



05.025

**Bundesgesetz
über die Neuordnung
der Pflegefinanzierung****Loi fédérale
sur le nouveau régime
de financement des soins***Zweitrat – Deuxième 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)

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Pflegefinanzierung ist in Artikel 50 des Krankenversicherungsgesetzes geregelt. Danach vergütet der Versicherer beim Aufenthalt in einem Pflegeheim die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Die von der obligatorischen

AB 2007 N 1106 / BO 2007 N 1106

Krankenpflegeversicherung zu tragenden Pflegekosten sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung definiert. Der aktuelle Kostendeckungsgrad durch die Krankenversicherer wird auf 50 bis 60 Prozent geschätzt. Je nach kantonaler Regelung kann der Tarifschutz gemäss KVG nicht eingehalten werden. Die Rechtsunsicherheit bei Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und Versicherern ist seit der Einführung des KVG gross.

Damit einigermassen Rechtssicherheit geschaffen und eine massive Kostenverlagerung auf die Krankenversicherer verhindert werden kann, gilt seit 2005 ein dringliches Bundesgesetz, mit welchem die Pfelegtarife gemäss den Rahmentarifen eingefroren worden sind. Im Februar 2005 hat der Bundesrat die Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgelegt, mit welchem insbesondere zwei Reformziele erreicht werden sollen: 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.

Als Erstrat hat der Ständerat die Pflegefinanzierung an der letztjährigen Herbstsession in Flims diskutiert. In Abweichung zum bundesrätlichen Entwurf hat der Ständerat ein eigenes Modell entwickelt, im Wesentlichen mit folgendem Inhalt: Die Versicherer zahlen Beiträge an die Pflegeleistungen einzig nach dem Pflegebedarf und unabhängig vom Ort der Behandlung, also unabhängig davon, ob der Patient in einem Pflegeheim, in einer Tageseinrichtung, ambulant oder zu Hause gepflegt wird. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und setzt die Beiträge in Franken fest. Mit einer Übergangsbestimmung will der Ständerat Kostenneutralität garantieren, das heisst, dass die Einführung der neuen Pflegefinanzierung kostenneutral erfolgt und die derzeit rund 2 Milliarden Franken betragenden Pflegekosten nicht ansteigen sollen.





Ausgehend vom Modell des Ständerates hat die Kommission anlässlich eines Hearings im Februar 2007 Leistungserbringerorganisationen, Kantone und Versicherer angehört. Verschiedene Anträge der Interessengemeinschaft Pflege wurden in der Kommissionsdebatte aufgenommen. Umstritten war in der SGK, wieweit eine zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenversicherer in Kauf genommen werden kann. Einigkeit hingegen bestand darüber, dass die Belastung der Patientinnen und Patienten durch Pflegeleistungen berechenbar und begrenzt sein muss.

Zur Erreichung dieses Zieles schlägt Ihnen die Kommission folgende Massnahmen vor:

1. Eine verstärkte Koordination der Krankenversicherungsleistungen mit der Hilflosenentschädigung und den Ergänzungsleistungen. Bei der Hilflosenentschädigung wird die bisherige Karenzfrist von einem Jahr für eine Hilflosigkeit schweren oder mittleren Grades aufgehoben. Zudem werden Bedarfsabklärungen und Leistungen mit denjenigen der Krankenversicherung koordiniert. Bei den Ergänzungsleistungen wird die Vermögensfreigrenze für die Berechnung der Ergänzungsleistungen sowie für selbstbewohntes Wohneigentum erhöht. Zudem beantragt die Kommissionsmehrheit, dass die Kantone die Kosten für einen Heimaufenthalt nur so weit begrenzen können, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem Heim Sozialhilfe benötigt.
2. Die Belastung der Patientinnen und Patienten durch nichtgedeckte Pflegekosten wird begrenzt. Das heisst, dass der von der Krankenversicherung nichtgedeckte Teil nur bis zu einem bestimmten Betrag den Patienten verrechnet werden darf. Gemäss Kommissionsmehrheit sind das höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festgesetzten Maximalbetrages der Versicherer. Für den Rest haben die Kantone aufzukommen. Zu berücksichtigen ist, dass in Pflegeheimen die Hotellerie- und Betreuungskosten voll zulasten der Patienten gehen.
3. Einrichtungen mit ambulanten Tages- und Nachtstrukturen werden als zugelassene Leistungserbringer aufgenommen.
4. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung muss neu für eine vom Bundesrat zu bestimmende Dauer die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege übernehmen.

Zu den Kostenfolgen der Revision: Entgegen der ständerätlichen Fassung unterbreitet Ihnen die Kommission keine für die Versicherer kostenneutrale Vorlage. Es gibt Mehrbelastungen für die Versicherer und für die Kantone. Entlastet werden jedoch die Pflegepatientinnen und Pflegepatienten. Es ist dann eine politische Frage, wieweit die Mehrkosten auf die Versicherer und auf die öffentliche Hand, das heisst auf die Kantone, aufgeteilt werden.

Für die Krankenversicherer gibt es spürbare Mehrkosten durch die Übernahme der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege. Die Kosten dieser Massnahme werden unterschiedlich hoch geschätzt. Die Verwaltung rechnet mit zusätzlichen Kosten von 130 Millionen Franken, die Leistungserbringer mit maximal 250 Millionen Franken, und die Versicherer sprechen von Mehrkosten zulasten der Krankenversicherer von gegen 600 Millionen Franken. Der genaue Betrag wird von der Definition der Übergangspflege und deren Dauer abhängen. Für die Kantone fallen auch Mehrkosten an, einerseits durch den Einbezug in die finanzielle Mitverantwortung bei den Pflegekosten, andererseits auch durch die Erhöhung der Freibeträge bei den Ergänzungsleistungen. Die Verwaltung beziffert die Mehrkosten auf netto 268 Millionen Franken, währenddem die Kantone von 300 bis 340 Millionen Franken an Mehrkosten sprechen. Der Ständerat wird sich mit den Differenzen zu seiner Fassung und den geschätzten Kostenverlagerungen zulasten der Krankenversicherer und der Kantone nochmals auseinandersetzen und gegebenenfalls auch Korrekturen vornehmen müssen.

Der Kommission geht es bei allen Bestimmungen primär darum, dass die privaten Haushalte nicht übermässig belastet werden und Patienten und Patientinnen nicht einen zu hohen Anteil an den Pflegekosten übernehmen müssen. Die Fassung der Kommission schützt vor allem den Mittelstand. Es soll möglichst verhindert werden, dass älter werdende Menschen frühzeitig ihr Vermögen verteilen, weil sie unter den heutigen Bedingungen befürchten, dass bei einer allfälligen Pflegebedürftigkeit das ganze Ersparte innert kurzer Zeit wie Schnee an der Sonne dahinschmilzt.

Zudem soll kein Mensch wegen Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig werden.

Noch eine Bemerkung zur Fahne: Zu Artikel 25a Absätze 2 und 3 gibt es, entgegen dem Vermerk auf der Fahne, keinen Minderheitsantrag. Der Minderheitsantrag zu Artikel 25a soll nicht die Absätze 2 und 3 von Artikel 25a der Mehrheitsfassung ersetzen, sondern steht Absatz 5 gegenüber. Ich bitte die Präsidentin, dies bei der Abstimmung zu berücksichtigen.

Die Kommission hat diese Vorlage einstimmig verabschiedet. Im Namen der Kommission bitte ich Sie daher, auf die Vorlage einzutreten und den Mehrheitsanträgen zu folgen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE), pour la commission: Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 1996 de la loi sur l'assurance-maladie, la célèbre LAMal, l'assurance obligatoire des soins doit rembourser les frais de soins au même titre que les autres prestations du catalogue, comme cela avait du reste été promis au cours de la



campagne référendaire; d'ailleurs, cela a certainement joué un rôle dans l'acceptation du projet par le peuple. Malheureusement, cette belle promesse a rapidement été démentie, puisqu'en 1998 déjà, en raison de l'évolution financière du domaine des soins et du manque de transparence dans la comptabilité des institutions prestataires, les tarifs-cadres ont été introduits, solution transitoire, qui perdure toujours près de dix ans plus tard, puisque c'est toujours selon ce système que les prestations de soins sont maintenant remboursées, alors même que de grands efforts ont été fournis pour pouvoir présenter des comptabilités standardisées. Cette solution est insatisfaisante, car elle ne permet pas de remplir les promesses faites, ni de respecter

AB 2007 N 1107 / BO 2007 N 1107

la loi, puisque les assureurs-maladies prennent en charge entre 55 et 60 pour cent des coûts, le reste étant à la charge de la personne nécessitant des soins et éventuellement des pouvoirs publics, pour les cantons qui en ont décidé ainsi.

Pour que les choses soient claires, il convient de préciser que les coûts dont nous parlons aujourd'hui pour les personnes séjournant en institution, sont uniquement les coûts des soins, les coûts d'hébergement, d'hôtellerie et d'animation n'étant de toute façon pas remboursés par l'assurance-maladie, mais payés par le résident, éventuellement soutenu par des financements publics si besoin est.

Ainsi, toute personne vivant en EMS se voit facturer une taxe journalière d'hébergement, qui peut varier entre 120 francs à 205 francs par jour, ce qui représente une facture de 3600 à 6000 francs par mois, auxquels s'ajoutent des coûts pour les soins, dont seule une part – de l'ordre de 55 à 60 pour cent – est remboursée par l'assurance obligatoire des soins. Pour donner un ordre de grandeur, on peut dire qu'une personne dont le degré de dépendance est élevé se voit facturer en moyenne 180 francs par jour, dont 110 francs sont pris en charge par l'assurance-maladie de base. Restent 2100 francs par mois à la charge de la personne nécessitant des soins, et qui s'ajoutent aux frais d'hébergement qu'elle paye. Ce sont là des sommes considérables pour des personnes dont un grand nombre – à l'heure actuelle en tout cas – ne vit encore qu'avec une rente AVS complétée éventuellement par une faible rente du deuxième pilier et, fort heureusement, par des prestations complémentaires.

Pour mettre fin à cette situation insatisfaisante, le Conseil fédéral a donc présenté, en février 2005, un projet de loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins que le Conseil des Etats a examiné le 19 septembre 2006. L'un comme l'autre sont partis du principe que ce projet devait aboutir à une neutralité des coûts pour les assureurs afin de ne pas entraîner de hausse des primes pour les personnes assurées selon la LAMal.

Après une audition des représentants des milieux concernés par cette question le 22 février 2007, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a débattu de cette question lors de ses séances des 25 et 26 avril, 31 mai et 1er juin derniers, et on peut dire qu'elle a finalement établi des priorités quelque peu différentes de celles du Conseil des Etats.

Si personne n'a contesté la nécessité de légiférer dans ce domaine, une minorité de la commission a tout de même proposé de ne pas entrer en matière, car le projet issu des délibérations du Conseil des Etats ne prenait pas en compte la situation des personnes concernées et consacrait un état de fait qui n'est rien d'autre qu'une brèche dans le principe de solidarité qui prévaut dans la LAMal.

Bien que ces reproches aient été exprimés par plusieurs membres de la commission, celle-ci a décidé d'entrer en matière par 16 voix contre 7 avec 2 abstentions, et ce dans le but explicite de mieux prendre en compte la situation des personnes directement concernées. Vu l'évolution du projet, les membres de la commission qui contestaient au départ l'entrée en matière n'ont pas maintenu leur opposition.

Je vous recommande donc, au nom de la commission, d'entrer en matière sur le projet et de l'adopter tel que la commission l'a amendé à la suite de ses travaux.

Dans les grandes lignes, le projet contient plusieurs éléments nouveaux qui concourent tous à une meilleure prise en considération des personnes nécessitant des soins.

1. Dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, à l'article 43bis alinéa 2, la commission propose de supprimer le délai de carence d'un an, avant qu'une personne puisse toucher une rente pour impotent si l'impotence, grave ou moyenne, est vraisemblablement de longue durée. Il n'y a en effet aucune raison de faire attendre un an une personne, par exemple, victime d'un accident vasculaire cérébral et qui doit, de ce fait, entrer en EMS. Le coût de cette mesure a été estimé après les travaux de la commission à 90 millions de francs.

La commission demande aussi qu'une meilleure coordination soit assurée entre les différentes assurances sociales, revendication qui était déjà formulée en 1992 lors des débats parlementaires sur la LAMal. Cette question doit faire l'objet d'un rapport du Conseil fédéral, pour permettre au Conseil des Etats de prendre sa



décision en toute connaissance de cause, un certain nombre d'éléments devant être éclaircis, notamment sur la situation dans l'AVS, mais aussi dans l'AI, sur les possibilités de coordination existantes et, le cas échéant, sur la manière d'optimiser au mieux la volonté de coordination. N'ayant pas suffisamment d'éléments en notre possession, nous vous prions de créer une divergence avec le Conseil des Etats pour nous donner la possibilité d'approfondir ces questions.

2. Au sujet de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC), vous me permettrez de faire une remarque préliminaire. Ne sachant en effet pas encore si le nouveau régime de financement des soins entrera en vigueur avant la nouvelle répartition des tâches ou si, au contraire, ce sera celle-ci qui entrera en vigueur avant celui-là, la commission a mené ses débats sur la LPC en vigueur, puis elle a inclus, dans une forme appropriée, ses décisions dans la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, la fameuse loi dite LPC/RPT. Vous trouverez cela au chiffre Ib.

Dans la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, nous avons suivi le Conseil fédéral, qui prévoit de supprimer à l'article 3a alinéa 3 la limite maximale de la prestation complémentaire pour les personnes vivant en institution, limite qui peut empêcher, à l'heure actuelle, de prendre en compte l'ensemble des frais découlant d'un tel séjour, entraînant ainsi la personne concernée dans la pauvreté. La commission vous propose à l'article 3c alinéa 1 lettre c d'augmenter de 50 pour cent les limites de fortune exemptée pour ouvrir le droit aux prestations complémentaires. Nous avons pris cette décision pour éviter de pénaliser les personnes qui ont réussi à faire quelques petites économies tout au long de leur vie et qui seraient, dès lors, obligées de les dépenser très rapidement, ne gardant plus aucune latitude dans leur gestion. Il convient de relever au passage que les montants actuels n'ont pas été modifiés au cours des vingt dernières années, ils n'ont même pas été adaptés à l'évolution du coût de la vie. Les coûts supplémentaires de cette mesure seraient de l'ordre de 66 millions de francs.

De même, la commission vous propose d'adopter un alinéa 1bis qui augmente, dans des cas particuliers, la limite de la valeur de l'immeuble occupé dans le but d'éviter une incitation malvenue à vendre son logement et à aller en institution plus tôt que l'état de santé ne le requiert.

Une autre modification a été apportée à l'article 5 alinéa 3, mais dans la mesure où elle fait l'objet d'une proposition de minorité, nous en reparlerons tout à l'heure.

3. La troisième loi touchée par ce projet de loi, c'est bien évidemment la LAMal puisque nous trouvons des modifications aussi bien à l'article 25 qu'à l'article 25a, que vous me permettrez de détailler rapidement puisque ce dernier introduit plusieurs éléments importants.

Ainsi, l'alinéa 1 de l'article 25a prévoit que les soins fournis dans les structures ambulatoires de jour et/ou de nuit bénéficient de contributions de la LAMal, comme ceux qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en EMS. Il convient de relever ici que de telles structures sont souvent très utiles pour décharger les proches qui s'occupent d'une personne nécessitant des soins et retarder, voire empêcher complètement, un placement en institution beaucoup plus coûteux à tout point de vue.

Quant à l'alinéa 1bis, il prévoit la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, pour une durée limitée, des soins aigus et de transition. Cette décision est à mettre en relation avec l'introduction prochaine des forfaits par cas en milieu hospitalier, les fameux Swiss DRG, dont on sait par l'expérience faite dans d'autres pays qu'ils entraînent une diminution voulue, mais parfois problématique, de la durée du

AB 2007 N 1108 / BO 2007 N 1108

séjour à l'hôpital. Dès lors, la personne qui rentre chez elle ou se rend dans un établissement de réhabilitation a le plus souvent encore besoin de tels soins, et il serait tout à fait inadéquat qu'ils ne soient pas pleinement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Le coût de cette mesure à la charge de l'assurance-maladie a été évalué par SantéSuisse – je vous livre donc les chiffres tels qu'ils sont – à 150 à 300 millions de francs. Vous voyez la marge d'évaluation! Mais il est intéressant de noter qu'une augmentation dans ce domaine-là devrait en revanche entraîner une réduction dans le domaine des soins de longue durée.

Enfin, l'alinéa 5 limite la part maximale de la participation de la personne concernée aux coûts des soins à 20 pour cent au maximum du montant de la contribution aux soins, ce qui correspond à une somme d'environ 7000 francs par année. Cette limitation est sans doute l'élément le plus important de l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter à une personne nécessitant des soins de dépendre de l'assistance. Elle correspond à la demande exprimée par toutes les organisations, unanimes sur ce point, qui composent la "Communauté d'intérêts – Financement des soins".

Une minorité Goll propose une solution plus favorable pour les ménages privés, dont nous parlerons dans la discussion par article.



Enfin, la commission a décidé de biffer le chiffre 1a, "Dispositions transitoires", adopté par le Conseil des Etats. En effet, notre objectif prioritaire n'est pas de garantir la neutralité des coûts pour les assureurs-maladie dans la mise en oeuvre de ce projet, mais bel et bien de garantir des conditions de vie dignes pour les personnes âgées et malades.

L'évolution des coûts dans le domaine des soins a finalement été relativement proche de celle des coûts de l'assurance obligatoire des soins entre 1998 et 2005. Certes, l'évolution démographique laisse présager une augmentation de ces coûts dans les années à venir, sans pour autant que cela soit une fatalité ou une catastrophe. Pour la garder dans des proportions raisonnables, on doit parier sur des mesures de prévention, sur l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées et sur le renforcement de l'aide et des soins à domicile, permettant de limiter les séjours beaucoup plus coûteux en institution.

Actuellement, et c'est un ordre de grandeur stable ces dernières années, les coûts des soins représentent environ 10 pour cent des prestations de l'assurance obligatoire des soins. 10 pour cent des personnes de plus de 65 ans nécessitent des soins, mais c'est surtout dès 80 ans que le besoin augmente, 33 pour cent des personnes de 84 ans et plus étant dépendantes. Ces soins peuvent être dispensés à domicile ou en EMS.

En Suisse, à l'heure actuelle, 100 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer, dont 60 000 vivent à domicile; 80 000 personnes vivent quant à elles en EMS. Ces personnes, qui ont travaillé toute leur vie, ont le droit de finir leurs jours dans la dignité, en ayant la possibilité de payer leurs frais courants parce que les coûts engendrés par la dégradation de leur état de santé sont pris en charge, dans une large mesure comme il se doit, par l'assurance-maladie de base.

C'est forte de cette conviction que la commission, qui a pris sa décision à l'unanimité, vous propose d'accepter ce projet de loi.

Hassler Hansjörg (V, GR): Bei der Pflegefinanzierung besteht Handlungsbedarf. Wir haben ja jetzt einige Zeit mit dringlichen Bundesbeschlüssen und dem Einfrieren der Pflegetarife gearbeitet. Diese Zeit ist nun vorbei. Wir müssen neue, nachhaltige Lösungen für die Pflegefinanzierung finden. Aber die Voraussetzungen, in diesem Bereich neue Lösungen zu finden, sind nicht sehr günstig. Es fehlt noch weitgehend die Kostentransparenz im Pflegebereich. Auch ist die Kostenaufteilung in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich. Bundesrat und Ständerat schlagen vor, dass die Kostenbeteiligung der Versicherer auch betragsmässig etwa im gleichen Umfang erfolgen soll wie bisher. Das hat bei steigenden Pflegekosten, wie sie absehbar sind, klar zur Folge, dass die pflegebedürftigen Personen mehr zur Kasse gebeten werden. Irgendjemand muss diese Kostensteigerung dann ja auch bezahlen.

Ich habe den Eindruck, dass im Gesundheitswesen die Pflegefinanzierung bisher ganz allgemein etwas stiefmütterlich behandelt wurde. Der jetzige Zustand befriedigt nicht, weil die pflegebedürftigen auch sehr stark zur Kasse gebeten werden. Das ständerätliche Modell kann uns als Grundlage dienen. Aber es sind klare Verbesserungen zugunsten der pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

Die vorberatende Kommission schlägt in einigen Bereichen Lösungen vor, die gegenüber den Ständeratsbeschlüssen patientenfreundlicher sind. Der Grundsatz des ständerätlichen Modells hingegen, dass die Krankenversicherer einen Beitrag an die Pflegeleistungen unabhängig davon entrichten sollen, ob sie stationär oder ambulant erfolgen, scheint uns richtig zu sein.

Verbesserungen gegenüber den Beschlüssen des Ständerates sind vor allem bei den Vermögensfreigrenzen für den Bezug von Ergänzungsleistungen anzubringen. Sie sind heute sehr tief und wurden in den letzten zwanzig Jahren nicht einmal mehr an die Teuerung angepasst. Unbefriedigend ist auch die Situation bei selbstbewohnten Liegenschaften oder wenn ein Ehepartner zu Hause lebt, währenddem der andere bereits im Heim wohnt. Einerseits findet ein Vermögensverzehr statt, andererseits sollte die Wohnmöglichkeit für die eine Person noch gewährleistet sein. Stossend ist auch, dass Personen, die sich etwas angespart haben und auf das Alter hin über ein gewisses Vermögen verfügen, innert kurzer Zeit ihr Ersparnis hergeben müssen. Leute in mittelständischen Verhältnissen können verarmen, wenn sie in ein Pflegeheim ziehen müssen. In diesem Bereich müssen wir klare Korrekturen anbringen.

Ein weiteres Problem ist die Finanzierung von Tages- und Nachtstrukturen. In vielen Fällen werden beispielsweise Demenzpatienten noch zu Hause von den Angehörigen gepflegt. Diese Pflege ist zwar sehr kostensparend, aber auch sehr intensiv und kräfteaufwendend. Die Patienten müssen daher die Möglichkeit haben, vorübergehend Tages- oder Nachtstrukturen aufzusuchen, um die pflegenden Personen zu entlasten. Diese Tages- und Nachtstrukturen müssen über die Krankenversicherung bezahlt werden. Dies führt nicht zu Kostensteigerungen – im Gegenteil: Wenn die Leute diese Möglichkeit nicht haben, müssen sie früher in ein Heim übersiedeln, dann entstehen die hohen Kosten.

Handlungsbedarf besteht auch bei der Übergangspflege. Mit der Einführung von Fallpauschalen in den Spitä-



lern werden die Spitalaufenthalte für die Patienten immer kürzer. Nach der möglichst raschen Entlassung aus dem Spital sind viele Patienten noch pflegebedürftig. Die krankheitsbedingte Pflege nach dem Spitalaufenthalt muss von den Krankenversicherern übernommen werden, unabhängig davon, wo diese Übergangspflege stattfindet, ob es eine Rehabilitationsklinik ist, ob die Übergangspflege durch Spitex oder in einem Heim erbracht wird.

Dann stellt sich auch ganz generell die Frage, wer die Kosten tragen soll, die nicht von den Versicherern übernommen werden. Es ist nicht in Ordnung, dass der ganze Rest von rund 40 Prozent vollumfänglich den pflegebedürftigen Personen überbunden wird. Es scheint uns richtig zu sein, dass die Kantone auch einen Teil dieser Kosten tragen. Dies ist vor allem dann richtig, wenn die Pflegebedürftigen in einer hohen Pflegestufe eingeteilt sind, wenn auch hohe Kosten verursacht werden. Die finanziellen Konsequenzen der von der Kommission vorgeschlagenen Korrekturen sind durchaus vertretbar: Nach den Berechnungen des Bundesamtes für Gesundheit betragen die Mehrkosten für die Krankenversicherer rund 130 Millionen Franken, für die Kantone 268 Millionen Franken, und für den Bund ergäbe sich sogar eine Entlastung von rund 60 Millionen Franken.

Die SVP-Fraktion bittet Sie, auf die Vorlage einzutreten und die Anträge der Kommission anzunehmen.

AB 2007 N 1109 / BO 2007 N 1109

Ruey Claude (RL, VD): Le projet de loi qui nous est soumis est en réalité la conséquence d'un marché de dupes qui est lié aux évaluations mal faites à l'époque où on a adopté la LAMal. Cette situation, d'ailleurs, est une menace pour les classes moyennes de ce pays. Je m'explique: lorsque la LAMal a été adoptée, il avait été convenu que les cantons prendraient plus fortement à leur charge les frais d'hospitalisation – jusqu'à la moitié de la journée d'hospitalisation au minimum – et qu'en contrepartie les assureurs-maladie prendraient à leur charge les soins en EMS. C'est ainsi que l'équilibre avait été trouvé.

Or, lorsque l'on a conclu ce marché et trouvé cet équilibre, on a largement sous-estimé les coûts liés aux soins en EMS et aux soins à domicile, et cela pour des montants extrêmement importants. Cela fait qu'aujourd'hui, avec un phénomène, d'ailleurs, d'augmentation de la demande liée à la démographie, on constate que les assureurs sont trop chargés financièrement et qu'ils ne veulent plus assumer ce qui avait été prévu par la LAMal dans la mesure où on leur reproche évidemment que les primes augmentent. C'est un peu la quadrature du cercle.

Alors, nous devons trouver une solution parce que le risque est que ceux qui devaient être assurés ne le soient plus, et aussi que les montants des primes d'assurance-maladie explosent. Dans ce cadre, nous devons tout faire pour éviter que les classes moyennes soient victimes du système. Dans la mesure où ce qui devait être payé et qui, de bonne foi, devait être pris en charge pour un assuré ne le sera plus de la même manière, on risque de se retrouver dans la situation où les personnes qui sont au bénéfice des aides sociales fournies par les cantons sont celles qui auront tout dépensé jusqu'au moment d'entrer dans le troisième âge; elles seront alors entièrement prises en charge soit par la LAMal, soit par les cantons, soit par les deux en même temps. En revanche, les personnes qui ont été prévoyantes et qui auront mis de l'argent de côté pour leurs vieux jours, qui auront un petit appartement, une petite maison ou autre, risquent de se retrouver surchargées de dépenses, ce qui n'est socialement pas souhaitable pour l'équilibre de la population de ce pays.

C'est la raison pour laquelle nous avons recherché en commission des équilibres à ce sujet, une sorte de garantie contre le hold-up sur les classes moyennes et les classes moyennes inférieures en particulier, car nous voulons éviter d'instaurer un "impôt sur leur succession de leur vivant".

Je crois que la loi, telle qu'elle a été adoptée en commission, tient compte des inquiétudes et répond à ces attentes. Dès lors, nous pouvons entrer en matière et soutenir les amendements apportés par la commission à la version du Conseil des Etats, qui ne comportait pas tous les garde-fous dont je viens de vous parler.

Monsieur Guisan va d'ailleurs vous dire pour quelles raisons le groupe radical-libéral entre en matière sur cet objet.

Guisan Yves (RL, VD): Les coûts d'hébergement en EMS et de soins à domicile ont augmenté d'un bon tiers depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Les cantons utilisent des systèmes de classification de la lourdeur des cas différents selon les régions linguistiques: PLAISIR en Suisse romande et BESA, manifestement plus simple, en Suisse alémanique, avec diverses variantes d'application. Enfin, une tarification des soins à l'acte, introduite par la LAMal en 1996, a conduit à une inflation de prestations et constitue une cause non négligeable de l'augmentation spectaculaire des coûts.

La solution forfaitaire préconisée par le Conseil fédéral et modifiée par le Conseil des Etats pourrait avoir un





effet de rationnement indirect inopportun. Un tel modèle rigide peut ouvrir la porte à de nombreux dérapages avec, à la limite, le risque de réduire la prise en charge des personnes âgées à un minimum du minimum indigne.

Il paraît dès lors normal qu'en dehors du traitement médical proprement dit, les soins aigus et de transition soient pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Cela donne manifestement plus de flexibilité. Les mesures de rationalisation nécessaires découleront par contre des critères de qualité et d'économicité du traitement en vertu de l'article 25a alinéa 3 qui reste à définir.

Nous avons été satisfaits de constater que les normes minimales donnant droit aux prestations complémentaires avaient été assouplies. Cela témoigne d'une prise en compte du patrimoine que, bien souvent, des personnes à revenu modeste sont parvenues à constituer pour se mettre à l'abri de difficultés au cours de leurs vieux jours. Il en va en particulier du logement, dont la valeur déductible a été portée à 300 000 francs lorsque l'un des conjoints doit le quitter pour être hébergé en EMS.

Enfin, la limitation des participations à 20 pour cent au maximum du montant de la contribution aux soins qui ne sont par ailleurs pas pris en charge par les assurances sociales donne un peu d'oxygène à une classe moyenne dont les avoirs ont été parfois quasiment pillés à la suite du séjour prolongé d'un aïeul dans un établissement. Encore faut-il clarifier quelle est la part effective de la contribution des assurances pour pouvoir déterminer la portée véritable de cette mesure.

Si la solution qui nous est proposée a le mérite de la transparence et de l'équité, le groupe radical-libéral n'est toutefois pas indifférent à son coût. Cela représente certes un allègement de quelque 60 millions de francs pour la Confédération, mais un supplément de l'ordre de 268 millions de francs pour les cantons et de 130 millions pour l'assurance-maladie.

Selon les prévisions à dix ou vingt ans, les augmentations seront impressionnantes, de l'ordre du double ou du triple. Il y aura donc lieu inéluctablement de se pencher dans un avenir plus proche que l'on ne l'imagine sur un financement de la prise en charge des personnes âgées qui mette davantage l'accent sur la responsabilité individuelle, sans pour autant négliger la solidarité.

Moyennant ces réserves, le groupe radical-libéral entrera en matière et soutiendra en règle générale la majorité.

Triponez Pierre (RL, BE): Sie haben es gehört: Die SGK hat dieser Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Gesamtabstimmung mit 23 zu 0 Stimmen, also einstimmig, zugestimmt. Auch die FDP-Fraktion empfiehlt Ihnen Eintreten auf die Vorlage.

Nach den ausführlichen Präsentationen der Kommissionsmitglieder und meiner Vorredner nur ganz kurz folgende Bemerkungen: Diese Neuordnung der Pflegefinanzierung berührt drei Vorlagen bzw. drei Erlasse. In der Alters- und Hinterlassenenversicherung zunächst einmal gibt es eine Änderung, nämlich in der Definition des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung. Hier haben wir – es ist von der Kommissionssprecherin französischer Sprache schon erwähnt worden – eine Neuerung eingeführt: Es ist nicht mehr eine Wartezeit entscheidend, die Hilflosigkeit muss also nicht mehr während mindestens eines Jahres bestanden haben, sondern, und das ist ein Blick nach vorne, der Anspruch auf Hilflosenentschädigung entsteht, wenn die Hilflosigkeit "voraussichtlich von Dauer sein wird". Die Kommission war hier einstimmig. Es gibt keine Minderheiten.

Im Ergänzungsleistungsgesetz haben wir verschiedene Freigrenzen erhöht. Sie werden davon im Detail noch hören.

Im dritten Beschluss schliesslich, beim KVG, haben wir in Artikel 25a die Pflegeleistungen neu definiert. Auch hier gibt es keine Minderheiten. Hingegen werden wir bei den Eigenleistungen der Versicherten eine Mehrheit und eine Minderheit haben. Hier wird die FDP-Fraktion bei Artikel 5 die von der Mehrheit vorgeschlagenen "höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages" unterstützen.

Ich bitte Sie also, auf die Vorlage einzutreten.

Fasel Hugo (G, FR): Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die Pflegeleistungen, ob sie nun in Heimen oder ambulant erbracht werden, von den Krankenversicherern übernommen werden müssen. Für unsere Fraktion ist dieses Ziel immer noch gültig, weil es die Solidarität ins Zentrum stellt, Spitalbehandlung und Pflege gleichstellt und weil

AB 2007 N 1110 / BO 2007 N 1110

"ambulant" und "stationär" als gleichwertig angesehen werden. Doch diese Bestimmung wurde bis heute nicht umgesetzt. Kaum war das Krankenversicherungsgesetz eingeführt, wurde vielmehr begonnen, über die horrenden, steigenden Pflegekosten zu jammern, obwohl – nüchtern betrachtet – die Pflege, gemessen am Ge-



samtsystem, nur einen kleinen Teil ausmacht.

Werfen wir deshalb zu Beginn einen Blick auf die wesentlichen Zahlen, weil wir ja hier bei der anschliessenden Beratung der einzelnen Artikel entscheiden werden, wie wir diese Kosten verteilen werden, weil es um die Finanzierung geht. Die Tageskosten für den Aufenthalt im Pflegeheim betragen heute, basierend auf Zahlen aus dem Jahr 2005, durchschnittlich 234 Franken. Das führt zu jährlich rund 6,9 Milliarden Franken. Davon machen die Pflegekosten 2,7 Milliarden aus, das gibt durchschnittliche Pflegekosten von 92 Franken pro Tag. Warum gebe ich diese Zahlen ganz am Anfang bekannt? Weil ich weiss: Wenn wir später über die Verteilung dieser Kosten reden werden, kommen ganz unterschiedliche Resultate heraus. Es war eine der Schwierigkeiten bei der Beratung dieser Vorlage, dass schon in der Kommission während den Hearings völlig verschiedene Zahlen gesetzt wurden, wenn es um die Belastung der einzelnen Kostenträger ging. Einmal behauptete man, es handle sich um eine Milliarde, dann wieder hiess es, es handle sich um eine halbe Milliarde Franken. Es ist bedauerlich, dass man heute in der Schweiz die genaue Zahl der Hühner und Hühnerställe kennt, aber dort, wo es um die Verteilung wesentlicher Kosten in Milliardenhöhe geht, auf unbefriedigende Schätzungen angewiesen ist und, vereinfacht gesagt, jeder und jede ein bisschen behaupten kann, was er oder sie gerade will.

Die Vorlage, die wir hier beraten, ist für die betroffenen Menschen eine wichtige, eine emotionale Vorlage, denn es geht hier darum, dass wir bei jenen Menschen, die in der letzten Lebensetappe sind, bestimmen, wie sie mit den Pflegekosten zurande kommen. Wer mit Pflegeheimen zu tun hat, wird bei den Betroffenen vor allem eines feststellen: Viele Menschen haben Angst, in den letzten paar Jahren vor dem Sterben noch zu verarmen. Das ist eine der grössten Sorgen, die ältere Menschen haben. Wir müssen uns, wenn wir hier die Kosten verteilen, auch bewusst sein – ich habe es bei den Vorberatungen in der Kommission und anderswo, vor allem bei den Zuschriften, immer wieder festgestellt –, dass die Angst besteht, es würden falsche Incentives, falsche Anreize, gesetzt.

Im Bereich der letzten Lebensjahre sind die Anreize klar gesetzt; da können wir ökonomisch gesehen machen, was wir wollen, wir können es nur marginal beeinflussen. Wir wissen nämlich, dass die älteren und ältesten Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt wenn immer möglich zu Hause bleiben und zu Hause sterben möchten. Das heisst, sie gehen nicht einfach freiwillig und noch so gern in ein Pflegeheim oder in die Akutabteilung eines Spitals. Sie möchten, wenn sie können, zu Hause bleiben und dort ihre letzten Lebensstage verbringen. Das ist zugleich die kostengünstigste Variante. Also müssen wir alles tun, damit die Betroffenen das tun können, was sie wirklich wollen. Wir müssen entsprechende Pflegebegleitung bereitstellen, das heisst, wir müssen uns in diesem Gesetz für die richtigen Anreize in Bezug auf die Kostenübernahme zugunsten der Spitex engagieren.

Die grüne Fraktion ist deshalb für Eintreten auf die Vorlage. Folgende Punkte sind für uns bei dieser Revision zentral:

1. Pflegebedürftige Personen haben ein Recht auf die ihnen entsprechende Pflege, sei es zu Hause, ambulant oder stationär in einem Heim. Wir begrüssen es, dass die Krankenversicherer die volle Finanzierung der Akut- und Übergangspflege während einer gewissen Zeit übernehmen müssen.

Diese Sicherung der Pflegefinanzierung ist auch dringend nötig, weil wir auf der anderen Seite, bei der Spitalfinanzierung, die Fallpauschalen beschlossen haben. Denn die Patientinnen und Patienten dürfen nicht wie heisse Kartoffeln möglichst schnell weitergereicht werden. Gesamtwirtschaftlich nützt es nichts, wenn die Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern gesenkt wird und dann die Behandlung umso länger einfach in Rehas oder von der Spitex weitergeführt werden muss.

2. Wir wollen die verschiedenen Pflegeformen gleich behandelt haben. Die Zahlen zeigen klar, dass die Kosten der Langzeitpflege dank einer gutausgebauten Spitex gesenkt werden können. Doch um die Pflege zu Hause für alle Betroffenen gut auszugestalten, braucht es auch Einrichtungen mit ambulanten Tages- und Nachtstrukturen – eine wesentliche Verbesserung, die wir unbedingt vornehmen müssen.

3. Wir begrüssen auch den Grundsatz, dass keine Person wegen eines Aufenthalts in einem Pflegeheim sozialhilfeabhängig werden soll. Dieser Grundsatz hat für uns auch mit Respekt gegenüber der betreuungsbedürftigen Person und mit Menschlichkeit zu tun. Es wäre ein Armutszeugnis, wenn in der Schweiz stark pflegebedürftige Personen in die Armut gedrängt würden. Wir unterstützen deshalb auch die Erhöhung der Freigrenze für das selbstbewohnte Wohneigentum, weil die betroffenen Personen so möglichst lang das tun können, was sie wollen, nämlich in ihrem Haus oder in ihrer eigenen Wohnung bleiben.

Aus diesen Gründen stimmt die grüne Fraktion für Eintreten.

Goll Christine (S, ZH): Wir haben heute in der Praxis einen illegalen Zustand im Bereich der Pflege, und der Bundesrat schaut einfach zu. Das Gesetz schreibt nämlich vor, dass die Pflege, egal ob sie in einem Spital,



in einem Pflegeheim oder mit der Unterstützung von Spitex in den eigenen vier Wänden geleistet wird, als KVG-Leistung bezahlt werden muss. Heute bezahlen die Versicherten jedoch einen beträchtlichen Teil selber, im Schnitt fast die Hälfte der Pflegekosten, und die kantonalen Unterschiede sind riesengross. Das führt heute in der Praxis zu sozialen Härtefällen. Es geht hier bei unserer Diskussion wohlverstanden um die ärztlich verordneten Pflegekosten. Eine medizinische Intervention kann nie erfolgreich sein, wenn die damit zusammenhängende Pflege nicht auch gewährleistet ist. Das Pflegepersonal leistet eine wertvolle Arbeit und oft auch einen schwierigen Einsatz. Jeder Abbau bei der Pflege wirkt sich deshalb nicht nur für die Patienten und Patientinnen negativ aus, sondern erhöht immer auch den Druck auf das Pflegepersonal. Transparenz bei den Pflegekosten herzustellen ist möglich. Aus Transparenzgründen wurde ja im Jahre 2003 auch die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung in Kraft gesetzt. Die Daten liegen längst vor. Der Bundesrat hält es aber offenbar nicht für notwendig, den unwahren Behauptungen der Krankenkassenlobby und den wilden Spekulationen bezüglich der Kosten entgegenzutreten. Von einer Kostenexplosion im Bereich der Pflege kann nämlich keine Rede sein. In den Kommissionsberatungen hat sich der Bundesrat jedoch konstant geweigert, die Zahlen auf den Tisch zu legen; er hat sich geweigert, Berichte mit einer Übersicht über die Pflegekosten auf den Tisch zu legen; er hat sich geweigert, die Fakten und Daten zu einem relevanten Bereich der Gesundheitsversorgung zu liefern. Damit hat er sich auch geweigert, die Grundlagen vorzulegen, welche für eine seriöse Gesetzesberatung notwendig sind.

Um Transparenz herzustellen, hat die SP selber eine Studie in Auftrag gegeben. Ich habe Ihnen, Herr Bundesrat Couchepin, ein Exemplar mitgebracht, weil wir die Studie am letzten Dienstag auch der Öffentlichkeit vorgestellt haben. Diese Studie untersucht die Entwicklung im Bereich der Pflege zwischen 1998 und 2005. Ich nenne Ihnen kurz die beiden wichtigsten Ergebnisse dieser Studie.

Das erste wichtige Ergebnis: Die Pflegekosten sind zwischen 1998 und 2005 nicht überdurchschnittlich gewachsen und bewegen sich durchaus im Rahmen des gesamten Kostenwachstums im Gesundheitswesen. Ein Beispiel: Im Bereich der Spitex erfolgte in diesen Jahren, also 1998 bis 2005, ein Ausgabenanstieg von insgesamt 164 Millionen Franken. Zum Vergleich: In nur einem Jahr erfolgte praktisch die gleiche Kostenzunahme bei den Ausgaben für die Medikamente, zwischen 2004 und 2005 betrug der Anstieg konkret 144 Millionen Franken.

AB 2007 N 1111 / BO 2007 N 1111

Das zweite wichtige Ergebnis: Würde das KVG in die Praxis umgesetzt, wäre die Deckungslücke für die gesamte Übernahme der ärztlich verordneten Pflegekosten durch die Krankenversicherung und die öffentliche Hand nicht so immens, wie immer wieder behauptet wird. Santéuisse polemisiert beispielsweise mit einer Zahl von weit über 1 Milliarde Franken, ohne jedoch nachvollziehbare Berechnungen auf den Tisch zu legen. Heute wird die Deckungslücke zu einem Drittel vom Bund, einem Drittel von den Kantonen und den Gemeinden und einem Drittel von den privaten Haushalten getragen. Würde das Gesetz heute in der Praxis angewendet, würde die Deckungslücke gemäss unserer Studie lediglich 350 bis 420 Millionen Franken betragen.

Unser Fazit: Wegweisend für jede Neuregelung muss das Krankenversicherungsgesetz sein, wonach die Pflegeleistungen vollständig von der Grundversicherung zu übernehmen sind.

Das Modell, das der Bundesrat in seiner Botschaft vom Februar 2005 vorgeschlagen hat, ist mittlerweile vom Tisch. Der Ständerat hat in der Flimser Herbstsession eine eigene Vorlage verabschiedet, die auch die Grundlage für die Beratung in unserer SGK war. Es muss jedoch angefügt werden, dass die Ständeratslösung sozial absolut unverträglich und geradezu eine Provokation ist. In unserer SGK haben wir zu Beginn der Arbeiten eine ungewöhnliche, aber einstimmige, einmütige Allianz angehört. Es war die IG Pflegefinanzierung, ein Zusammenschluss sämtlicher Leistungserbringer, wie beispielsweise die Leistungserbringer im Bereich der Heime, Curaviva, und die im Bereich der Spitäler, H+. Weiter dabei sind der Spitexverband, der Berufsverband des Pflegepersonals, SBK, aber auch die Fachorganisationen von Chronischkranken und Behinderten sowie diverse Rentnerinnen- und Rentnerverbände. Diese IG Pflegefinanzierung hat unmissverständlich klargemacht, dass die Abbauvorlage des Ständerates nicht akzeptiert werden kann und notfalls die Stimmberechtigten an der Urne zu entscheiden hätten. Das Pflegerisiko ist für jede und jeden gegeben. Für die SP-Fraktion ist deshalb klar, dass die Pflegekosten nicht zur Armutsfalle werden dürfen, sondern solidarisch getragen werden müssen.

Die Mehrheit der SGK hat eine Vorlage verabschiedet, die Verbesserungen enthält. Dazu gehört die Anpassung der Vermögensfreigrenzen im Rahmen des ELG, insbesondere für selbstbewohntes Wohneigentum. Dazu gehört auch der Einbezug der Akut- und Übergangspflege durch Spitex und Heime, und dazu gehört auch



die Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die zentrale Frage betrifft jedoch die Begrenzung der Kosten, welche bei der Pflege auf die privaten Haushalte überwältigt werden sollen. Diese Kostenbegrenzung befürwortet unsere SGK im Gegensatz zum Ständerat. Das ist gut so. Allerdings sind die Belastungen für die Patienten und Patientinnen immer noch zu hoch, weshalb wir dann in der Detailberatung auch ein sozialeres und einfacher umsetzbares Modell vorschlagen werden. In diesem Sinne wird die SP-Fraktion auf die Vorlage eintreten.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien estime indispensable d'instituer un nouveau régime de financement des soins. Il entre en matière sur ce projet et soutiendra la majorité à tous les articles.

Avec la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui est entrée en vigueur en 1996, le domaine des soins a été considérablement étendu. Alors que sous l'ancien droit les contributions aux frais de soins étaient souvent minimales, l'assurance obligatoire des soins rembourse dès lors les prestations de soins fournies en ambulatoire, à domicile, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médicosocial (EMS). Le cercle des fournisseurs de prestations a du même coup été élargi: si l'ancien droit ne reconnaissait à ce titre que les infirmières et les infirmiers travaillant à leur propre compte, le nouveau droit reconnaît également comme fournisseurs de prestations les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile.

Le montant estimé avant la promulgation de la LAMal du surcoût dû à l'extension des prestations a été dépassé pour la première fois en 1999 et la tendance reste à la hausse, même si l'on peut constater un ralentissement de la hausse et un rapprochement avec l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Cependant, l'évolution de la démographie, de la médecine et de la société laisse à penser qu'un besoin croissant de prestations de soins sera là.

Afin de mieux contrôler l'évolution financière du domaine des soins, des tarifs-cadres ont été introduits en 1998 au niveau de l'ordonnance. Ils ont été conçus comme une mesure limitée dans le temps; ils ne peuvent représenter une solution viable à moyen ou à long terme. C'est pourquoi ils doivent être impérativement remplacés par un nouveau régime de financement des soins qui prenne également en compte les autres assurances sociales.

Le nouveau régime de financement des soins doit poursuivre deux objectifs: d'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins et, d'autre part, éviter de trop charger financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, doit prendre en charge un nombre croissant de prestations de soins liées aussi à la vieillesse. Si, dans la pratique quotidienne des soins, on n'est guère amené à faire la distinction entre ceux qui sont dus à la maladie et ceux qui sont liés à l'âge, il est indéniable que la vieillesse augmente nettement le risque d'avoir besoin de soins.

La commission, comme le Conseil des Etats, a rejeté le projet initial du Conseil fédéral, lequel voulait faire une distinction entre les soins de base et les soins de traitement, arguant qu'un tel système susciterait des incertitudes et des querelles quant à la répartition de la prise en charge des prestations entre les caisses-maladie et les personnes concernées.

La commission a grandement amélioré la version du Conseil des Etats qui propose que le Conseil fédéral détermine les prestations de soins et maintienne les contributions de l'assurance-maladie obligatoire à leur niveau actuel, tandis qu'il appartiendrait aux cantons de décider de la prise en charge des coûts résiduels. Ce modèle aurait exigé du patient de contribuer assez largement à la couverture des soins.

La commission a donc repris l'article 25 LAMal dans la version du Conseil des Etats. Par contre, à l'article 25a alinéa 1, elle introduit une participation de l'assurance obligatoire des soins pour les soins dispensés sous forme ambulatoire, dans un établissement reconnu comprenant des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit. Cette mesure est indispensable pour soutenir l'effort des familles qui gardent des personnes qui ont besoin de soins à domicile et souvent à moindre coût.

La commission introduit une couverture des soins aigus et de transition dont le Conseil fédéral va déterminer la durée de prise en charge. Sur ce point, il serait utile de connaître de la part du Conseil fédéral l'évaluation des durées de prise en charge pour ces deux catégories de soins. On nous a annoncé un surcoût de 130 millions de francs sans connaître tous les détails de cette prise en charge.

La majorité de la commission demande une consultation des différents acteurs de la santé et des personnes concernées avant de désigner les soins et de fixer la procédure d'évaluation des soins requis. Elle demande l'adaptation de la contribution des soins tous les deux ans, selon la pratique AVS. Il serait utile aussi de savoir si le modèle proposé, que nous soutenons, est le plus adéquat.

La majorité de la commission limite la participation des personnes elles-mêmes à 20 pour cent au maximum du montant de la contribution aux soins fixé par le Conseil fédéral, les coûts supplémentaires seraient pris en charge par le canton. Elle biffe aussi le chiffre 1a, "Dispositions transitoires", qui est trop rigide et institue au



chiffre lb la coordination avec la loi fédérale sur les prestations complémentaires, modifiée par le récent projet de répartition des tâches et de péréquation financière, la fameuse RPT.

AB 2007 N 1112 / BO 2007 N 1112

Toutes ces mesures complétant l'idée de base du Conseil des Etats sont nécessaires pour rendre cette loi acceptable, sans charger trop les personnes qui ont besoin de soins. Nous sommes ici responsables d'organiser la couverture des soins médicaux prescrits. Pour mémoire, les coûts des soins Spitex et en EMS ascendent à environ 10 pour cent de la facture globale des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. De temps en temps, on entend articuler des montants exorbitants, mais ce n'est pas le cas. La pension et l'accompagnement ne sont pas concernés par ce projet. Il est donc juste d'assurer une couverture adéquate de ces prestations, sans appauvrir ou mettre les personnes touchées et leur famille dans des situations financières difficiles. Il est juste aussi de favoriser le maintien à domicile, souvent moins onéreux, tant qu'il est possible de le faire.

Deux mesures de politique sociale sont prévues pour compléter la couverture financière des soins et éviter de mettre les personnes concernées dans une situation difficile: une allocation pour impotent est introduite pour l'AVS, pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère – cette allocation entraînera un coût supplémentaire de 20 millions de francs –, et une adaptation de la loi sur les prestations complémentaires doit aussi faciliter l'accès aux prestations complémentaires pour les pensionnaires de home ou les personnes vivant à domicile qui ont besoin de soins, nous l'avons entendu, avec une valeur de l'immeuble que nous avons montée à 300 000 francs pour les couples dont l'un des conjoints vit dans un home ou un hôpital, ou lorsqu'une personne reçoit une allocation pour impotent.

La proposition de la majorité de la commission permet aussi aux cantons de limiter les frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home, mais cette limitation doit être fixée de telle sorte que la personne n'ait pas besoin de recourir à l'aide sociale. Nous soutenons aussi ces mesures de politique sociale. Nous entrons donc en matière et nous soutiendrons la majorité à tous les articles, et nous vous invitons à en faire de même. Ce projet fournit enfin une bonne solution au problème du financement des soins en apportant la couverture promise par la LAMal et une prise en charge des coûts limitée pour les patients qui ont besoin de ces soins. Ils ne doivent pas être appauvris ou mis dans une situation financière difficile à cause de ces soins.

Huguenin Marianne (-, VD): Le financement des soins de longue durée a été une des promesses importantes de la LAMal qui a contribué à son acceptation par le peuple. Cette promesse a été trahie en 1998 déjà par les tarifs-cadres introduits par ordonnance et qui limitaient la couverture des soins de longue durée. Ce plafonnement – inchangé depuis de longues années – de la participation des caisses-maladie aux coûts de ces soins a parfois constitué un report de charge sur les cantons, mais surtout sur les bénéficiaires des soins et leur famille.

Dans le canton de Vaud, les bénéficiaires de prestations complémentaires survivent juste, avec quelque chose comme 240 francs d'argent de poche mensuel. Les autres, qui ont le malheur d'être juste au-dessus du minimum PC, ont été particulièrement étranglés, surtout dans les cas où un conjoint est en EMS et l'autre à domicile. Les forfaits d'hébergement s'ajoutent à la part des soins non remboursés et on en arrive à proposer à un couple âgé de divorcer pour que le conjoint en bonne santé puisse vivre décemment à domicile! Les couches moyennes payent de leur poche sur leur fortune ou leur maison leur participation aux soins et à l'hébergement. Voilà où nous ont amenés ces promesses non tenues.

Divers milieux brandissent l'épouvantail du vieillissement de la population et le mettent en relation avec la hausse des dépenses de santé, alors qu'il y a eu ralentissement de la hausse des coûts dans ce secteur. Ce discours culpabilisant, qui stigmatise les personnes âgées, est indigne d'un pays riche comme la Suisse. Il provoque colère et ressentiment chez celles et ceux qui ont contribué à notre prospérité. Ils se sentent mis de côté, de trop ou responsables de la hausse des cotisations de l'assurance-maladie. En outre, ce discours est faux. Des études démontrent que ce n'est pas tant le vieillissement de la population qui est en cause, mais d'autres facteurs, tels que la professionnalisation des dépenses de santé, le recul du travail gratuit des femmes, les changements économiques, sociaux et culturels.

Il faut dénoncer la confusion entre vieillissement et maladie que l'on voit même dans le numéro de l'excellente revue "Perspectives" consacré à cette révision: on amalgame âge et maladie, on ose dire qu'on ne fait pas la distinction, dans les soins des personnes âgées, entre ceux qui sont dus à l'âge et ceux qui sont dus à la maladie. Comme syndique visitant les nonagénaires dans ma commune, je rencontre les deux tiers d'entre eux vivant à domicile. Ceux qui sont placés et ont besoin de soins médicaux et de base, besoin d'hébergement, le



sont parce qu'ils sont malades, vérité qu'il me semble bon de rappeler. Maladie et âge ne sont pas synonymes, et il faut rappeler aussi que l'état de santé évolue au même rythme, voire peut-être plus rapidement que l'espérance de vie. L'espérance de vie sans incapacité s'élève aussi rapidement que l'espérance de vie en général, ce qui veut dire que la proportion de personnes âgées en bonne santé augmente. Le vieillissement n'est donc pas une cause importante d'augmentation des coûts de la santé, tel est l'avis d'un démographe français reconnu.

Il y a donc une injustice fondamentale entre la façon dont sont considérés les soins dus à des maladies de longue durée entraînant dépendance et hébergement et les soins aigus techniques. Il n'est pas juste, tout simplement, qu'une opération à coeur ouvert soit financée complètement alors que la maladie d'Alzheimer, mais aussi d'autres maladies dégénératives, comme la sclérose en plaques, ruinent une famille et pèsent sur le malade.

Dans ce contexte, nous dénonçons toute tentative de désolidariser les personnes âgées du reste de la population, de créer des assurances spéciales. Cette tendance à l'individualisation des risques devient une constante de notre système d'assurances sociales montrant bien la logique dominante des assureurs et non celle de la politique qui doit viser à la solidarité. Cette logique fragilise, isole, stigmatise ceux qui sont les plus atteints et les plus faibles, au lieu de mettre au premier plan la solidarité entre jeunes et vieux, entre bien portants et malades. On ne fait pas d'assurance spéciale pour les nouveau-nés qui, eux aussi, coûtent cher. Et heureusement qu'on n'en fait pas!

Nous nous opposerons donc ici à toutes les propositions visant, comme le Conseil fédéral le prévoyait, à augmenter la charge financière des ménages. Nous soutiendrons la proposition de la majorité de la commission visant à limiter à 20 pour cent au maximum des coûts non couverts par les caisses-maladie la part assumée par les ménages ainsi que la proposition de la minorité Goll limitant la contribution maximale par mois à la franchise annuelle ordinaire. Nous soutiendrons également les relèvements des plafonds des prestations complémentaires et, bien sûr, la prise en charge des soins à domicile.

Si ces propositions ne sont pas adoptées, nous soutiendrons le référendum annoncé par la "Communauté d'intérêts – Financement des soins", regroupant associations de personnes âgées, malades et les institutions travaillant dans ce domaine.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le 4 décembre 2003, votre commission a donné mandat au Conseil fédéral, par la motion 00.079, "Réforme du financement des soins", de soumettre un projet pour un nouveau régime de financement des soins. Le but principal de la réforme était de limiter la charge totale de l'assurance-maladie et d'éviter que les coûts des soins dus à l'âge soient entièrement supportés par l'assurance-maladie. Le 16 février 2005, le Conseil fédéral a proposé dans son message un financement des soins axé, le plus possible, sur le système de la LAMal. Ce projet a été rejeté par les acteurs concernés, par les cantons notamment, car le système

AB 2007 N 1113 / BO 2007 N 1113

semblait irréalisable en pratique. Aussi, nous n'avons pas poursuivi dans cette voie et nous avons cherché un système de compromis qui a trouvé grâce au Conseil des Etats. Les principes de ce compromis ont servi de base pour la discussion du projet au sein de la commission du Conseil des Etats.

Le 19 septembre 2006, le Conseil des Etats a adopté, pour le financement des soins, un modèle qui correspond à l'objectif visé par le Conseil fédéral, à savoir stabiliser les coûts des soins dans l'assurance-maladie obligatoire. Le modèle de financement adopté par le Conseil des Etats prévoit que l'assurance obligatoire des soins fournisse une contribution aux soins dispensés sous forme ambulatoire ou en EMS. Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs selon les besoins en soins. On abandonne ainsi la différence prévue dans le modèle du Conseil fédéral entre les soins de base et les soins de traitement. Les coûts résiduels des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire ainsi que les coûts d'hôtellerie et d'encadrement en EMS sont facturés aux bénéficiaires des prestations et financés par leurs propres moyens – rentes et allocation pour impotent comprises – ainsi que par les prestations sociales sous condition de ressources – prestations complémentaires, aide sociale.

Le Conseil des Etats a adopté les mesures de politique sociale proposées par le Conseil fédéral dans son message du 16 février 2005. Il s'agit d'une part de l'introduction d'une allocation pour impotent dans l'AVS pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère; d'autre part de la suppression du plafond annuel des prestations complémentaires pour les personnes résidant en EMS.

La réforme proposée du financement des soins ne provoque pas de modification fondamentale du côté des prestations, qui seront définies par le Conseil fédéral, comme c'est déjà le cas maintenant. Elle lui laisse



toute latitude de maintenir le système actuel de prise en charge échelonné par niveaux de soins requis et par catégories de prestations.

A la différence du Conseil des Etats, votre commission ne s'est pas bornée à fixer la part des coûts des soins que l'assurance obligatoire des soins devra financer à l'avenir. Elle a également voulu limiter, dans la LAMal, la charge supportée par les assurés. Une personne assurée devrait ainsi payer de sa poche au maximum 20 pour cent du montant de la contribution maximale aux soins pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, le reste étant pris en charge par les cantons. En d'autres termes, la commission entend forcer les cantons, outre ce qui concerne les prestations complémentaires, à participer de façon générale aux coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Le Conseil des Etats a délibérément renoncé à imposer aux cantons toute obligation directe et générale de prise en charge des coûts des soins. Ce choix rend dès lors possible des solutions adaptées au contexte cantonal, ce qui a un sens dans la mesure où les coûts des soins varient fortement d'un canton à l'autre. Il est important, à nos yeux, de respecter la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. La Confédération ne devrait pas obliger les cantons à participer de façon générale aux coûts des soins, au risque d'empiéter sur leur politique sociale. Les personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes peuvent, de toute manière, recourir aux prestations complémentaires ou, le cas échéant, à l'aide sociale pour financer ces coûts.

Avec la nouvelle répartition des tâches, les cantons devront financer les prestations complémentaires en lien avec le reste des coûts des soins. Le système instauré par la RPT ne devrait pas être supplanté par un nouveau régime de financement des soins qui imposerait aux cantons des charges financières supplémentaires, en les obligeant à participer de manière générale aux coûts des soins.

Quant au rôle de l'assurance obligatoire des soins, la commission a opté, tout comme le Conseil des Etats, pour une contribution aux coûts des soins. Il incomberait au Conseil fédéral d'en fixer le montant selon le besoin en soins. En outre, l'assurance devrait aussi prendre intégralement en charge, pour une période limitée, les coûts des soins aigus et de transition.

Nous pouvons concevoir que les cas de soins aigus et de soins de transition ne sont pas toujours comparables avec les cas de soins de longue durée et qu'une solution différenciée puisse être souhaitée. Il faut cependant bien voir que les solutions spéciales ont toujours l'effet indésirable d'inciter à les exploiter à fond; il y a des effets pervers. Cette incitation se manifesterait surtout dans le domaine des soins de longue durée, où des prestations seraient prescrites le plus souvent possible au titre de soins de transition. De plus, de nouveaux fournisseurs de prestations s'établiront et limiteront leur offre à ce créneau lucratif. Il en résulterait donc un surcroît de coûts, dû non seulement au volume des prestations, mais aussi à une extension de l'offre. Une telle réglementation ne permet pas la stabilisation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, mais générera encore des coûts supplémentaires de 130 millions de francs au minimum. A cette somme s'ajoutent les effets de surcroît de l'offre et de la demande des prestations.

Le Conseil des Etats, soucieux de la neutralité des coûts du projet, a adopté une disposition transitoire stipulant que la première année les contributions aux soins fixés devraient correspondre à l'ensemble des remboursements effectués pour les soins dispensés l'année précédente. La commission, à la différence du Conseil des Etats, s'est abstenue de préciser selon quels critères le Conseil fédéral devrait fixer la première fois les contributions de l'assurance obligatoire des soins. Nous pensons que le législateur devrait se prononcer sur cette question de principe.

Dans cet esprit, je suggère de trancher les deux points suivants dans le sens du Conseil des Etats. C'est en tout cas ainsi que nous appliquerons la loi que vous voterez.

Le principe de la neutralité des coûts du nouveau régime de financement des soins devrait être inscrit dans le projet, il est en tout cas inscrit dans nos intentions. Cette solution garantit que le nouveau régime n'alourdira pas les charges de l'assurance obligatoire des soins.

Le principe de remboursement intégral des coûts des soins aigus et de transition doit être abandonné, car soit il alourdira les dépenses de l'assurance obligatoire des soins, soit il pénalisera les patients nécessitant des soins de longue durée, et cela au nom de la neutralité des coûts. L'adaptation des contributions à l'évolution des coûts me paraît compatible avec le but de la réforme et donc acceptable. Les contributions devaient être adaptées tous les deux ans à l'évolution des salaires et des prix selon un indice mixte. Il s'agit d'un compromis, car l'assurance obligatoire des soins enregistrera une moindre hausse de coûts que si l'évolution des coûts se répercutait intégralement sur sa contribution. Les assurés y gagneront, puisque l'adaptation continue des contributions compense en partie l'évolution des coûts. Les homes et les organisations d'aide et de soins à domicile seront incités à maîtriser leurs coûts.

Quelques mots encore sur les propositions de la commission en matière de prestations complémentaires et



d'allocation pour impotent de l'AVS. Votre commission propose un relèvement généralisé des franchises sur la fortune ordinaire de 50 pour cent, ainsi qu'un relèvement à 300 000 francs pour la valeur des immeubles appartenant et servant d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home, ou lorsqu'une personne bénéficie d'une allocation pour impotent de l'AVS. Les montants des franchises n'ayant plus été adaptés depuis 1992 et 1998 pour les immeubles, nous pouvons nous accommoder de cette évolution.

Il y a par contre deux autres propositions de la commission que nous combattons.

1. La limitation par les cantons des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home, de telle sorte que personne n'ait besoin de recourir à l'aide sociale en cas de séjour dans un home. Cette mesure, même si elle est inspirée par les meilleurs sentiments, est un empiètement grave sur la compétence laissée aux cantons de fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en

AB 2007 N 1114 / BO 2007 N 1114

raison du séjour dans un home ou dans un hôpital. Elle a un effet pervers au niveau des prestations complémentaires en ce sens qu'un dessaisissement de revenu et de fortune pourrait rester sans effet pour des ayants droit qui viendraient à tomber à la charge des services sociaux. En d'autres termes, la mesure encouragerait des personnes vivant dans des homes à se dessaisir d'éléments de revenu et de fortune. Elle engendrerait dans le même temps une inégalité de traitement entre cette catégorie d'assurés et celles et ceux qui n'ont pas besoin d'aide sociale.

2. Nous nous opposons à l'abolition du délai d'attente d'une année pour l'octroi d'une allocation pour impotent dans l'AVS. L'idée part d'un souci de coordination entre les prestations pour soins selon la LAMal et l'allocation pour impotent. Il s'agit de prestations trop fondamentalement différentes pour atteindre cet objectif. En effet, les premières couvrent des coûts de soins réellement dispensés et sont ordinairement directement versées aux fournisseurs de prestations en fonction de conventions tarifaires, alors que l'allocation pour impotent est versée indépendamment des coûts effectifs des prestations de tiers et du volume réel de celles-ci, et ce aux ayants droit qui peuvent les utiliser comme ils l'entendent. En plus, une telle mesure entraîne des coûts considérables, puisque l'administration les chiffre à 90 millions de francs, dont 18 millions à la charge de la Confédération.

La proposition de la commission comporte de profondes différences par rapport au modèle de financement du Conseil des Etats. Nous ne vous cachons pas que le modèle du Conseil des Etats nous convient davantage que celui de votre commission. La version du Conseil des Etats garantit non seulement la nécessaire stabilisation des coûts des soins dans l'assurance-maladie, mais elle contribue aussi à ce que les charges financières soient réparties de manière équilibrée entre les principaux agents de financement.

Dans ce contexte, je conclus en rappelant que la loi fédérale urgente concernant le gel des tarifs des soins, renouvelée en décembre 2006, est valable jusqu'à fin 2008 au plus tard, et que le nouveau régime de financement des soins doit entrer en vigueur début 2009 au plus tard. Si nous ne voulons pas prolonger une nouvelle fois cette réglementation provisoire, il faut chercher et trouver une solution qui soit applicable dès que possible, et qui permette un accord rapide avec les autres partenaires, le Conseil des Etats tout d'abord, et qui soit acceptée et acceptable par les cantons et par l'ensemble des assurés qui payent les primes.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Diskussion, die wir führen, ist für die Materialien. Das heisst, wenn künftig Unklarheiten bei der Auslegung des Gesetzes bestehen, nimmt man die Materialien und liest nach, was dazu gesagt und geschrieben worden ist. Ich habe das auch bezüglich dieses Artikels 50 KVG getan. Ich möchte Ihnen nicht vorenthalten, was in der Debatte dazu gesagt worden ist. Ich zitiere aus der Debatte des Ständerates vom 17. Dezember 1992, in der der damalige Kommissionssprecher zur Pflegefinanzierung Folgendes ausgeführt hat: "Grundsätzlich wird statuiert, dass der Grundsatz gilt: 'Gleichbehandlung von Pflegeheimen und Spitex' Wir stellen allerdings fest, dass eine Pflegeversicherung, etwa im Sinne der deutschen Pflegeversicherung, im schweizerischen Recht nicht besteht Die künftige Koordination zwischen Krankenversicherungsleistungen im Pflegeheim oder bei Spitex und Hilflosenentschädigungen wird zu den Aufgaben des Bundesrates gehören. Er wird sich im Wesentlichen davon leiten lassen, dass die Krankenversicherer die klassische Krankheitsbehandlung zu übernehmen haben. Sie werden aber in ihrem Finanzierungssystem nicht in der Lage sein, die ganze pflegerische Betreuung zu decken." So weit die Zitate aus der Debatte des Ständerates vom 17. Dezember 1992.

An der Pressekonferenz vom 29. September 1995 hat die damalige Bundesrätin, Frau Ruth Dreifuss, über die zusätzlichen Kosten für Pflegeheime ausgeführt: "Die rund 685 Millionen Franken an zusätzlichen Leistungen der Krankenkassen zugunsten von Pflegeheimen wurden gestützt auf die höchsten Annahmen in Bezug auf die Schätzung der jährlichen Pflegetage errechnet: 14 Millionen. Der entsprechende Tagesansatz beträgt 50 Franken."





So weit also aus den Materialien zum KVG. Es ist wohl klar, dass 50 Franken auch vor zehn Jahren noch keiner Vollkostendeckung entsprachen. Es ist also nicht unbedingt so, wie Frau Goll ausgeführt hat, dass wir uns in einem illegalen Zustand befinden. Es ist vielmehr so, dass sich die Kantone seit der Einführung des KVG aus der Pflegefinanzierung zurückgezogen haben und es der Bundesrat versäumt hat, die Koordination der verschiedenen Sozialversicherungsbereiche zu realisieren.

Indem ich Ihnen diese Zitate vorgelesen habe, möchte ich Ihnen auch zeigen, dass wir mit dieser Vorlage, welche die Pflegefinanzierung neu regelt, dem ursprünglichen Sinn des KVG bezüglich dessen, wie die Pflegefinanzierung konzipiert ist, endlich Nachachtung verschaffen. Also: Wir wollen ein Beitragssystem, wir wollen eine Gleichbehandlung von Pflegeheimen und Spitex, und wir wollen eine bessere Koordination der verschiedenen Sozialversicherungen.

Ihre Kommission hat die ständerätliche Vorlage insofern verbessert, als Pflegebedürftigkeit nicht in die Armut und nicht in die Sozialhilfe führt.

Ich bitte Sie daher, auf die Vorlage einzutreten und den Anträgen der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

*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 Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. 1 Art. 43bis

Antrag der Kommission

Abs. 1, 1bis, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... Grades voraussichtlich von Dauer sein wird. Die Bedarfsabklärung sowie die Leistungen werden mit denjenigen der Krankenversicherung koordiniert. Der Anspruch erlischt am Ende

Ch. 1 art. 43bis

Proposition de la commission

Al. 1, 1bis, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... ou moyenne qui sera vraisemblablement de longue durée. L'évaluation des besoins ainsi que les prestations sont coordonnées avec celles de l'assurance-maladie. Le droit s'éteint

Angenommen – Adopté

AB 2007 N 1115 / BO 2007 N 1115

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/4564)





Für Annahme der Ausgabe 157 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise*

Ziff. 2 Art. 3a Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 2 art. 3a al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. 2 Art. 3c

Antrag der Kommission

Abs. 1 Bst. c

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

Abs. 1bis

In Abweichung von Absatz 1 Buchstabe c ist nur der 300 000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft zu berücksichtigen:

- a. wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt; oder
- b. wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfallversicherung oder Militärversicherung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt.

Ch. 2 art. 3c

Proposition de la commission

Al. 1 let. c

c. dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples supérieure à 112 500 francs entre

Al. 1bis

En dérogation à l'article 1 lettre c, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 300 000 francs entre en considération au titre de la fortune:

- a. lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital; ou
- b. lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire et vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

Angenommen – Adopté

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/4565)

Für Annahme der Ausgabe 157 Stimmen

(Einstimmigkeit)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Ziff. 2 Art. 5 Abs. 3 Bst. a

Antrag der Mehrheit

a. begrenzen. Die Grenze muss so angesetzt sein, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim Sozialhilfe benötigt.



*Antrag der Minderheit*

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Miesch, Müri, Parmelin, Scherer Marcel, Triponez)
Unverändert

Ch. 2 art. 5 ab. 3 let. a*Proposition de la majorité*

a. dans un hôpital. Cette limitation doit être fixée de telle sorte que personne n'ait besoin de recourir à l'aide sociale en raison du séjour dans un établissement médico-social reconnu;

Proposition de la minorité

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Miesch, Müri, Parmelin, Scherer Marcel, Triponez)
Inchangé

Hassler Hansjörg (V, GR): Die Kantone können die Kosten, die wegen eines Aufenthalts in einem Heim entstehen, begrenzen. Die Kommissionsmehrheit will diese Grenze so ansetzen, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim Sozialhilfe benötigt.

Es geht uns von der Minderheit einerseits um eine grundsätzliche Frage. Die Sozialhilfe ist das letzte soziale Auffangnetz, welches grundsätzlich allen Personen zur Verfügung steht. Es scheint uns daher nicht richtig zu sein, dass Personen, die in einem Pflegeheim wohnen, nicht auch Bezüger von Sozialhilfeleistungen sein können. Die Sozialhilfe kann beansprucht werden, wenn alle anderen Stricke reissen. Sie gehört zu unseren sozialen Einrichtungen.

Hinzu kommt noch ein anderer wesentlicher Punkt: Bei der Pflegefinanzierung haben die Kantone einen relativ grossen Regelungsspielraum. Gemäss den Bestimmungen des NFA sind sie allein zuständig für die Finanzierung der Heime, was die Pflege- und die Krankheitskosten angeht. Die Finanzierungsregelungen können in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich sein. In der Regel werden die Kosten eines Heimaufenthaltes ohne die Beanspruchung von Sozialhilfe finanziert. Es kann aber Ausnahmen geben. Für die Finanzierung des Heimaufenthaltes ist der Kanton zuständig, in dem der letzte Wohnsitz der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners lag. Wenn nun eine Person in einem anderen Kanton in ein Heim eintritt, kann es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmodelle zu Schwierigkeiten bei der Kostenaufteilung kommen. Wenn die Sozialhilfe für die Heimaufenthalte nicht beansprucht werden kann, muss die Kostenlimite ausserordentlich hoch angesetzt werden, damit in jedem Fall alle Kosten gedeckt werden können. Darum muss für diese Einzelfälle auch die Sozialhilfe beigezogen werden können. Diese Möglichkeit darf nicht zum Regelfall werden; das wollen wir nicht. Aber in Ausnahmefällen und als letztes Netz sollte sie auch für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht ausgeschlossen werden.

Wir bitten Sie daher, die Minderheit zu unterstützen.

Triponez Pierre (RL, BE): Die FDP-Fraktion empfiehlt Ihnen, hier die Minderheit zu unterstützen und Artikel 5 Absatz 3 Litera a gemäss Bundesrat und Ständerat zuzustimmen.

Herr Hassler hat bereits die wesentlichen Gründe genannt, weshalb dieser Minderheitsantrag entstanden ist. Darf ich noch zwei weitere Punkte anführen?

Wenn Sie diese Bestimmung ansehen, dann fällt Ihnen auf, dass hier eigentlich dispositives und kogitatives Recht miteinander auf seltsame Art und Weise vermischt werden. Gemäss geltendem Recht können die Kantone – sie können, müssen aber nicht – die Kosten, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder in einem Spital entstehen, begrenzen. Damit waren Mehrheit und Minderheit einverstanden. Jetzt kommt die Mehrheit und sagt: Wenn sie sie aber begrenzen – das ist die Folge –, dann muss die Grenze – muss, kogitativ – so angesetzt sein, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim Sozialhilfe benötigt. Beim Kanton, der gar nicht begrenzt, gilt das nicht. Wenn der Kanton aber diese Grenze herabsetzt, dann gilt

AB 2007 N 1116 / BO 2007 N 1116

der Grundsatz, dass solche Personen nicht Sozialhilfe benötigen dürfen.

Ich glaube, der Grundsatz, der in der Kommission etwas schnell beschlossen worden ist – übrigens in Abwesenheit des Departementschefs –, ist sozialpolitisch auch problematisch. Er könnte ja dazu führen, dass Personen, die in ein Heim eintreten, dafür sorgen, dass ihr Vermögen und ihre Einkünfte möglichst niedrig sind, weil sie dann die Kosten so stark reduziert erhalten müssen, dass es praktisch gegen null geht, weil sie ja gar keine Sozialhilfe in Anspruch nehmen dürfen. Zudem, das ist meine Überzeugung, würde eine solche Bestimmung zu einer Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen führen, oder dann müssen Sie die Pflegeko-



sten für das ganze Heim so tief ansetzen, dass dies wirklich tieftiefrote Zahlen zur Folge hätte. Ich ersuche Sie also, hier der Minderheit zu folgen und die Mehrheit abzulehnen.

Müller Geri (G, AG): Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen. Was Sie jetzt in den beiden Ausführungen vorher gehört haben, ist eigentlich eine Veränderung der Art und Weise, wie man die Pflegefinanzierung aufgleisen möchte. Zuerst muss man einmal sagen, dass Pflege eine klare Definition hat: Pflege ist eine professionelle Tätigkeit, die festlegt, wie die Aktivitäten des täglichen Lebens umgesetzt werden sollen. Wenn Sie jetzt bei den Pflegekosten Veränderungen machen möchten, wenn Sie die Aufteilung der Kosten ändern möchten und die Gemeinden dazu verpflichten wollen, mitzubezahlen – nämlich mit der Sozialhilfe –, machen Sie eigentlich eine tripartite Finanzierung der Pflegekosten: Eine neue Situation tritt hier ein.

Wir haben mit dieser Vorlage festgehalten, dass die Pflege zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt wird; das ist die erste Voraussetzung. Man hat dann gesehen, dass die Kosten wahrscheinlich ansteigen werden, und man möchte jetzt hier eine zusätzliche Ebene hinzuschalten: Das sind die Gemeinden; es geht vor allem um das. Wenn jetzt Herr Triponez ausführt – und da muss man klar sagen: Das ist eine gewisse Unterstellung –, dass dies dazu führen könnte, dass jemand sein Kapital so herunterfährt, dass er für die Pflegekosten nicht belangt wird, dann ist das eine blosser Unterstellung und entspricht nicht dem, was man heute im Alltag sieht, wie sich die Leute mit den Pflegekosten auseinandersetzen.

Sie müssen sehen, dass die Pflegekosten für viele Leute ein grosses Sicherheitsproblem darstellen. Viele haben Angst davor, dass sie es sich nicht leisten können, gepflegt zu werden. Pflege gehört aber in der Schweiz zu den Grundrechten und muss versichert und gesichert werden, durch die Allgemeinheit, durch die Gemeinschaft. Wenn es also dort eine Steigerung gibt, sind Bund und Kantone verpflichtet, dem entgegenzutreten. Wir können das nicht zu einer privaten Sache machen und die Leute auf die Sozialhilfe verweisen. Das wäre eine plötzliche Übernahme von etwas, was bisher keiner berechnen konnte. Wenn etwas nicht oder nicht mehr berechenbar ist – das hat vorhin die Sprecherin ausgeführt –, kommen die Leute unter Stress, weil sie nicht wissen, ob sie das effektiv alles finanzieren können.

Mit diesem Zusatzartikel hingegen versichern wir den Leuten, dass sie im Pflegefall nicht zu Sozialhilfefällen verkommen. Das ist eine sehr wichtige Sache. Auch die Angst, dass damit die Kosten in den Pflegeheimen steigen könnten, ist unbegründet. Immerhin hat der Kanton die Macht, mit einer Spitalliste zu definieren, welche Pflegeheime er unterstützt und welche nicht. Der Kanton kann es also regulieren. Wir müssen die Kantone einbinden und in die Pflicht nehmen; wir dürfen keine Hintertür offenlassen, durch die sie Kosten auf die Gemeinden abwälzen können. Das wäre nicht das, was im NFA vorgesehen worden ist, und würde das Gleichgewicht der drei Ebenen stören.

Ich bitte Sie also sehr, die Mehrheit zu unterstützen und hier keine Zusatzschleife vorzusehen, die für die Leute nicht berechenbar ist.

Schibli Ernst (V, ZH): Herr Kollege Müller, wie verhält es sich denn mit der Sozialhilfe – wenn diese nicht angetastet werden soll –, wenn jemand beim Eintritt in ein Pflegeheim bereits Sozialhilfe bezieht?

Müller Geri (G, AG): Das ist ein anderer Fall. Die Sozialhilfe ist für den Fall da, dass jemand in seinem Leben ein Problem bekommen hat, das er nicht mit eigenen Anstrengungen lösen kann. Dann kann er gemäss Gesetz Sozialhilfe beantragen. Das ist völlig okay. Das heisst, wenn jemand als Sozialhilfeempfänger in ein Pflegeheim kommt, dann wird die Sozialhilfe dort mitfinanzieren.

Aber stellen Sie sich einmal vor: Es geht hier um Leute, die ganz normal gearbeitet und verdient haben, die jetzt vielleicht das "Problem" bekommen, dass sie sehr alt werden, dass ihre Ersparnisse usw. aufgebraucht sind. Ihnen mutet man jetzt zu, dass man ihnen sagt: Sorry, jetzt bekommst du Sozialhilfe. Das ist ein komplett anderer Fall und hat damit nichts zu tun.

Scherer Marcel (V, ZG): Ich bitte Sie namens der SVP-Fraktion, hier die Minderheit Hassler zu unterstützen. Für die Minderheit sprechen folgende drei Gründe:

1. Die Grenzen der berücksichtigten Kosten werden von den Kantonen individuell festgelegt. Also liegt es auf der Hand, dass sie auch unterschiedlich hoch sein werden. Dies kann in Einzelfällen, zum Beispiel bei einem Umzug von einem Kanton in den anderen, auch unterschiedliche Leistungen bedeuten. Für Einzelfälle – ich betone: für Einzelfälle – macht es also durchaus Sinn, die Sozialhilfe nicht generell auszuschliessen, wie dies mein Vorredner, Geri Müller, fast tun will.
2. Man tut nun so, als sei die Abhängigkeit von Sozialhilfe grundsätzlich etwas Schlechtes. Nein, das soziale Netz kommt oft nur kurz befristet zum Tragen, wenn alle anderen Stricke reissen. Dies soll nun mit der



abschliessenden Regelung der Mehrheit ausgeschlossen werden.

3. Sie spüren, wohin der Antrag der Kommissionsmehrheit, der als linker Antrag eine Mehrheit fand, zielt. Mit der formulierten Regelung sollen die Kantone gezwungen werden, die obere Grenze der berücksichtigten Kosten so hoch anzusetzen, dass jede Person, und befindet sie sich in einer noch so schwierigen Situation, ausreichend versorgt ist. Es ist falsch, wenn man die Höhe der Grenze so ansetzen will, dass wirklich alle Situationen abgedeckt wären. Für Einzelfälle soll ohne Weiteres die Sozialhilfe zum Tragen kommen. Ich bitte Sie, der Minderheit Hassler zu folgen und somit auf die Fassung von Bundesrat und Ständerat einzuschwenken.

Meyer Thérèse (C, FR): Cet article concerne la compétence des cantons de fixer les montants à prendre en compte pour fixer la prestation complémentaire destinée à couvrir les dépenses reconnues qui excèdent les revenus déterminants. C'est très compliqué à dire, mais cela signifie que, dans notre droit, nous voulons donner aux personnes qui ne peuvent pas boucler leur budget par la couverture des assurances et par leurs moyens la possibilité de vivre correctement lorsqu'elles ont besoin de soins, afin qu'elles n'aient pas à s'adresser à l'assistance sociale. Donc, la prestation complémentaire a été conçue pour couvrir la part manquante du budget réel et, par essence, elle contribue à éviter de recourir à l'aide sociale.

Cet article autorise les cantons à limiter les frais à prendre en considération. Cela a été institué pour qu'ils puissent verser des prestations pour des besoins reconnus et qu'ils ne doivent pas prendre en compte des frais surfaits d'établissements non reconnus.

La proposition de la majorité tient compte de cela. En effet, elle contient la formulation "en raison du séjour dans un établissement médicosocial reconnu": cela signifie que les tarifs de l'établissement sont contrôlés et qu'une personne qui séjourne dans un établissement de ce genre ne doit pas avoir besoin de recourir à l'aide sociale. Ce n'est donc pas la porte ouverte à la prise en compte de tous les frais qui

AB 2007 N 1117 / BO 2007 N 1117

pourraient faire l'objet de tarifs exorbitants dans des institutions privées.

Je vous invite à adopter la proposition de la majorité, car cette formulation clarifie la volonté de la commission qui consiste à dire que lorsque les choses sont normales, contrôlées, que les séjours ont lieu dans des établissements reconnus, les personnes ne devraient pas avoir besoin de recourir à l'aide sociale.

Goll Christine (S, ZH): Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen und der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen.

Es geht hier nämlich nicht um eine Sozialhilfedebatte, wie sie vorher vonseiten der SVP-Fraktion angezogen wurde, sondern es geht grundsätzlich um die Koordination von verschiedenen Kostenträgern im Bereich der Pflegebedürftigkeit, und in diesem speziellen Fall geht es um die Koordination mit den Ergänzungsleistungen, mit dem Ergänzungsleistungsgesetz. Es geht um Personen, die in einem Pflegeheim leben müssen und die kein Vermögen haben oder deren Vermögen nicht mehr vorhanden ist, weil es bereits für die Bezahlung der Heimkosten aufgebraucht wurde. Konkret sind AHV- und IV-Rentner und -Rentnerinnen, deren Renteneinkommen nicht ausreicht und die kein Vermögen haben oder kein Vermögen mehr haben, heute berechtigt, Ergänzungsleistungen als eine Bedarfsleistung zu beziehen, auch wenn sie in einem Pflegeheim leben müssen.

Die Mehrheit Ihrer Kommission hat sich dafür ausgesprochen, dass diese Menschen nicht zwei verschiedene Bedarfsleistungen beziehen bzw. nicht in zwei verschiedene Bedarfsleistungssysteme gesteckt werden sollen, nämlich auf der einen Seite in das Bedarfsleistungssystem der Ergänzungsleistungen und auf der anderen Seite in das Bedarfsleistungssystem der Sozialhilfe.

Wie kann es heute überhaupt dazu kommen, dass Bezüger und Bezügerinnen von Ergänzungsleistungen in Pflegeheimen auch noch an die Sozialhilfe verwiesen werden? Die Kantone können schon heute die anrechenbaren Kosten bei den Ergänzungsleistungen begrenzen. Im Rahmen des Projektes NFA wurde auch das Ergänzungsleistungsgesetz einer Totalrevision unterzogen, und darin ist festgehalten, dass die Kantone die Tageskosten bei Heim- oder Spitalaufenthalten begrenzen können. Der Bundesrat und der Gesetzgeber haben immer wieder festgehalten, dass eine zusätzliche Abschiebung von Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezügerinnen in Pflegeheimen an die Sozialhilfe wegen ihrer Pflegebedürftigkeit nicht beabsichtigt ist. Das wurde auch in unseren Kommissionsberatungen mehrmals betont. Die SGK-NR hat deshalb beschlossen, diese Absicht unmissverständlich im Gesetz festzuschreiben. Deshalb wird in Buchstabe a von Artikel 5 Absatz 3 ELG festgehalten, dass die Begrenzung dieser Kosten so angesetzt werden muss, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim Sozialhilfe benötigt.



Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen und der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen, weil mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung ein grosser Teil der Kosten auf die privaten Haushalte und damit auf die Menschen überwältigt wird, die auf Pflege angewiesen sind. Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen, weil die Kostenverlagerung vom Kanton zu den Gemeinden und von einem Bedarfsleistungssystem ins andere ineffizient, bürokratisch und teuer ist. Denn damit wird nur das gesamte System unnötig kompliziert. Folgen Sie der Kommissionsmehrheit, weil die Pflegebedürftigkeit durch die verschiedenen Sozialversicherungsträger und die Ergänzungsleistungen abgesichert sein soll, zumal die Patientinnen und Patienten einen beträchtlichen Teil der Kosten mittragen müssen und keine Lücke entstehen darf. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen, weil niemand wegen langjähriger Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig werden soll. Denn in einer solchen Lebenssituation ist das für diese Menschen zusätzlich entwürdigend.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: L'article 5 alinéa 3 lettre a comporte une disposition – je vous l'ai dit lors du débat d'entrée en matière – qui a suscité l'opposition du Conseil fédéral. Nous soutenons ici très clairement la proposition de la minorité Hassler. J'ai dit pourquoi nous avons choisi ce camp: tout d'abord, parce que la disposition proposée par la majorité de la commission est en contradiction avec l'esprit de la nouvelle répartition des tâches, qui prévoit que les cantons ont un certain nombre de compétences, notamment celles de fixer le montant de la fortune qui est pris en compte comme revenu, ensuite d'arrêter le montant pour des dépenses personnelles et enfin de fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital.

Si vous suivez la majorité, vous allez provoquer une opposition frontale des cantons, alors que leur collaboration est nécessaire pour assurer la mise en oeuvre de cette loi ainsi que de celle sur le nouveau régime de financement des soins. Plusieurs d'entre vous l'ont dit: l'adoption de cette disposition entraînerait très probablement des effets pervers au niveau des prestations complémentaires, pour la très simple raison que le calcul des prestations complémentaires comprend aussi les éléments de revenu et de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. On utilise l'expression de "ressource hypothétique". Si vous adoptez la proposition de la majorité, on ne pourra plus tenir compte de cet abus qui consiste à se dessaisir des biens pour bénéficier des prestations complémentaires; on déclare que l'on n'a plus de fortune et que l'Etat doit venir en aide.

La disposition prévue par la majorité est telle que celui qui ne se dessaisira pas de ses biens pour sembler être au bord de la ruine sera qualifié de stupide. Il exigera alors, avant même que les prestations complémentaires puissent être prises en considération, qu'on intervienne par la limitation des frais et qu'on évite qu'il tombe dans la pauvreté alors que lui-même s'est mis dans cette situation par un abus. On sort de la campagne référendaire sur la 5e révision de l'assurance-invalidité au cours de laquelle la notion d'abus a parfois été utilisée, fort heureusement de manière modérée. Mais on ne peut pas jouer avec ça, et on doit se rendre compte que si tout le monde se met d'accord pour défendre un système généreux, un système social qui tienne compte de toutes les situations, le système social sera ruiné et miné. De façon générale, on n'y fera plus confiance si, par le biais d'une disposition légale, on crée les bases pour favoriser les abus, donc ceux qui voudront tricher – utilisons un terme comme celui-là – et qui essayeront d'utiliser la loi et les lacunes de la loi pour profiter.

Le mieux est l'ennemi du bien. Ici, la commission a voulu aller trop loin, elle a voulu régler des problèmes qui ne sont pas de sa compétence et, de surcroît, elle le fait en ouvrant la porte aux abus.

C'est pour cette raison que nous vous invitons à soutenir la proposition de la minorité.

Maury Pasquier Liliane (S, GE), pour la commission: Vous l'aurez compris, la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité prévoit déjà actuellement que les cantons ont la possibilité de limiter les frais à prendre en considération pour la fixation de la couverture des besoins vitaux des personnes bénéficiant de compensations complémentaires. Cela revient à dire que si un canton ne veut pas prendre en considération l'entier des frais de séjour en établissement médicosocial (EMS), une personne qui doit y séjourner peut courir le risque de devoir recourir à l'aide sociale.

Il a paru inadmissible à la majorité de la commission que le fait de devoir séjourner en EMS constitue un risque de pauvreté. C'est cette conviction qui nous ainsi conduits à compléter la loi à l'article 5 alinéa 3 lettre a, à une condition toutefois: que l'EMS soit reconnu et donc sa qualité contrôlée. Notre but, en effet, est bien d'assurer une sécurité juridique pour toutes les personnes concernées dans toute la Suisse. Encore une fois, le besoin de soins et le fait de devoir séjourner dans un home ne doivent pas conduire à la pauvreté.

AB 2007 N 1118 / BO 2007 N 1118

C'est la raison pour laquelle la commission, par 14 voix contre 7 et 1 abstention, vous demande d'adopter la





proposition de la majorité.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Kommissionsmehrheit will mit dieser Bestimmung sicherstellen, dass kein Mensch einzig wegen seiner Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig wird.

Es ist eben nicht so, wie es Herr Triponez ausgeführt hat, dass die Kantone die Heimkosten begrenzen, sondern sie können nur die anrechenbaren Beiträge für die Ergänzungsleistungen begrenzen. Die Grenze haben wir bewusst ausschliesslich auf anerkannte Pflegeheime bezogen; das betrifft nur Pflegeheime, welche auf einer kantonalen Pflegeheimliste stehen, also Pflegeheime, welche pflegebedürftige Patientinnen und Patienten pflegen. Diese Pflegeheime haben dem Kanton Rechenschaft bezüglich Qualität und Kosten abzulegen. Insofern können die Kantone eben auch direkt bei den Heimen Einfluss auf die Höhe der Kosten nehmen. Der Grund dafür, dass wir nur anerkannte Pflegeheime berücksichtigen, liegt darin, dass wir eben nicht wollen, dass die Kantone luxuriöse, kostspielige Heime mitfinanzieren müssen. Insofern ist also die Argumentation von Herrn Triponez nicht stichhaltig: Kantone, welche keine Grenze setzen, zahlen eben überall mit. Mit dieser Bestimmung werden keine Mehrkosten generiert. Im Gegenteil: Die Kantone werden vermehrt dafür besorgt sein, dass die Heime keine überhöhten Preise oder Kosten verrechnen. Zudem verhindert die Bestimmung – und das ist ganz wichtig – eine Verlagerung der nichtgedeckten Heimkosten auf die Sozialhilfe. Ein Ziel der Neuregelung der Pflegefinanzierung ist die verbesserte Koordination der verschiedenen Sozialversicherungen, damit die Kosten für pflegebedingte Heimaufenthalte gedeckt sind und nicht auf die Sozialhilfe abgeschoben werden können.

Dieses Ziel erreichen wir nur mit der Fassung der Kommissionsmehrheit. Ich bitte Sie daher, dieser Fassung zuzustimmen, wie es die Kommission im Übrigen mit 14 zu 7 Stimmen getan hat.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a der Übergangsbestimmungen.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/4566)

Für den Antrag der Mehrheit 85 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 79 Stimmen

Ziff. 3 Art. 25 Abs. 2 Bst. a, abis, f

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 3 art. 25 al. 2 let. a, abis, f

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. 3 Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

.... ambulant, in Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden.

Abs. 1bis

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege, die ambulant oder im Pflegeheim durchgeführt wird. Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme. Für die Vergütung der Leistungen vereinbaren die Versicherer und die Leistungserbringer Zeit- oder Pauschaltarife.

Abs. 2

.... Bedarfsermittlung. Er hört vorgängig die Krankenversicherer, die Leistungserbringer sowie Patienten-, Behinderten- und Seniorenorganisationen an.

Abs. 3

.... werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

Abs. 4



Der Bundesrat passt den Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung alle zwei Jahre auf Beginn des Kalenderjahres der Lohn- und Preisentwicklung gemäss Mischindex an. Der Mischindex ist das arithmetische Mittel des Nominallohnindex und des Landesindex der Konsumentenpreise, welche vom Bundesamt für Statistik ermittelt werden.

Abs. 5

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die darüber hinausgehenden Pflegekosten werden vom Kanton übernommen.

Antrag der Minderheit

(Goll, Egerszegi, Fasel, Fehr Jacqueline, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Abs. 2

Die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegemassnahmen leisten einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Maximalbeitrag pro Monat entspricht der ordentlichen Jahresfranchise nach KVG.

Abs. 3

Die restlichen Kosten werden von der öffentlichen Hand übernommen.

Abs. 5

Streichen

Ch. 3 art. 25a

Proposition de la majorité

Al. 1

.... ambulatoire, dans un établissement comprenant des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit, ou dans un établissement médicosocial.

Al. 1bis

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins aigus et de transition prescrits par un médecin, qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. Le Conseil fédéral détermine la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs au temps consacré ou forfaitaires pour ces prestations.

Al. 2

.... des soins requis. Il consulte au préalable les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations et les organisations de patients, de personnes handicapées et de personnes âgées.

Al. 3

.... déterminant. Ils sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral en fixe les modalités.

Al. 4

Le Conseil fédéral adapte tous les deux ans, au début de l'année civile, la contribution de l'assurance obligatoire des soins à l'évolution des salaires et des prix selon l'indice mixte. L'indice mixte équivaut à la moyenne arithmétique de l'indice des salaires nominaux et de l'indice suisse des prix à la consommation déterminés par l'Office fédéral de la statistique.

Al. 5

Les coûts en soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 pour cent au maximum du montant de la contribution aux soins fixé par le Conseil fédéral. Les coûts en soins qui dépassent ce montant sont pris en charge par le canton.

AB 2007 N 1119 / BO 2007 N 1119

Proposition de la minorité

(Goll, Egerszegi, Fasel, Fehr Jacqueline, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

Al. 2





Les bénéficiaires de soins fournissent 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 médicosocial. La contribution maximale par mois correspond à la franchise annuelle ordinaire selon la LAMal.

Al. 3

Les coûts résiduels sont pris en charge par les collectivités publiques.

Al. 5

Biffer

Goll Christine (S, ZH): Ich danke zunächst den Kommissionssprecherinnen, dass sie schon bei der Eintretensdebatte klargestellt haben, dass es hier auf der Fahne einen Fehler gibt. Mit unserem Minderheitsantrag wollen wir nämlich weder Absatz 1bis streichen noch die Absätze 2 und 3 der Mehrheitsfassung ersetzen, sondern unser Minderheitsantrag betrifft die Modellfrage und bezieht sich deshalb ausschliesslich auf Absatz 5 des jetzt diskutierten Artikels. Das heisst, unsere Formulierungen werden zu den Absätzen 5 und 6 gemacht. Wir schlagen hier ein Modell vor, das gerechter, einfacher und insbesondere berechenbar ist. Gerechter ist das Modell der Minderheit, weil es über alle vier Pflegestufen greift. Wenn wir es mit dem Modell der Mehrheit vergleichen – das wurde in einem Bericht in unserer Kommission erläutert –, stellen wir fest, dass das Mehrheitsmodell erst ab Pflegestufe 3 eine entlastende Wirkung bei der Kostenbegrenzung entfaltet. Unser Modell ist auch deshalb gerechter, weil sich die maximale Belastung für die Patientinnen und Patienten an der heutigen Grundfranchise von 300 Franken im KVG orientiert. Das heisst, diese Kosten von 300 Franken dürften im Maximum pro Monat von den Patientinnen und Patienten erhoben werden. Das würde eine Belastung von 10 Franken pro Tag oder, bei schwerer Pflegebedürftigkeit, von maximal 3600 Franken pro Jahr ausmachen. Auch hier wieder der Vergleich mit dem Modell der Mehrheit: Bei der Mehrheit würde die maximale Kostenbelastung für die pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten über 7000 Franken pro Jahr betragen, also fast doppelt so viel wie beim Modell der Minderheit.

Unser Modell ist auch einfacher, weil es mit dem Franchisenmodell an ein bestehendes und bereits bekanntes System anknüpft. Das Modell der Minderheit ist insbesondere berechenbar, weil sich die Kostenabwälzung auf die Versicherten zuverlässig berechnen lässt. Das ist beim Modell der Mehrheit nicht der Fall, weil unklar bleibt, welche Berechnungsgrundlagen der Bundesrat dereinst heranziehen wird. Der Pflegebeitrag wird in der Formulierung der Mehrheit ja vom Bundesrat festgelegt; ob der Bundesrat das aktuelle Kostenvolumen oder die Vollkosten als Basis für die Berechnung des höchsten Pflegebeitrages nehmen wird, ist heute unklar. Der Bundesrat hat in der Eintretensdebatte ja noch einmal darauf hingewiesen, dass wir die Pflegetarife bereits heute mit Bundesbeschlüssen eingefroren haben. Deshalb kann die Kostenbelastung der Versicherten beim Modell der Mehrheit nicht zuverlässig vorausgesagt werden.

In der Kommission ist der Wille vorhanden, die Kosten für die Patienten und Patientinnen zu begrenzen; das ist richtig und wichtig. Ob dieser parteiübergreifende Wille über die eidgenössischen Wahlen hinaus Bestand haben wird, steht allerdings in den Sternen. Die Mehrheit der Kommission macht mit ihrem Modell einen Schritt in die richtige Richtung, aber die finanziellen Auswirkungen für Pflegebedürftige sind viel zu gross.

Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit zu unterstützen; ihr Modell ist in der Praxis einfach umzusetzen, und vor allem stellt es eine sozialverträgliche Lösung dar.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die FDP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Hassler Hansjörg (V, GR): Wie wir bereits dargelegt haben, bezahlen die Krankenpflegeversicherer etwa 60 Prozent der Pflegekosten. Dies wird auch in Zukunft in diesem Rahmen liegen. Über die Aufteilung der Restkosten entscheiden heute die Kantone. In vielen Kantonen werden den pflegebedürftigen Personen alle Restkosten überbunden. Das finden wir nicht in Ordnung. Die Kantone sollen sich in bescheidenem Mass an den Pflegekosten beteiligen, wenn sehr hohe Pflegekosten anfallen. Und diese Beteiligung muss unabhängig von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der pflegebedürftigen Personen erfolgen. Die Grundversicherung bezahlt ganz allgemein die erbrachten Leistungen, unabhängig von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Personen. Diesem Grundsatz wollen wir auch für die Pflegeversicherung treu bleiben.

Das Modell der Kommissionmehrheit schlägt erst bei einer hohen Pflegebedürftigkeit eine Kostenbeteiligung der Kantone vor. Die Beteiligung der Kantone setzt erst ab der dritthöchsten Pflegestufe ein. Die Kosten in tieferen Pflegestufen sind nach wie vor von den pflegebedürftigen Personen selber zu tragen. Das erachten wir auch als richtig. Tiefe Pflegekosten können den Betroffenen zugemutet werden. An höheren Pflegekosten hingegen sollen sich die Kantone beteiligen.



Der Antrag der Minderheit Goll geht grundsätzlich in die gleiche Richtung. Aber der Selbstbehalt der versicherten und pflegebedürftigen Personen ist mit 300 Franken pro Monat sehr tief angesetzt. Eine etwas höhere Kostenbeteiligung ist den betroffenen Personen zuzumuten und auch sozial zu verantworten. Die Minderheitslösung würde für die Kantone zu massiven Mehrkosten führen. Die Fassung der Minderheit geht uns in Bezug auf die Entlastung der Pflegebedürftigen zu weit.

Die SVP-Fraktion unterstützt daher die Mehrheit.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

Schenker Silvia (S, BS): Wir sind jetzt beim eigentlichen Kernstück der Vorlage. Das Ziel ist es ja, im Falle einer Pflegebedürftigkeit die Beteiligungen von Patientinnen und Patienten an den anfallenden Kosten zu definieren. Es stehen zwei Varianten zur Wahl: Sie haben auf der einen Seite den Mehrheitsantrag, der die Kosten auf 20 Prozent eines noch festzulegenden Tarifs beschränkt. Auf der anderen Seite steht der Minderheitsantrag Goll. Das Modell der Mehrheit hat Tücken: Erstens ist im Moment noch nicht klar, wie hoch der Tarif sein wird. Zweitens führt das Berechnungssystem dazu, dass eine finanzielle Entlastung erst für die oberen Pflegestufen eintritt; das heisst, es gibt eine Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Personen. Ausserdem ist gemäss Auskunft der Verwaltung das Modell der Mehrheit in der Praxis schwieriger umzusetzen. Die jährliche Belastung wird beim Modell der Mehrheit bei etwa 7000 Franken pro Person liegen.

Einfach in der Umsetzung und klar in der Auswirkung auf die Betroffenen ist das Modell der Minderheit. Die Belastung der Patientinnen und Patienten wird in der Höhe der ordentlichen Jahresfranchise gemäss KVG festgelegt. Damit ist für alle klar, wie hoch der Betrag sein wird, der selber zu finanzieren ist. Der jährliche Höchstbetrag würde bei 3600 Franken liegen. Es ist ebenso klar, dass der Betrag unabhängig von der Pflegestufe festgelegt wird. Die finanzielle Entlastung greift also auch bei Personen der unteren Pflegestufen.

Wichtig ist, dass uns allen bewusst ist: Wenn wir von Pflegekosten sprechen, dann sprechen wir immer nur über einen Teil der Kosten, der anfällt, wenn jemand in einem Heim untergebracht ist. Nach wie vor ist ein grosser Teil der Kosten, die Pensionskosten, selber zu bezahlen. Selbst mit dem

AB 2007 N 1120 / BO 2007 N 1120

Antrag der Minderheit Goll brechen wir ein Tabu, wie heute in der "Basler Zeitung" zu lesen war, undbürden den Betroffenen einen Teil der Pflegekosten auf. Die Höhe dieses Anteils, wie sie der Antrag der Minderheit Goll definiert, halten wir für vertretbar.

Ich bitte Sie namens der SP-Fraktion, die Minderheit Goll zu unterstützen.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit unterstützen wird.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Les deux propositions, celle de la majorité et celle de la minorité, sont fausses, mais l'une est plus fausse que l'autre! La solution de la majorité est une intrusion dans le domaine de compétence des cantons, c'est la raison pour laquelle nous nous y opposons, mais comme nous sommes dans le désert, seuls, à clamer: "Sauvez les cantons! Respectez le fédéralisme!", je ne vais pas faire un long discours pour lutter contre la proposition de la majorité. Nous comptons sur le Conseil des Etats pour rétablir l'ordre constitutionnel.

En ce qui concerne la solution de la minorité, elle est encore plus fausse! En effet, elle va encore plus loin, impose encore plus de coûts et règle les choses de manière encore plus tatillonne, alors qu'un Etat qui fonctionne bien est capable de se limiter et de répartir les compétences entre les différents niveaux: ce qui relève du fédéral relève du fédéral; ce qui relève des cantons relève des cantons.

Si vous voulez faire une faute, n'allez pas trop loin, au moins ne votez rien; mais si vous voulez voter quelque chose, votez au moins la majorité et non pas la minorité.

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: Beide Anträge wollen eine Begrenzung der Belastung der Patienten und Patientinnen bei den Pflegekosten. Die Kommissionsmehrheit knüpft diese Begrenzung an den vom Bundesrat festgesetzten Höchstbetrag an. Die Kommissionsmehrheit ist damit der Meinung, dass eine maximale Belastung – von den derzeitigen Kosten ausgehend – von rund 7000 Franken pro Jahr den Patienten und Patientinnen zuzumuten ist, zumal wir mit dem Ausbau der Hilflosenentschädigung und der Ergänzungsleistungen eine bessere Abstimmung der verschiedenen Versicherungszweige erreicht haben. Gerade mit dem vorhin beschlossenen Artikel 5 Absatz 3 des Ergänzungsleistungsgesetzes wird niemand wegen Pflegekosten



sozialhilfebedürftig.

Die Mehrheitslösung ist im Übrigen auch nicht kompliziert in der Umsetzung. Wenn beispielsweise der Bundesrat den Höchstbetrag auf 100 Franken festsetzt, dann entspricht die maximale Belastung der Patientinnen und Patienten 50 Franken.

Die Mehrheit der Kommission findet es auch richtig und gerecht, dass stärkere Pflegebedürftigkeit auch eine stärkere Entlastung erfährt, weil bei leichterer Pflegebedürftigkeit auch tiefere Kosten anfallen, welche jeweils auch von den Patientinnen und Patienten getragen werden können. Im Weiteren ist es auch sachgerecht, wenn sich die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten nach den Pflegebeiträgen der Krankenversicherer richtet und entsprechend auch angepasst werden kann, wenn der Bundesrat die Pflegebeiträge der Versicherer erhöht.

Die Kommission hat die Mehrheitslösung mit 14 zu 10 Stimmen beschlossen, und ich bitte Sie, der Kommissionmehrheit zu folgen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE), pour la commission: Cela a été évoqué tout à l'heure, il est très difficile de savoir si et combien les assureurs devront payer en plus, et si et combien les cantons devront payer en plus, et cela d'autant que, selon l'alinéa 3, c'est le Conseil fédéral qui fixera les montants des contributions à prendre en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, et que nous ne savons bien évidemment pas encore sur quelle base ces montants seront déterminés. Il s'agira certainement de faire un arbitrage entre assureurs et cantons, et il y a en fait fort à craindre que, dans cet arbitrage, les personnes nécessitant des soins se trouvent prises en tenailles et finissent par faire les frais de ce bras de fer.

C'est bien pour éviter cette conséquence fâcheuse que la majorité de la commission, comme la minorité Goll, ont souhaité inscrire dans la loi une disposition prévoyant une protection des personnes nécessitant des soins. Reprenons l'exemple dont j'ai parlé lors du débat d'entrée en matière, pour que l'on comprenne bien de quoi il s'agit. Une personne en EMS paye entre 120 et 205 francs de frais de pension par jour, ce qui représente 3600 à 6000 francs par mois. Cette personne a été admise sur prescription médicale dans la catégorie de soins la plus haute. Le coût journalier des soins qui lui sont prodigués est de 180 francs par jour, dont l'assurance-maladie paye 110 francs par jour. Il reste donc 70 francs par jour non pris en charge par l'assurance-maladie. La solution de la majorité de la commission consiste à dire que de ces 70 francs, la personne concernée ne doit pas payer plus de 22 francs, ce qui correspond à 20 pour cent des 110 francs de contribution de l'assurance obligatoire des soins, ce qui entraînera des coûts supplémentaires à sa charge qui se monteront à 660 francs par mois, sans oublier que comme tout assuré en Suisse cette personne devra payer la franchise annuelle de 300 francs sur ses coûts médicaux et la participation aux frais à concurrence de 700 francs par an.

La solution prônée par la minorité Goll est plus avantageuse pour les ménages, puisqu'elle fixe la contribution maximale du patient à 300 francs par mois pour les frais de soins, soit 3600 francs par an. Les pouvoirs publics assumant le solde, elle est aussi plus facile à mettre en oeuvre, puisqu'elle ne nécessite pas de faire des calculs en fonction de pourcentages.

La commission a pris sa décision par 14 voix contre 10.

Je vous prie, pour épargner les pouvoirs publics, de suivre la proposition de la majorité à l'alinéa 5.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 95 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 61 Stimmen

Ziff. 3 Art. 49 Abs. 1; 50; 104a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 3 art. 49 al. 1; 50; 104a

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. 1a

Antrag der Kommission

Streichen



Ch. Ia

Proposition de la commission

Biffer

Angenommen – Adopté

Ziff. Ib

Antrag der Mehrheit

Titel

Koordination mit dem Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG-NFA)

Ziff. 1 Einleitung

Unabhängig davon, ob das ELG-NFA oder das vorliegende Gesetz zuerst in Kraft tritt, lauten mit dem Inkrafttreten des

AB 2007 N 1121 / BO 2007 N 1121

später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten die nachstehenden Bestimmungen des ELG-NFA wie folgt:

Art. 10 Abs. 2 Bst. a

a. in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden. Die Grenze muss so angesetzt sein, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim Sozialhilfe benötigt;

Art. 11 Abs. 1 Bst. c

c. ein Fünftel, bei Altersrentnerinnen und Altersrentnern ein Zehntel des Reinvermögens, soweit es bei alleinstehenden Personen 37 500 Franken, bei Ehepaaren 60 000 Franken und bei rentenberechtigten

Art. 11 Abs. 1bis

In Abweichung von Absatz 1 Buchstabe c ist nur der 300 000 Franken übersteigende Wert der Liegenschaft zu berücksichtigen:

a. wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt; oder

b. wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Unfallversicherung oder Militärversicherung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt.

Antrag der Minderheit

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Miesch, Müri, Parmelin, Scherer Marcel, Triponez)

Art. 10 Abs. 2 Bst. a

Unverändert (siehe auch Art. 5 Abs. 3 Bst. a)

Ch. Ib

Proposition de la majorité

Titre

Coordination avec la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC-RPT)

Ch. 1 introduction

Quel que soit l'ordre dans lequel la présente modification de la LPC et la LPC-RPT entrent en vigueur, à l'entrée en vigueur de la seconde de ces lois ou à leur entrée en vigueur simultanée, les dispositions ci-après de la LPC-RPT ont la teneur suivante:

Art. 10 al. 2 let. a

a. en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital. Cette limitation doit être fixée de telle sorte que personne n'ait besoin de recourir à l'aide sociale en raison du séjour dans un établissement médicosocial reconnu;

Art. 11 al. 1 let. c

c. un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples et 15 000 francs pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou

Art. 11 al. 1bis



En dérogation à l'article 1 lettre c, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 300 000 francs entre en considération au titre de la fortune:

- a. lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital; ou
- b. lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire et vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

Proposition de la minorité

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Miesch, Mürli, Parmelin, Scherer Marcel, Triponez)

Art. 10 al. 2 let. a

Inchangé (voir aussi art. 5 al. 3 let. a)

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Hier gibt es noch eine Korrektur auf der Fahne.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Cela concerne seulement le dépliant en français, puisque vous trouvez à la lettre a le montant de 40 000 francs pour les couples, alors qu'en fait la commission avait décidé 60 000 francs pour les couples. Je vous remercie de corriger.

Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Auf der deutschen Fahne steht der richtige Betrag.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 05.025/4568)

Für Annahme des Entwurfes 151 Stimmen

Dagegen 2 Stimmen

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