laquelle on a assisté ces dernières semaines, à travers les prises de position des cantons notamment.

Il aurait été bon de voter un principe, mais on ne peut pas le faire dans le cadre d'une discussion de la loi. Le principe sur lequel tout le monde est d'accord, c'est d'essayer d'en rester au départ aux coûts pris en charge actuellement par l'assurance-maladie. Si vous acceptez la proposition de la minorité Leuenberger-Solothurn, il est clair qu'on fera sauter cette limite. L'évolution même du système nous entraînera vers suffisamment de coûts supplémentaires sans que légalement on provoque dès le départ une extension du verrou qu'on a posé au départ et qui seul est de nature à faire que cette loi soit praticable socialement à long terme.

Je vous invite donc à rejeter la proposition de la minorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 14 Stimmen

Dagegen 28 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Absatz 2 legt fest, dass sowohl der Bedarf als auch die zu vergütenden Pflegeleistungen durch den Bundesrat festgelegt werden sollen. Mit dieser Kompetenzregelung sind weder Änderungen bei den bisherigen Pflegeleistungen noch Änderungen bei der Bedarfsermittlung vorgesehen. Die Bestimmung trägt damit den bereits auf Verordnungsebene getroffenen Regelungen Rechnung.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 3 – Al. 3

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Absatz 3 legt fest, dass die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festzulegen sind. Mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung ist ein Systemwechsel verbunden. Neu ist, dass künftig nicht mehr die Tarifpartner, das heisst die Krankenversicherer und die Leistungserbringer, die Beiträge an die Pflegeleistungen bei Krankheit festlegen sollen. Im Grundsatz werden die Beiträge auf der Basis des heutigen OKP-Kostenvolumens ermittelt, sodass der Übergang von der alten zur neuen Regelung kostenneutral erfolgt. Damit wird implizit der heutige Zustand übernommen, das heisst, es wird auf die heutige Gesamtsumme der Vergütungen abgestellt. Massgebend für den Beitrag ist der Aufwand nach Pflegebedarf.

Wie der Pflegebedarf ermittelt wird, habe ich Ihnen bereits früher dargelegt. Es gibt dafür ausgeklügelte Instrumente, und der Bedarf wird laufend überprüft. Ich möchte hier auch nochmals klarmachen, dass der Pflegebedarf letztlich via Ärztin oder Arzt verordnet wird. Die Pflegeleistung soll "in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig" erbracht werden. Damit wird ausgedrückt, dass es in der Pflege nicht für alle



Pflegemassnahmen professionelle Pflegefachleute braucht. Für einfache, immer wiederkehrende Handlungen können auch Laien angelernt werden. Dies wird heute so praktiziert und soll so bleiben.

Es ist zudem nicht Absicht der Kommission, die unterschiedliche Abgeltung der Beiträge für Spitex und Pflegeheime aufzuheben. Spitex-Leistungen sollen weiterhin im Zeittarif abgegolten werden, während im Pflegeheim Pauschalbeiträge pro Tag zur Anwendung gelangen.

Leuenberger Ernst (S, SO): Sie haben es gehört: Man war sich in der Kommission einig, es seien Beiträge zu leisten. Nun geht es darum, wie diese Beiträge festgesetzt werden. Bei Absatz 3 gibt es bei dieser Beitragsfestsetzung nun in zwei Punkten eine Differenz zwischen Mehrheit und Minderheit: Die Minderheit sagt, bei dieser Beitragsfestsetzung seien kantonale Unterschiede bei den Lohnkosten zu berücksichtigen; das ist die eine Differenz. Die zweite Differenz, die da besteht: Die Minderheit sagt, diese Beiträge seien alle zwei Jahre zu Beginn des Kalenderjahres gemäss dem Rentenindex anzupassen. Das sind die beiden Differenzen, die hier bestehen.

Ich darf Sie darauf aufmerksam machen, dass sich die Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen bereits früh auch zu dieser Frage deutlich haben vernehmen lassen. Im Februar 2006 haben uns die Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen zur ersten Frage, die ich als Differenz dargestellt habe, zu diesen kantonalen Lohnunterschieden, in einer Fussnote geschrieben: "Dabei geht es nicht um eine Belohnung von Kantonen mit hohen Lohnkosten, wie dies im Bericht des Gesundheitsamtes am Rande vermerkt wird, sondern um die Berücksichtigung der Tatsache, dass die Lohnkosten als Ausdruck der Lebenshaltungskosten in unserem Land regional differieren und diesem Umstand mittels eines standardisierten Zu- bzw. Abschlagsfaktors im Rahmen der Betriebsvergleiche Rechnung getragen werden muss." Das einmal zu diesen Lohnunterschieden, damit ich nicht noch ins Gerede komme, ich würde hier gewerkschaftliche Anliegen vertreten. Das wäre Ihnen möglicherweise ja gar nicht so sympathisch.

Der zweite Punkt, den die Kantone uns unterbreiten, ist die Frage des Automatismus der Anpassung. Die Kantone finden, man könne diese Anpassung nicht allein dem Bundesrat überlassen, und halten wörtlich fest: "Unseres Erachtens ist es Sache des Gesetzgebers, auch die Art und Weise der Anpassung festzulegen; ansonsten ist davon auszugehen, dass der Krankenkassenbeitrag, gemessen an den Vollkosten der Pflege, stetig sinken wird. Wenn die SGK in ihrer Mehrheit aus Prinzip keinen Automatismus im Sinne einer Anpassung an die allgemeine Teuerung vornehmen will, verkennt sie die neue Ausgangslage. In den anderen Bereichen des KVG erfolgt die Anpassung auf Basis der Kostenentwicklung der jeweiligen Leistungserbringer, wobei deren Berücksichtigung im Rahmen der Tarifverhandlungen ermittelt wird." In der Pflegefinanzierung sollten Tarifverhandlungen zugunsten einer Festlegung seitens des Bundesrates entfallen. Es sei daher angezeigt, dass der Gesetzgeber Kriterien festlege, nach denen die Beiträge anzupassen seien. Dann folgt ein Plädoyer für die Anpassung an die Teuerung, und ich plädiere dafür, dass man die Beiträge auch an den Mischindex anpasst.

Ich bitte Sie also, hier bei Artikel 25a Absatz 3 der Minderheit zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral vous recommande de soutenir la majorité.

La proposition de la minorité veut fixer les contributions en tenant compte des différences cantonales dans les charges salariales. C'est évidemment un vaste programme qui peut provoquer pas mal de contestations; il favorise les cantons où les charges salariales sont les plus élevées; il défavorise les cantons qui parviennent à maîtriser les charges salariales de manière plus efficace. Je ne suis même pas sûr que, dans certains cantons, il n'y ait pas de différences de charges salariales d'une région à l'autre.

Mais ce serait assez légitime, car les situations sont différentes en ville ou en campagne dans des cantons relativement importants. Le point essentiel est que le Conseil fédéral ne peut pas commencer à juger du niveau des salaires dans toutes les régions de la Suisse. Si on le fait, on va créer un précédent qui, petit à petit, nous obligera à avoir un observatoire permanent de l'évolution des salaires, et de quels salaires? Est-ce que ce sont les salaires des secteurs en particulier? Est-ce que ce sont les salaires en général? On devra aussi juger de l'équité des salaires car, à certains moments,

AB 2006 S 658 / BO 2006 E 658

il y aura des revendications salariales. Et quand il faudra fixer le niveau des salaires pour les deux années à venir, on devra tenir compte des légitimes exigences salariales qui ont été manifestées et qui vont certainement se répercuter sur les coûts.

Pour cette raison, on ne peut pas soutenir la proposition de la minorité Leuenberger-Solothurn.

Un autre aspect me paraît plus acceptable: on ne combattrait pas un système qui prévoit une adaptation



automatique des contributions selon l'indice des rentes AVS. Mais, comme c'est lié à la première proposition – qui est inadmissible –, nous vous proposons de repousser la proposition de la minorité Leuenberger-Solothurn. Dans le cadre des discussions au Conseil national, nous serons d'accord de discuter sur l'adaptation automatique en fonction des rentes AVS; on ne s'y opposera pas. Mais alors, on s'oppose fermement au risque de voir le Conseil national reprendre l'idée des contributions tenant compte des différences cantonales dans les charges salariales.

C'est la raison pour laquelle c'est la proposition de la majorité, qui peut être modifiée plus tard, qui doit être la base de la discussion qui viendra.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 12 Stimmen

Abs. 4 – Al. 4

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: 2002 bezahlte die öffentliche Hand von Kantonen und Gemeinden einen Beitrag von 1,1 Milliarden Franken an die Pflege. Diese Zahl können Sie aus der Botschaft ersehen. Die Basis dieses Beitrages ist die aus dem Tarifschutz entstehende Verpflichtung. Gemäss dem Modell der Mehrheit sollen künftig die Kosten so weit wie möglich primär aus eigenen Mitteln finanziert werden. Herr Schiesser hat in der Eintretensdebatte auf die Globalbilanz aufmerksam gemacht und hat erläutert, dass irgendjemand letztlich die Mehrbeträge, wenn solche da sind, bezahlen muss. Wir sind der Meinung, dass einen Teil davon die Pflegebedürftigen selber zu übernehmen haben, immer vorausgesetzt, dass es ihnen möglich ist. Bei ungenügenden Eigenmitteln der Pflegebedürftigen kommen die subsidiären Pflegeleistungen wie Ergänzungsleistungen und allenfalls Sozialhilfe dazu.

Zusätzlich fallen Subventionen der Kantone und Gemeinden für Heime und Spitex-Organisationen an. Die Mehrheit vertritt klar die Meinung, dass sich die Kantone und Gemeinden auch künftig bei der Pflegefinanzierung engagieren sollen. Es kann aber nicht Sache des Bundes sein, die Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten gesetzlich zu begrenzen. Mit dem NFA haben wir eine klare Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen eingeführt. Die Finanzierungsträger für die Ergänzungsleistungen im Zusammenhang mit den restlichen Pflegekosten sind die Kantone und Gemeinden. Mit der Beratung der NFA-Vorlage vom 21. März 2002 hat sich der Ständerat im Zusammenhang mit den Ergänzungsleistungen dafür ausgesprochen, dass es Sache der Kantone sein soll, die Finanzierung der Heimaufenthalte über personenbezogene Hilfe oder über die Subventionierung von Institutionen zu regeln. Eine KVG-Regelung, die eine Begrenzung vorschlägt, würde unserem damaligen Entscheid widersprechen.

Deshalb bittet Sie die Mehrheit der Kommission, den Minderheitsantrag abzulehnen.

Leuenberger Ernst (S, SO): Bei Absatz 4 beantragt die Minderheit, es sei gesetzlich zu fixieren, dass höchstens 20 Prozent der Kosten der Pflegeleistungen auf die Versicherten, auf die Patienten, überwältzt werden könnten.

Selbstverständlich habe ich bisher immer die Kantone zitiert, und ich will es aus Fairnessgründen auch hier tun. Die Kantone wehren sich mit Händen und Füßen und, wie sie schreiben, "entschieden" gegen diesen Antrag. Aber wie dem auch immer sei, ich finde, die Kommission hat sich zu wenig über dieses Problem gebeugt, dass man im Krankenbett verarmen kann. Das kann kein sozialpolitisches Ziel in diesem Lande, in diesem Gesetz sein. Wir brauchen dringend eine entsprechende Lösung. Es gibt hier ja einen Lösungsansatz, der dann in der Luft zerrissen wird, und Herr Brändli hat mir angekündigt, er würde dann glossenartig sagen, der zweite Satz dieses Antrages würde bedeuten, dass die Krankenkassen nichts mehr bezahlen müssten.

Es geht mir hier aber nicht um Wortklauberei, sondern es geht um die Frage – ich habe es Ihnen gesagt -: Soll es möglich sein, dass man in diesem Lande im Krankenbett verarmt? Sie haben die Zahlen, die da zur Diskussion stehen, auch schon im Eintretensreferat von Herrn Kollege Maissen gehört. Die Begrenzung von 20 Prozent ist in Beziehung zu setzen zu dem, was beispielsweise die Spitex sagt, nach der es eine Deckungslücke von etwa 45 Prozent gibt. Das heisst also, die Minderheit wäre bereit, rund die Hälfte dieser Lücke den Patienten, den Versicherten, anzulasten und dann zu sagen, dass man aber diese andere ungedeckte Hälfte nicht auch noch diesen Patientinnen und Patienten anlasten kann.

Das ist, glaube ich, die ganz grosse Frage, die sich hier stellt. Unabhängig davon, was hier und jetzt entschieden werden soll und was allenfalls an juristischen Spitzfindigkeiten von den Krankenkassen-Generalen noch herausgefunden wird – die Frage muss beantwortet werden: Wie verhindern wir in diesem Land, dass die Leute im Krankenbett verarmen? Ich bitte Sie, mal der Minderheit zuzustimmen. Wenn es dann wahr sein sollte,



was Juristen vermuten, dann kann der Nationalrat diese Sache immer noch anschauen. Er wird es ohnedies tun müssen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich im Nationalrat Mehrheiten finden lassen für eine Lösung, die diese Grundfrage unbeantwortet lässt. Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Es geht hier nicht um Wortklaubereien und um juristische Spitzfindigkeiten, ganz abgesehen davon, dass ich nicht Jurist bin. Da bin ich unverdächtig. Wir müssen natürlich überlegen, welchen Rechtssatz wir hier verabschieden. Hier sagt die Minderheit, dass der Patient höchstens 20 Prozent bezahlt. Damit bin ich einverstanden. Den Rest zahlt die öffentliche Hand. Wenn Sie den Satz so formulieren, dann bezahlen die Krankenversicherer nichts mehr. Das ist dann eine klare Aussage. Wir sind der Meinung, dass wir einen Schlüssel finden müssen, etwa 60 zu 20 zu 20.

Diese Frage kann von mir aus auch im Nationalrat diskutiert werden und kommt dann vielleicht in irgendeiner Form wieder zu uns zurück. Aber so, wie er hier formuliert ist, dürfen wir diesen Rechtssatz nicht verabschieden. Ich meine, der Nationalrat kann sich mit der Frage auseinandersetzen, aber diesen Minderheitsantrag muss man ablehnen. Sie können nicht die vollen Kosten auf die öffentliche Hand übertragen.

Fetz Anita (S, BS): Hier behandeln wir meiner Meinung nach das Kernstück dieser Vorlage. Kollege Brändli hat nicht im letzten, sondern im vorletzten Votum gesagt: Ziel dieser Vorlage ist es, Mehrleistungen zu verhindern. Das Ziel ist nicht nur, wenn Sie dann die Gesamtheit anschauen, Mehrleistungen zu verhindern, sondern die Kosten umzuverteilen – und das tun wir heute! Wenn wir hier nicht eine Begrenzung für Patientinnen und Patienten einführen, dann landen wir bald wieder wie im letzten Jahrhundert dort, wo man aufgrund von Krankheit – damals gab es zum Teil nicht einmal die Fürsorge – arm und fürsorgeabhängig wird, und das kann ja nicht das Ziel dieser Vorlage sein.

Gesetzt den Fall – ich wundere mich, dass dieser juristische Vorbehalt in der Kommission nicht vorgebracht wurde –, es wäre tatsächlich ein juristischer Hinderungsgrund, dann ist, wie Sie wissen, mit diesem Antrag selbstverständlich nicht gemeint, dass die Krankenversicherung aus ihren Beteiligungsaufträgen entlassen wird; das ist nicht die Meinung. Ich bin überzeugt, dass das nicht der Fall ist. Wenn das der Fall sein sollte, müsste man das mit einem juristischen

AB 2006 S 659 / BO 2006 E 659

Gutachten nachweisen; dann kann das in der nationalrätlichen Kommission entsprechend ausgedeutet werden.

In der Kommission ist das nicht so besprochen worden, das möchte ich an dieser Stelle ganz klar festhalten. Von daher schliesse ich nicht aus, dass es vielleicht auch ein kleiner "Unterzug" sein sollte. Wir entscheiden bei diesem Minderheitsantrag nur darüber: Ist es in diesem Land wieder möglich, durch Krankheit fürsorgeabhängig zu werden? Das betrifft übrigens nicht nur die ältere Generation – ich habe es in meinem Eintretensvotum gesagt -: Es gibt x Krebspatienten und -patientinnen, die jünger sind, die sehr auf Pflege angewiesen sind. Sollen sie jetzt über die Krankheit hinaus auch noch bestraft werden, indem man ihnen noch mehr Finanzleistungen abverlangt? Das ist keine gerechte Lösung. Ich denke auch nicht, dass wir in unserer Gesellschaft derartige Sparmassnahmen nötig haben. Ich erinnere daran: Wir haben das Kopfprämiensystem; es hat den unschönen Fehler, dass die Verkäuferin gleich viel zahlt wie die Bankdirektorin. In diesem Sinne ist es halt gerechter, wenn zusätzliche Kosten über Steuern, das heisst von jenen bezahlt werden, die mehr verdienen. Das heisst, die öffentliche Hand bezahlt den Rest.

Ich bitte Sie sehr, diesem Antrag zuzustimmen. Ich kann Ihnen sagen – ich habe sie in verschiedenen Organisationen vorgestellt, diese Pflegefinanzierung -: Dieser Artikel ist ein Stein des Anstosses; ich schliesse nicht aus, dass man darüber noch sehr kritisch sprechen wird.

Brunner Christiane (S, GE): En fait, je suis l'auteure de la proposition, mais pour des raisons de santé je n'ai pas pu la défendre en commission. Ce qui est proposé ici est très simple et ne veut en tout cas pas dire que l'assurance-maladie ne paie pas les 80 pour cent restants. Si la commission a refusé de dire que la contribution de l'assurance-maladie est de 80 pour cent, c'est qu'elle peut être inférieure à 80 pour cent, notamment parce qu'elle est en francs.

Cette disposition garantit donc que l'assuré n'a pas plus de 20 pour cent des coûts à sa charge, mais que s'il y a des coûts résiduels, puisque l'assuré a 20 pour cent à sa charge et que la contribution de l'assurance-maladie peut être plus basse que 80 pour cent, il faut bien que quelqu'un paie les coûts résiduels qui sont mis à ce moment-là à la charge des collectivités publiques. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de faire un débat juridique sur cette question.



En ce sens, la proposition que j'avais formulée à l'époque est très claire et je vous prie de bien vouloir l'adopter.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte Ihnen nur noch einmal klar darlegen, worum es der Mehrheit geht. Die Mehrheit möchte nicht bestimmen, wer wie viel der Restkosten zu bezahlen hat. Es ist auch nicht die Meinung, dass mit der vorgeschlagenen Neuregelung die Kantone und Gemeinden den Rückzug aus dieser Verpflichtung antreten; das wollen wir auch nicht. Wir vertreten die Meinung, dass der Bundesgesetzgeber keine Kriterien festlegen soll, wie viel die Pflegebedürftigen zu bezahlen haben. Es ist Sache der Kantone und Gemeinden, zu legiferieren und festzulegen, wie viel sie an diese restlichen Kosten bezahlen. Es geht darum, zu entscheiden, ob wir von Bundesseite her festlegen sollen, dass höchstens 20 Prozent der Pflegekosten auf die zu Pflegenden überwältzt werden können.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous partageons le point de vue selon lequel dans ce pays, quelqu'un ne doit pas être rapidement appauvri à cause d'une maladie. C'est pour cela qu'on a une assurance-maladie obligatoire, c'est pour cela qu'on a construit un système social efficace. Récemment, il a été démontré que la pauvreté a été pratiquement éradiquée dans les classes d'âge les plus élevées. Entre les différents types de prestations qui sont fournies, il y a suffisamment de moyens à disposition pour éradiquer la pauvreté. Certes, les personnes âgées ne sont pas les seules à recourir à ce type de soins, mais d'autres instruments répondent aux besoins des personnes moins âgées.

Au cours de la matinée, vous avez approuvé la proposition de faire sauter le plafond pour l'accès aux prestations complémentaires; vous avez accepté la proposition du Conseil fédéral de créer une allocation pour impotence légère; on a donc renforcé le dispositif social. Ce n'est donc pas le XIXe siècle! Et le risque de réduire à la grande pauvreté des gens qui tombent malades est extrêmement limité. Mais plus encore, l'argument qui vient d'être évoqué par plusieurs orateurs, dont Madame Forster, qui dit que le solde n'est pas nécessairement pris en charge par l'assuré – ce sont les cantons qui doivent décider – me paraît convaincant. Les cantons sont les plus proches de la population, ce sont eux qui, avec les communes, sont le plus en mesure de juger quelle part chacun peut prendre aux coûts des soins; et ce sont eux qui doivent à la fin fixer la répartition de la prise en charge des coûts supplémentaires.

C'est la raison pour laquelle la majorité, en faisant cette proposition, tient compte de la vision d'ensemble du système social et du système politique, dans lequel les cantons jouent un rôle et décident en fonction des conditions locales de ce qui est juste ou de ce qui n'est pas juste. Bien sûr, la plupart d'entre vous – comme moi d'ailleurs – appartiennent à une minorité plutôt aisée. Je ne vois pas en quoi on devrait me protéger à l'avenir, même si j'appartiens à une petite minorité, et m'empêcher de payer un peu plus si nécessaire. Je ne souhaiterais pas que mes compatriotes, à la fin de ma carrière, le jour où je serai à l'EMS, doivent prendre en charge une partie supplémentaire des coûts occasionnés. Je serai même très fier de payer plus que ce qui est prévu ici. Mais c'est le cas pour une minorité. Je crois qu'il faut quand même accepter cela et laisser aux cantons le soin de choisir la manière dont ils veulent faire assumer le reste des coûts.

C'est la raison pour laquelle la minorité devrait être rejetée.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 10 Stimmen

Dagegen 28 Stimmen

Ziff. 3 Art. 49 Abs. 1

Antrag der Kommission

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1)

Ch. 3 art. 49 al. 1

Proposition de la commission

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1)

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 50

Antrag der Kommission

Titel

Kostenübernahme im Pflegeheim





Text

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

Ch. 3 art. 50

Proposition de la commission

Titre

Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

Texte

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à

AB 2006 S 660 / BO 2006 E 660

l'article 25a. Les alinéas 6 et 7 de l'article 49 sont applicables par analogie.

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 104a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. 3 art. 104a

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. Ia

Antrag der Mehrheit

Titel

Übergangsbestimmungen

Abs. 1

Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a sind erstmals so festzulegen, dass sie der Summe der Vergütungen für die Pflegeleistungen, die ambulant und im Pflegeheim erbracht werden, im Jahre 200X entsprechen. Kann diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten nicht eingehalten werden, nimmt der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vor.

Abs. 2

Die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

Antrag der Minderheit

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

Abs. 1

Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a sind erstmals zu berechnen auf der Basis der Vollkosten der Pflegeleistungen, die ambulant und im Pflegeheim durchgeführt werden. Einbezogen werden auch die Lohnkosten. Ausgangslage für die Berechnung ist das Jahr 200X.

Ch. Ia

Proposition de la majorité

Titre

Dispositions transitoires

Al. 1

Le montant des contributions aux soins selon l'article 25a est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des remboursements effectués pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un



établissement médico-social en 200X. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

Al. 2

Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront portés dans un délai de trois ans au niveau des contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation.

Proposition de la minorité

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

Al. 1

Le montant des contributions aux coûts des soins selon l'article 25a est calculé au départ en fonction du total des coûts des soins dispensés sous forme ambulatoire et dans un établissement médico-social. Le total des coûts comprend également les charges salariales. La base de calcul initiale correspond à la situation de l'année 200X.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Absatz 1 besagt, dass die Beiträge an die Pflegeleistungen so festgesetzt werden, dass die Kostenneutralität beim Übergang gewahrt ist. Durch die gesamtschweizerische Festlegung der Beiträge werden in einzelnen Kantonen die Versicherer die Beiträge nach unten anpassen können, in anderen vielleicht nach oben. Die Zahl 200X, die Sie in diesem Antrag vorfinden, macht deutlich, dass heute noch nicht absehbar ist, wann das Gesetz in Kraft treten wird. Sollte das Gesetz zum Beispiel im Jahr 2008 in Kraft treten, würde bei der Berechnung der Beiträge auf die Vergütungen von 2006 abgestellt. Da ein Systemwechsel vorgesehen ist, ist eine Übergangsregelung vorzusehen, die einen gewissen Spielraum lässt; deshalb auch die Regelung, dass der Bundesrat Anpassungen vorsehen kann, wenn der Systemwechsel in den Kantonen nicht im ersten Jahr erfolgen kann, sondern etwas länger dauert.

Absatz 2 besagt, dass die geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren anzupassen sind. Die Angleichung wird von den Kantonsregierungen bestimmt.

Leuenberger Ernst (S, SO): Es wird das letzte Mal sein, dass ich mich in dieser Sache zu Wort melde. Es geht mir bei diesen Übergangsbestimmungen darum, bei der erstmaligen Festlegung der Beiträge erneut – ich betone es, um wider den Stachel zu löcken – die Idee der Vollkosten in die Diskussion zu bringen. Das ist der wesentliche Unterschied zum Antrag der Mehrheit. Ich muss Ihnen gestehen: Ich tue dies umso lustvoller, als man mir in der Kommission gesagt hat – ich weiss, dass man aus Kommissionsprotokollen nicht zitieren darf –, wenn man es geschichtlich betrachte, sei die Vollkostenidee im Gesetz gewesen. Daraufhin seien Preise ausgehandelt worden, damit man die Rechnung habe abschliessen und Vollkosten feststellen können, aber – und jetzt kommt es – in vielen Häusern könne man das immer noch nicht. Da muss ich Ihnen gestehen: Wenn es wirklich wahr ist, dass man in vielen Häusern die Vollkosten noch nicht ermitteln kann, dann wird es langsam Zeit, dass man das auch dort machen kann. Wenn es denn in den Übergangsbestimmungen des Gesetzes stünde, es sei bei der erstmaligen Beitragsberechnung auf die Vollkosten abzustimmen, würde das mindestens bedeuten, dass man sie erfassen müsste.

Ich bitte Sie, diese Minderheit zu unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous soutenons la majorité qui exprime clairement son intention et qui a été confirmée à plusieurs reprises par des votes ce matin. La majorité fixe le volume des remboursements à un montant équivalent à "l'ensemble des remboursements effectués pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social en 200X", suivant la date d'entrée en vigueur de la loi.

Je crois que les choses sont claires. La solution alternative est moins claire, et surtout elle ouvre la porte à une extension des volumes.

Je vous prie, dans la droite ligne des décisions qui ont été prises ce matin, de suivre la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 25 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 9 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



Ch. II

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

AB 2006 S 661 / BO 2006 E 661

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 28 Stimmen

Dagegen 7 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires

selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté