



05.025

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

Differenzen – Divergences

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 Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Beim Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung haben wir über vier wesentliche Differenzen gegenüber dem Beschluss des Ständerates zu entscheiden. Es betrifft dies Artikel im AHVG und im KVG.

Bei Artikel 43bis Absatz 2 AHVG beantragt Ihnen die Kommissionmehrheit, an der Koordination zwischen Hilflosenentschädigung und Krankenversicherung sowie an der Aufhebung der Karenzfrist festzuhalten. Die Begründung des Ständerates, welche sich auf einen Bericht der Verwaltung stützt, vermochte unsere Kommission nicht zu überzeugen. Im Bericht wird ausgeführt, dass es sich bei der Hilflosenentschädigung und den KVG-Leistungen um unterschiedliche Leistungen handle. Die Hilflosenentschädigung sei eine Geldleistung und beziehe sich auf den Zustand des Patienten, während sich die Pflegeleistungen gemäss KVG auf Sachleistungen bezögen, welche effektiv erbracht würden. Aufgrund der unterschiedlichen Art und Zweckbestimmung der Pflegeleistungen nach KLV und der Hilflosenentschädigung der AHV/IV könne keine wesentliche Vereinheitlichung der Grundlagen zur Abklärung der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen vorgenommen werden. Für die Kommissionmehrheit ist diese Argumentation weder sachgerecht noch patientenfreundlich. Für einen Patienten, eine Patientin sind solch formaljuristische Abgrenzungen nämlich irrelevant. Es ist einfach unverständlich, dass man bei einem Pflegefall ein Jahr lang auf die Hilflosenentschädigung warten muss.

Bei Artikel 25 Absatz 1bis KVG hält die Kommission daran fest, dass die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege während einer vom Bundesrat zu bestimmenden Dauer von der Krankenversicherung zu übernehmen seien. Es ist unbestritten, dass durch die Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen nach DRG eine Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauern erfolgen wird und Patientinnen und Patienten teilweise zu früh aus den Spitälern entlassen werden.

Solche Patienten können während einer bestimmten Zeitdauer auf eine intensive Pflege und Betreuung angewiesen sein, ohne dass sie eine spezielle Rehabilitation benötigen. Für diese Nachbehandlung soll keine Finanzierungslücke entstehen, weshalb die SGK Festhalten an der Fassung des Nationalrates beantragt.

AB 2007 N 1779 / BO 2007 N 1779

Im Weiteren beantragt die Kommission bei Artikel 25a Absatz 4 KVG, eine Teuerungsklausel ins Gesetz aufzunehmen. Die SGK ist zwar zum Schluss gekommen, dass es nicht sachgerecht ist, die Anpassung der Teue-





rung an den Mischindex zu knüpfen; deshalb beantragt sie Ihnen, die Beiträge der Krankenversicherer an die Kostenentwicklung bei den Pflegeleistungen anzupassen. Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Pflegekosten weitgehend aus Lohnkosten zusammensetzen. Lohnanpassungen müssen erfolgen, und diese Anpassungen sollen von den Krankenversicherern, der öffentlichen Hand wie auch von Privaten getragen werden.

Noch eine Bemerkung zu Artikel 25a Absatz 5 KVG: Hier haben wir keine Differenz, weil der Ständerat die nationalrätliche Fassung übernommen hat, wonach die maximale Belastung der Patientinnen und Patienten durch Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages betragen darf. Die SGK hat die Formulierung des Ständerates übernommen, wonach die Kantone die Restfinanzierung regeln. Sie hat dem Ständerat deshalb zugestimmt, weil es in den Kantonen in der Tat unterschiedliche Zuständigkeiten gemäss kantonaler Gesetzgebung gibt. Nun scheinen einzelne Kantone schon anzukündigen, dass diese Restfinanzierung via Ergänzungsleistungen oder allenfalls Pauschalzahlungen erfolgen soll. Eine solche Umsetzung würde allerdings nicht dem Sinn unseres Entscheids entsprechen. Ergänzungsleistungen sind einkommens- und vermögensabhängig, und mit Artikel 25a Absatz 5 KVG soll der Tarifschutz im Pflegebereich durchgesetzt werden, das heisst, dass die Krankenversicherer einen Teil bezahlen, der Patient seinen fixierten Teil und dass die restlichen Kosten individuell pro Patient vom Kanton bzw. gemäss Regelung nach kantonaler Gesetzgebung von der öffentlichen Hand finanziert werden müssen.

Vonseiten der Pflegeheime wurde die Befürchtung laut, dass die Gefahr einer Risikoselektion bestehe, wenn Kantone nur Pauschalbeträge zurückerstatten würden. Mit unserer Bestimmung sollten indes gerade schwerstpflegebedürftige Patientinnen und Patienten vor zu hohen nicht privat finanzierbaren Pflegekosten geschützt werden. Daher dürfen die Kantone die Restfinanzierung auf jeden Fall nicht so steuern, dass die Pflegeheime angehalten werden, Risikoselektion zu betreiben und nur noch leichte Pflegefälle aufzunehmen. Auch bei den Übergangsbestimmungen hält die SGK am Beschluss des Nationalrates fest und will dort keine kostenneutrale Einführung beziehungsweise kein Globalbudget im Pflegebereich gesetzlich einführen.

Zusammenfassend ersuche ich Sie, den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI), pour la commission: Un des buts du nouveau régime de financement des soins est d'améliorer la situation sociale de certains groupes de personnes et d'empêcher que la maladie ne devienne un facteur d'appauvrissement. Pour cette raison, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national maintient pour l'essentiel ses propositions, outre la décision de limiter la contribution financière à la charge des patients à 20 pour cent des coûts non couverts par l'assurance-maladie, soit 7000 francs – décision à laquelle même le Conseil des Etats se rallie. Cependant, le Conseil des Etats n'a pas souhaité obliger les cantons à prendre en charge les coûts résiduels, à l'article 25a alinéa 5 LAMal.

Il faut rappeler que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé a calculé que les coûts supplémentaires pour les cantons se montaient à 300 à 400 millions de francs. La majorité de la commission a donc décidé de suivre le Conseil des Etats afin que les cantons puissent être libres de décider de quelle façon régler les coûts résiduels. Au contraire, une minorité propose non seulement que les cantons soient obligés de régler les coûts résiduels, mais aussi que la charge des coûts non couverts ne dépasse pas le 20 pour cent, avec un maximum de 150 pour cent du montant de la franchise ordinaire.

Pour éviter que le séjour dans un EMS puisse amener à la pauvreté et que des personnes soient contraintes de vendre leur maison, le Conseil des Etats se rallie à la décision du Conseil national d'augmenter le seuil à partir duquel la fortune est prise en compte pour le calcul des prestations complémentaires. En calculant ces dernières, les cantons doivent aussi veiller à ce que le séjour dans un EMS n'entraîne pas une dépendance à l'aide sociale.

Pour tenir compte de l'évolution des salaires et des prix, la commission a décidé d'adapter tous les deux ans la contribution de l'assurance obligatoire à l'évolution du coût des soins. La commission a longuement discuté le thème de l'allocation pour impotent. Pour être plus précis, elle s'est demandé s'il fallait coordonner les prestations des soins. L'administration a rédigé un rapport selon lequel l'allocation pour impotent et les prestations de soins sont fondamentalement différentes. L'allocation pour impotent est une prestation en espèces dont le montant est calculé sur la base des besoins personnels d'aide concrets. Par contre, les prestations de soins de l'assurance-maladie sont des prestations ponctuelles faisant l'objet d'un remboursement pris en charge sur la base d'une évaluation des besoins et des prescriptions médicales. Cependant, la commission est d'avis qu'un nouveau régime de financement des soins doit aussi régler les problèmes de coordination entre allocation pour impotent et assurance-maladie.

Pour cette raison, la majorité de la commission a décidé de maintenir la décision de notre conseil concernant le délai de carence d'un an pour obtenir le droit à une allocation pour impotent. Elle souhaite en outre une coordination nécessaire entre AVS et prestations de soins reconnues dans l'assurance-maladie de base.



La minorité de la commission, par contre, propose de suivre les indications de l'administration. Pour la minorité, le besoin de coordination ne peut pas être réglé en ce moment dans la loi.

Lors de sa séance du 21 juin dernier, notre conseil a décidé d'introduire à l'article 25a alinéa 1 LAMal que la contribution aux soins en cas de maladie soit fournie aussi pour les soins dispensés dans des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit. Le Conseil des Etats approuve l'argumentation, pourtant il ne veut pas introduire de nouvelles catégories dans la loi.

Etant donné que, fondamentalement, il n'y a pas de différences entre les argumentations exposées dans les deux conseils, la majorité de la commission a décidé de maintenir la décision de notre conseil. Ce genre de structures est très important pour soulager des familles, par exemple des personnes atteintes de démence. La formulation adoptée par la majorité de la commission est plus claire et évite les conflits d'interprétation.

Un point central des divergences concerne le financement des soins de transition prescrits par un médecin (art. 25a al. 1bis LAMal). Avec l'introduction des forfaits par cas pour le financement des hôpitaux, des malades devront quitter plus tôt l'hôpital. Cela signifie qu'il faudra disposer de plus de possibilités de traitements dispensés en hôpital, sous forme ambulatoire et en établissement médicosocial. Pour la majorité de la commission, des coûts supplémentaires ne doivent pas être imputés à ces personnes, coûts qu'elles n'auront pas si elles restent à l'hôpital.

Pour la minorité, ces coûts ne doivent pas être payés seulement par l'assurance-maladie, mais, par analogie avec le financement hospitalier, partagés entre l'assurance-maladie et les cantons.

Queste sono le quattro proposte che la commissione mantiene, creando delle divergenze. Sono proposte che vanno proprio in direzione di quel principio che citavo all'inizio del mio intervento: le cure fornite in modo ambulatoriale, tramite Spitex o case per anziani, devono essere accessibili a tutti e non devono rendere più povero chi ne ha bisogno. Le proposte sul finanziamento delle cure ambulatoriali di giorno e di notte, per esempio, e le proposte sul finanziamento delle cure di transizione vanno proprio in questa direzione.

AB 2007 N 1780 / BO 2007 N 1780

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Dans cette affaire, nous traitons de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, alors que nous sommes en train de discuter de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, c'est-à-dire que nous changeons une loi qui est partiellement en rapport avec la loi que nous discutons actuellement, mais seulement partiellement. Il faut donc agir avec une certaine prudence, parce que même si la proposition de la majorité peut apporter une certaine amélioration au problème du financement des soins, elle provoque des difficultés ailleurs. C'est la raison pour laquelle la minorité Schenker Silvia propose de s'en tenir à la décision du Conseil des Etats, c'est-à-dire au droit en vigueur. Et c'est aussi la position du Conseil fédéral.

La majorité propose deux choses: d'abord, la suppression du délai d'attente. C'est une intervention dans le secteur de l'AVS, qui a un coût, de l'ordre de 90 millions de francs par an pour l'AVS. Ce n'est pas quelque chose de dramatique, mais c'est quand même une somme relativement importante pour l'AVS. Ensuite, et c'est plus grave, la majorité croit assurer ainsi la coordination avec les prestations de soins de l'assurance-maladie obligatoire ainsi qu'avec l'évaluation des besoins. Partiellement, c'est vrai, mais la coordination va plus loin et les prestations pour les soins selon la LAMal et les allocations pour impotent de l'AVS/AI sont des prestations de nature différente et à buts distincts. On ne peut pas faire une coordination au coup par coup, comme le propose la majorité. Il faut approfondir le système, et on ne peut pas changer des lois étrangères à l'objet qu'on traite sans avoir une vue plus ample.

Le Conseil fédéral propose donc de soutenir la proposition Schenker Silvia, défendue il y a un instant par Madame Carobbio Guscetti et différentes personnalités. Cela ne veut pas dire qu'à la fin, le jour où on étudiera ce problème, on sera entièrement d'accord avec la minorité, mais au moins on aura opté pour une vision plus large et pas seulement sectorielle, ce qui est malheureusement le cas de la majorité. Nous vous proposons donc de soutenir, pour des raisons de logique, pour des raisons de cohérence, pour des raisons de vision large du problème, la solution de la minorité.

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

Ziff. I Ziff. 1 Art. 43bis Abs. 2

Antrag der Mehrheit

Festhalten, aber:





... schweren, mittleren oder leichten Grades voraussichtlich ...

Antrag der Minderheit

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Rechsteiner-Basel, Rossini, Teuscher)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates, aber:

... schweren, mittleren oder leichten Grades ununterbrochen ...

Ch. I ch. 1 art. 43bis al. 2

Proposition de la majorité

Maintenir, mais:

... grave, moyenne ou faible qui sera vraisemblablement ...

Proposition de la minorité

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Rechsteiner-Basel, Rossini, Teuscher)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats, mais:

... grave, moyenne ou faible sans interruption ...

Schenker Silvia (S, BS): Wir haben es bei diesem Artikel mit einer sehr schwierigen Materie zu tun. Man muss sehr tief ins Thema einsteigen, um die Problematik, die wir in diesem Artikel abhandeln, wirklich aufzuzeigen. Dies in fünf Minuten zu tun ist sehr, sehr schwierig.

Es geht bei diesem Artikel um zwei Bestimmungen. Eine davon war in der Kommission und auch im Plenum absolut unbestritten: Es geht darum, dass die Karenzfrist für Hilflosenentschädigung von einem Jahr in eindeutigen Fällen wegfallen soll. Bei der zweiten Bestimmung handelt es sich um eine Koordinationsregel. Die Mehrheit will mit ihrer Variante, dass die Hilflosenentschädigung und die Entschädigung für Pflegeleistungen miteinander koordiniert werden. Auf den ersten Blick scheint dies richtig zu sein. Beide Leistungen betreffen Menschen, die Pflege und Unterstützung brauchen. Warum soll man also diese beiden Leistungen nicht miteinander koordinieren, konkret: miteinander verrechnen?

Es handelt sich aber bei der Hilflosenentschädigung um eine Geldleistung, die jemand erhält, der oder die bei den täglichen Verrichtungen dauernd Hilfe braucht. Diese Geldleistung erhält man unabhängig von den effektiv entstehenden Kosten. Vereinfacht könnte man sagen, dass die Hilflosenentschädigung ein zusätzlicher Bestandteil einer Rente für besonders hilfsbedürftige AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentner ist. Bei den Pflegeleistungen beziehungsweise den entsprechenden Vergütungen, über die wir bei diesem Geschäft sprechen, handelt es sich um effektiv beanspruchte und entsprechend in Rechnung gestellte Leistungen, die aufgrund einer Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Der Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechtes legt fest, welche Sozialversicherungsleistungen koordiniert werden. Die Hilflosenentschädigung und die Vergütung für Pflegeleistungen sind aber nicht Leistungen gleicher Art und gleicher Zweckbestimmung. Sie fallen deshalb nicht unter die Bestimmung, die bei einer sogenannten Überentschädigung zum Tragen kommt.

In der Kommission haben wir zu diesem Antrag einen Bericht der Verwaltung erhalten, der aufzeigt, dass die von der Mehrheit unterstützte Formulierung bei der Umsetzung zu Problemen führen kann, die wir – so sehe ich das – während der Kommissionsberatung nicht in ihrer vollen Tragweite angeschaut haben. Wir wehren uns nicht dagegen, die Problematik der Hilflosenentschädigung in Kombination mit der Pflegefinanzierung genauer anzuschauen. Wir wehren uns jedoch dagegen, in dieser Vorlage jetzt etwas festzuschreiben, von dem wir nicht genau wissen, ob in der Praxis dadurch nicht neue Ungerechtigkeiten entstehen.

Nun haben wir ein Problem: Wir stimmen der Regelung zu, dass die Karenzfrist wegfällt. Wir wollen jedoch die Koordinationsregel nicht. Ich ziehe meinen Minderheitsantrag zurück und will dem Ständerat damit die Möglichkeit geben, diese Bestimmung auseinanderzunehmen und den Teil einzufügen, der hier im Rat unbestritten war – nämlich das Wegfallen der Karenzfrist –, und die Koordinationsregel herauszunehmen.

Le président (Bugnon André, président): Madame Schenker retire sa proposition de minorité.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. I Ziff. 2 Art. 3c Abs. 1 Bst. c; Art. 5 Abs. 3 Bst. a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates





Ch. I ch. 2 art. 3c al. 1 let. c; art. 5 al. 3 let. a

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. I Ziff. 3 Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 1bis

Festhalten

AB 2007 N 1781 / BO 2007 N 1781

Abs. 4

Der Bundesrat passt den Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung alle zwei Jahre auf den Beginn des Kalenderjahres der Kostenentwicklung der Pflege an.

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Humbel Näf, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Wehrli)

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Robbiani, Scherer Marcel, Stahl, Wehrli)

Abs. 1bis

Die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege werden nach den Regeln der Spitalfinanzierung gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG (bzw. Art. 49a Abs. 2 KVG gemäss KVG Teilrevision Spitalfinanzierung) anteilmässig von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Kanton übernommen. Für die Vergütung der Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.

Antrag der Minderheit

(Schenker Silvia, Carobbio Guscelli, Fasel, Fehr Jacqueline, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Teuscher)

Abs. 5

... Pflegebeitrages, maximal aber das Anderthalbfache der ordentlichen Franchise, überwältzt werden. Die darüber hinausgehenden Pflegekosten werden vom Kanton übernommen.

Antrag Loepfe

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates (= Streichen)

Ch. I ch. 3 art. 25a

Proposition de la majorité

Al. 1, 1bis

Maintenir

Al. 4

Le Conseil fédéral adapte tous les deux ans, au début de l'année civile, la contribution de l'assurance obligatoire à l'évolution des coûts des soins.

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Humbel Näf, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Wehrli)

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats



Proposition de la minorité

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Robbiani, Scherer Marcel, Stahl, Wehrli)

Al. 1bis

Les coûts des soins aigus et de transition prescrits par un médecin sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et le canton selon leur part respective, conformément à la réglementation du financement hospitalier prévue à l'article 49 alinéa 1 LAMal (respectivement art. 49a al. 2 de la révision partielle de la LAMal concernant le financement hospitalier). Les parties à une convention conviennent de tarifs forfaitaires pour ces prestations.

Proposition de la minorité

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Fasel, Fehr Jacqueline, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Teuscher)

Al. 5

... hauteur de 20 pour cent au maximum de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral et ne peuvent pas dépasser 150 pour cent du montant de la franchise ordinaire. Les coûts en soins qui dépassent ce montant sont pris en charge par les cantons.

Proposition Loepfe

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats (= Biffer)

Le président (Bugnon André, président): La proposition de la minorité Humbel Näf est présentée par Monsieur Wehrli.

Abs. 1 – Al. 1

Wehrli Reto (CEg, SZ): Ich vertrete hier die Minderheit Humbel Näf und die Position unserer Fraktion; diese unterstützt nämlich die Minderheit Humbel Näf und somit die Fassung des Ständerates, d. h., die Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen sind als Leistungserbringer aus dem Gesetzestext zu streichen. De facto ändert das an der Leistungserbringung nichts; materiell hat das Gesetz durch diese Streichung keine Leistungseinbusse zur Folge. Mit der Streichung bleibt aber die Terminologie einheitlich.

Worum geht es im Kern? Allein die Pflegesituation soll für den Beitrag der Krankenkassen massgebend sein, nicht aber der Ort der Leistungserbringung. Mit der expliziten Erwähnung der Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen im Gesetzestext wollte sich der Nationalrat in der ersten Fassung komplett absichern, damit diese Institutionen auch wirklich als Leistungserbringer einbezogen sind. Denn diese Institutionen sind beispielsweise für Angehörige dementer Personen besonders wichtig, da sie nachts oder über das Wochenende entlastet werden können. Könnte die Leistung nicht vergütet werden, so würde der Patient vielleicht in ein Heim eingewiesen werden, was weder ihm noch den Angehörigen dienlich wäre und am Ende viel teurer käme. Das möchte niemand; es geschieht aber auch nicht mit der Streichung des Begriffs "Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen" aus dem Gesetzestext, denn diese Einrichtungen sind in den Begriffen "ambulant" oder "Pflegeheim" mitgemeint.

Die Regelung sieht heute so aus, dass die Leistungen von Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen oder von Pflegeheimen vergütet werden, sofern die leistungserbringende Institution an sich anerkannt ist. In verschiedenen Kantonen gibt es heute Tageskliniken, die auf der Pflegeheimliste stehen. Auf der anderen Seite gibt es Pflegeheime, die ein Tages- und ein Nachtangebot führen; auch das ist in der Pflegeheimliste vermerkt. In wieder anderen Kantonen läuft das über den Spitex-Bereich, d. h., die Spitex-Organisation betreut die Personen an einem Ort, wo sie sich den ganzen Tag aufhalten. Auch diese Leistung der Spitex-Organisation wird übernommen. Deshalb betone ich nochmals, dass es sich hier nicht um einen Leistungsabbau, sondern um die Klärung eines terminologischen Problems handelt. Wenn wir keine neuen Kategorien von Leistungserbringern schaffen wollen – und das wollen und sollen wir nicht –, dann müssen wir den Begriff "Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen" wieder aus dem Gesetz streichen und somit dem Antrag der Minderheit Humbel Näf zustimmen.

Fasel Hugo (G, FR): Das Geschäft ist relativ einfach. Wir sind mit der Situation konfrontiert, dass viele Familien demenzkranke Eltern bei sich zu Hause behalten. Das ist – ökonomisch gesprochen – die günstigste Lösung. Hier sind wir nun beim Punkt, bei welchem wir im Gesetz verankern sollen, ob Tagesstrukturen, in welche



man diese älteren Menschen hin und wieder, zum Beispiel an Wochenenden, geben kann, um die Familie zu entlasten, definitiv aufgeführt werden sollen oder nicht.

Die Interpretation, die Herr Wehrli gegeben hat, haben wir auch in der Kommission diskutiert. Die einen waren der Auffassung, die explizite Erwähnung sei nicht notwendig. Meine Erfahrung in unserem Kanton hat gezeigt, dass die klare Erwähnung im Gesetz notwendig ist, um künftig Zweifel und unterschiedliche Interpretationen zu verhindern. Ich lade Sie

AB 2007 N 1782 / BO 2007 N 1782

deshalb ein, hier der Mehrheit der Kommission zuzustimmen und diese Regelung anzunehmen, die eigentlich alle wollen. Sie ist nämlich eine kostengünstige Lösung, indem Pflege zu Hause weiterhin möglich ist und weil sie trotzdem diejenigen, die eine solche Belastung auf sich nehmen, hin und wieder durch eine Tagesstruktur entlastet.

Ich bitte Sie namens der grünen Fraktion, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Schenker Silvia (S, BS): Vor allem dort, wo Pflegebedürftige nur deshalb noch nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen, weil sie von Partnerinnen oder Partnern oder anderen Angehörigen gepflegt werden, sind Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen von grosser Bedeutung. Gerade bei dementen Patientinnen und Patienten sind diese Strukturen besonders wichtig. Es ist eine riesige Aufgabe und eine grosse Herausforderung, solche Patientinnen und Patienten zu Hause zu betreuen. Wenn es in diesen Fällen möglich ist, die Angehörigen dadurch zu entlasten, dass die Patientinnen und Patienten z. B. mehrmals pro Woche in ein Tagesheim gehen können und dort professionelle Pflege und Betreuung erhalten, dann ist dies meistens für alle Beteiligten eine grosse Erleichterung. Wenn in diesen ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen ärztlich angeordnete Pflegeleistungen erbracht werden, soll die Krankenkasse einen Teil davon finanzieren.

In der Kommission bestand meiner Meinung nach keine Differenz bei der Frage, ob diese Pflegeleistungen von der Kasse mitfinanziert werden sollen. Hingegen wurde bei der Frage, ob man diese ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen explizit im Gesetz erwähnen soll, unterschiedlich argumentiert; Sie haben das vorhin auch gehört. Wir haben in der Kommission lange darüber diskutiert; die Meinungen gehen auseinander.

Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zuzustimmen und diese Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen explizit zu erwähnen. Dann sind wir nämlich ganz sicher, dass diese Angebote, die für die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen so wichtig sind, auch in Zukunft von der Krankenkasse mitfinanziert werden. Ich bitte Sie, die Mehrheit zu unterstützen.

Hassler Hansjörg (V, GR): Es war in der Kommission unbestritten, dass die Krankenversicherungen einen Beitrag an die Pflegeleistungen erbringen müssen, die auf ärztliche Anordnung hin ambulant oder in einem Pflegeheim erfolgen. Die Pflegeleistungen in Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen entlasten vor allem die Angehörigen von pflegebedürftigen Personen, die zu Hause gepflegt werden können. Zur Entlastung der Pflegepersonen sind die Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen sehr wertvoll. Die Pflegepersonen zu Hause müssen sich von Zeit zu Zeit entlasten können, sonst wird die Belastung für sie untragbar. Wenn sie dies nicht tun können, sind sie gezwungen, die pflegebedürftigen Personen in ein Heim zu geben – dann entstehen die hohen Kosten erst. Das wollen wir ja vermeiden.

Die Differenz zwischen der Mehrheit und der Minderheit Humbel Näf ist nicht materieller Art. Es ist klar, dass in diese Leistungen auch die anerkannten Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen mit einbezogen sind. Die Mehrheit will dies explizit erwähnen, die Minderheit will darauf verzichten und sich dem Ständerat anschliessen. Einrichtungen mit Tages- und/oder Nachtstrukturen sind ambulante Einrichtungen und damit so oder so mit einbezogen, auch bei der Variante des Ständerates. Wichtig ist einfach, dass die Krankenversicherungen einen Beitrag an diese ambulanten Pflegeleistungen erbringen.

Die Minderheit ist der Auffassung, dass Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen im Gesetz nicht explizit erwähnt werden müssen. Ich bitte Sie, den Antrag der Minderheit und damit den Beschluss des Ständerates zu unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'après l'intervention de Monsieur Hassler, je pourrais aussi renoncer à prendre la parole. Il a dit l'essentiel, à savoir que la divergence, ici, n'est pas une divergence matérielle, mais une divergence de vocabulaire. Nous pensons que la solution du Conseil des Etats, qui n'introduit pas un nouveau concept, est la plus raisonnable. Sur le fond, la différence n'existe pas, mais on introduit plus de clarté dans l'ensemble des dispositions de la loi en s'en tenant à la rigueur de la solution du Conseil des Etats.



Nous vous invitons donc à soutenir la proposition de la minorité Humbel Näf.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI), pour la commission: On l'a entendu, tout le monde est d'accord sur le fait que la contribution aux soins qui sont dispensés en cas de maladie doit aussi être fournie pour les soins dispensés dans des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit. La commission était très partagée sur cet objet; elle a pris sa décision par 11 voix contre 9.

Par souci de clarté et afin d'éviter des conflits d'interprétation, la minorité ne veut pas introduire de nouvelles catégories d'établissements dans la loi. Pourtant, ce genre de structures est très important pour soulager des familles, par exemple de personnes atteintes de démence ou gravement malades. Il est donc difficile de comprendre pourquoi, si tout le monde s'accorde à dire que la contribution aux soins doit aussi être fournie pour les soins dispensés dans des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit, on ne veut pas introduire clairement cette disposition dans la loi, surtout si l'on considère l'importance de ces structures, comme je l'ai déjà dit et comme l'ont dit beaucoup d'intervenants, pour toujours davantage de personnes qui peuvent ainsi rester à domicile et aussi pour leur famille.

Pour cette raison, il faut aussi que l'assurance-maladie participe; il faut, comme je l'ai déjà dit, être clair et éviter les conflits d'interprétation.

C'est pourquoi je vous invite à suivre la majorité de la commission sur cet objet.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe radical-libéral soutient la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/26)

Für den Antrag der Mehrheit ... 95 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 75 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis

Hassler Hansjörg (V, GR): In Artikel 25a Absatz 1bis geht es um die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege. Die Übergangspflege gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Patientinnen und Patienten werden mit der Einführung des DRG-Systems früher aus den Spitälern entlassen. Sie benötigen in vielen Fällen eine zusätzliche Pflege, die medizinisch begründet ist. Diese Pflege muss von jemandem bezahlt werden. Es darf nicht sein, dass die Pflegebedürftigen selber diese Kosten zu übernehmen haben.

Es ist nun die Frage, wer für diese Kosten aufkommen soll. Beim ersten Beschluss unseres Rates entschieden wir, dass dies die Krankenversicherer sein sollten. Nach reiflicher Überlegung müssen wir aber eingestehen, dass dies nicht ganz gerecht ist und dass dies zu einem starken Prämienschub führen könnte. Die Minderheit schlägt nun vor, die Kosten für die Übergangspflege gleich aufzuteilen wie die Spitalkosten: Die Krankenversicherer und die Kantone sollen die Kosten zu gleichen Teilen übernehmen, wie dies auch die Spitalfinanzierung vorsieht. Diese Lösung scheint uns richtig zu sein, weil die Übergangspflege klar eine Folge der frühen Entlassung der Patientinnen und Patienten aus den Spitälern ist. Darum ist es folgerichtig, dass die Übergangspflege gleich finanziert wird wie die Spitalleistungen. Damit binden wir auch die Kantone in die Finanzierung der Übergangspflege ein. Sie werden damit auch daran interessiert

AB 2007 N 1783 / BO 2007 N 1783

sein, dass diese Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Krankenversicherer. Aus der Sicht der Minderheit ist das eine gerechte und ausgewogene Lösung. Ich bitte Sie daher, der Minderheit zuzustimmen.

Schenker Silvia (S, BS): Bei dieser Differenz geht es um eine wichtige Bestimmung in dieser Vorlage. Das Problem, welches wir lösen wollen, ist folgendes: Unter dem Kostendruck ist schon seit einiger Zeit eine Entwicklung im Gange, die sich jetzt durch die Einführung von Fallkostenpauschalen noch verstärkt. Patientinnen und Patienten werden bei einem Spitalaufenthalt möglichst rasch wieder entlassen. Da die Patientinnen und Patienten aber in vielen Fällen noch professionelle Pflege brauchen, wird diese dann durch Spitex-Dienste durchgeführt. Dagegen ist in der Regel auch nichts einzuwenden. Falsch ist es jedoch, wenn diese Patientinnen und Patienten gegenüber denen, die im Spital verbleiben können und dort weitergepflegt werden, finanziell stärker belastet werden. Anders als die Kostenbeteiligung für die Akutpflege im Spital beträgt die Kostenbeteiligung für Pflegeleistungen, die zu Hause erbracht werden, in Zukunft 20 Prozent. Wir sind der Meinung, dass dies im Falle von Patientinnen und Patienten nicht richtig ist, die früh – vielleicht sogar zu früh – aus dem Spital



entlassen werden und deshalb zu Hause noch Pflege brauchen. Die Bestimmung, wie wir sie im Nationalrat bereits einmal beschlossen haben, gibt dem Bundesrat die Kompetenz, zu entscheiden, für welche Zeitdauer in einem solchen Fall die Pflegekosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden sollen.

Nun ist in der Kommission eine neue Idee aufgetaucht. Sie finden sie im Minderheitsantrag Hassler, den Herr Hassler soeben begründet hat. Sie haben gehört, was dieser Antrag beinhaltet. Wir haben von unserer Seite her Sympathien für diesen Antrag und meinen, im Ständerat könne diese Idee noch etwas vertiefter betrachtet werden. Wir haben in unserer Kommission nur sehr kurz darüber gesprochen; ob wir wirklich alle Aspekte dieses Antrages betrachtet haben, ist aus meiner Sicht schwer zu sagen.

Wir bitten Sie, der Mehrheit zu folgen, und können uns vorstellen, dass der Ständerat den Minderheitsantrag Hassler nochmals ernsthaft prüft und in die Debatte einbringt.

Wehrli Reto (CEg, SZ): Unsere Fraktion folgt auch hier der Kommissionsminderheit. Der Antrag der Minderheit Hassler wird nämlich dem Problem, das wir mit dem Begriff "Übergangspflege" haben, besser gerecht.

Warum? Es ist nicht klar, was man unter dem Begriff "Übergangspflege" überhaupt versteht. Je nachdem, ob man Heime, Rehabilitationskliniken, Spitäler oder Spitex-Organisationen befragt, erhält man unterschiedliche Antworten. Die einen nennen die Übergangspflege "Akutpflege", andere wiederum reden von "Postakutpflege". Es gibt Pflegeheimkonzeptionen, in denen die Übergangspflege den Pflegeheimen angegliedert ist; andere Kantone sagen, sie gehöre eher in den akutstationären Bereich usw.; da entsteht ein babylonisches Sprachengewirr.

Da wir mit dieser Pflegephase ein Abgrenzungsproblem haben, macht es deshalb erstens Sinn, dass die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege gleich geregelt werden soll wie jene des stationären Bereichs. Zweitens soll die Leistung über die Grundversicherung und die Kantone vergütet werden und nicht nur über die Versicherer. Aufgrund der verkürzten Aufenthaltsdauern werden die Kantone entlastet, sodass sie sich dafür ähnlich wie im Rehabilitationsbereich in der Übergangspflege engagieren können. Drittens kommen wir im Gesetz generell vom Prinzip der Kostenrückerstattung weg. Bei der Spitalfinanzierung werden Preise festgelegt, bei der Pflege Beiträge. Bei der Finanzierung der Übergangspflege nach dem Antrag der Mehrheit kämen wir aber wieder auf das Prinzip der Kostenrückerstattung zurück. Das ist doppelt problematisch, weil nicht klar ist, wie die Übergangspflege abgegrenzt werden soll.

Deshalb unterstützt die CVP/EVP/glp-Fraktion den Antrag der Minderheit, der all diesen Punkten gerecht wird. Die Aufwendungen bleiben dabei dieselben; sie werden nur auf eine andere Art und Weise finanziert, nämlich anteilmässig nach den Regeln der Spitalfinanzierung von der obligatorischen Krankenversicherung und den Kantonen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous soutenons la proposition de la minorité Hassler. Nous aurions préféré la version du Conseil des Etats, mais nous constatons que personne ne la reprend, et par conséquent, dans l'ordre dégressif de nos préférences, c'est la proposition de la minorité que nous choisissons.

La proposition de la majorité de maintenir la décision du Conseil national prévoit la prise en charge totale des coûts des soins aigus et de transition prescrits par un médecin et dispensés sous forme ambulatoire dans un établissement médicosocial. Bien sûr, le Conseil fédéral peut limiter cette prise en charge dans la mesure où il est autorisé à déterminer la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge.

La solution du Conseil des Etats nous paraissait plus claire. Tout était pris en charge dans la mesure où c'était prescrit par un médecin et le Conseil fédéral décidait quelle était la part mise à la charge de l'assurance. Avec la solution du Conseil national, nous craignons une augmentation massive des coûts et des primes. La proposition de la minorité pousse les cantons à avoir des structures meilleur marché, plus efficaces, répondant aux besoins, ce qui par là même limite les charges mises sur le compte de l'assurance-maladie.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral, en l'absence d'une proposition de ralliement à la décision du Conseil des Etats, vous invite à soutenir la proposition de la minorité Hassler.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI), pour la commission: Un point central des divergences concerne le financement des soins de transition prescrits par un médecin.

On l'a entendu, avec l'introduction des forfaits par cas pour le financement des hôpitaux, des malades devront quitter plus tôt l'hôpital. Tout le monde est donc d'accord qu'il faudra disposer de plus de possibilités de traitements post-hospitaliers sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial.

Pour la majorité de la commission, ces personnes ne doivent pas supporter des coûts supplémentaires qu'elles n'auront pas en restant à l'hôpital. C'est donc au Conseil fédéral de décider et de déterminer la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge. Il faut donc une solution au problème du financement des soins; la



minorité propose la prise en charge de ces soins par l'assurance obligatoire des soins et par le canton selon leur part respective, par analogie avec le financement hospitalier.

La commission est très partagée – elle a voté par 12 voix contre 11 – sur la proposition d'introduire ce type de financement.

Je pense, comme cela a déjà été dit, qu'il faut décider aujourd'hui, mais que le Conseil des Etats devra de nouveau se prononcer sur cette proposition.

Le président (Bugnon André, président): Le groupe radical-libéral soutient la proposition de la minorité Hassler.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/27)

Für den Antrag der Minderheit ... 116 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 58 Stimmen

Abs. 4 – Al. 4

Loepfe Arthur (CEg, AI): Die Kommission schlägt vor, den Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung automatisch alle zwei Jahre an die Kostenentwicklung der Pflege anzupassen. Mein Einzelantrag unterstützt die Fassung des Ständerates und will Artikel 25a Absatz 4, wie ihn die

AB 2007 N 1784 / BO 2007 N 1784

Mehrheit der Kommission vorschlägt, streichen. Wir sind gegen eine automatische Preisanpassung bei den Kosten der Pflege. Die Pflegekosten widerspiegeln auch die Mengenausweitung, nämlich Menge mal Preis gleich Pflegekosten. Mit der Anknüpfung der Preisanpassung an die Entwicklung der Pflegekosten wirkt auch die Mengenentwicklung preissteigernd. Dies ist ein falscher Ansatz. Die automatische Preisanpassung muss nicht im Gesetz festgehalten werden. Der Bundesrat soll darüber entscheiden, und ein gewisser Handlungsspielraum muss bleiben.

Die Lösung des Ständerates ist richtig und ausreichend. Ich lese Ihnen diesen Text nochmals vor: "Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden." Es kann nicht sein, dass wir einfach nur die Preise anpassen, sondern es geht darum, dass man sich auch von Zeit zu Zeit überlegt, ob die Leistung nach Art, Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit so richtig ist. Deshalb bitte ich Sie, meinen Antrag zu unterstützen und dem Ständerat zu folgen.

Goll Christine (S, ZH): Ich möchte Sie daran erinnern, dass unser Rat bereits in der ersten Runde eine automatische Anpassung beschlossen hatte. Sie haben das Wort "automatisch" betont. Es war in der ursprünglichen Fassung des Nationalrates vorgesehen, dass der Bundesrat den Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung alle zwei Jahre gemäss heute geltendem Mischindex bei der AHV und der IV erhöht. Diese Bestimmung passierte unseren Rat in der ersten Runde mit einer klaren Mehrheit; der Ständerat hat sie dann wieder gestrichen. Sie wollen dasselbe wie der Ständerat, Sie wollen überhaupt keine Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Wir haben die Diskussion im Rahmen unserer Kommission noch einmal intensiv geführt und waren uns einig, dass eine Anpassung unbedingt notwendig ist. Wir haben nach einer anderen Lösung gesucht und schlagen Ihnen deshalb hier in der neuesten Fassung eine Anpassung nach Kostenentwicklung in der Pflege vor. Letztlich kommt das einer Anpassung im Bereich der grundsätzlichen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gleich, weil sämtliche Untersuchungen zeigen, dass sich die Pflegekosten im Vergleich mit den gesamten Gesundheitskosten in den letzten zehn Jahren nicht überdurchschnittlich entwickelt haben, sondern sich genau im selben Rahmen bewegen; das heisst also, dass von einer Kostenexplosion im Bereich der Pflege keine Rede sein kann.

Ich möchte Sie deshalb bitten, der Fassung der nationalrätlichen Kommission zuzustimmen, und beantrage Ihnen im Namen der SP-Fraktion, den Einzelantrag Loepfe abzulehnen. Ich möchte Sie auch daran erinnern, dass bereits bei der Übergangslösung, die wir in diesem Rat entscheiden mussten, beim Bundesbeschluss für die Pflegefinanzierung, bei dem es auch um die Einfrierung der Pflegebeiträge ging, ebenfalls eine Kostenanpassung gemäss Teuerungsentwicklung im Rahmen des Landesindex der Konsumentenpreise beschlossen wurde. Deshalb bitte ich Sie, hier die Mehrheitsfassung anzunehmen.



Triponez Pierre (RL, BE): Der Einzelantrag Loepfe lag vor dem heutigen Tag natürlich nicht auf dem Tisch. Er hat sicher etwas Verständniserweckendes, er hat etwas für sich. Ich möchte aber darauf aufmerksam machen, dass die Kommission den ursprünglichen Text ja bereits ein bisschen modifiziert hat. Ursprünglich hatte der Nationalrat festgehalten, dass der Bundesrat den Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung alle zwei Jahre auf den Beginn des Kalenderjahres der Lohn- und Preisentwicklung anzupassen habe. Da hätte ich jetzt Verständnis dafür, dass diese Formulierung bei Herrn Loepfe Anstoss erregt. In der Fassung, die wir im zweiten Durchgang erarbeitet haben, steht einfach noch drin, dass der Bundesrat den Beitrag alle zwei Jahre auf den Beginn des Kalenderjahres der Kostenentwicklung der Pflege anpassen solle. Diese Formulierung lässt dem Bundesrat genügend Spielraum, um hier eine vernünftige Anpassung vorzunehmen. Ich empfehle, den Einzelantrag Loepfe deshalb nicht zu unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Loepfe a naturellement raison – pas toujours, mais dans ce cas-là certainement. Je ne dis pas cela parce qu'il veut donner plus de compétences au Conseil fédéral, qui ne réclame pas cette croix supplémentaire. En effet, devoir adapter ces contributions n'est pas la chose la plus facile, mais il est prêt à assumer cette charge. Je crois que si vous suivez la majorité, vous aurez une difficulté supplémentaire, conséquence de la décision prise il y a quelques instants. En soutenant la proposition de la minorité Hassler, vous avez décidé que les cantons devaient participer au financement de ces soins pour 55 pour cent. Maintenant, vous décidez de l'adaptation de la part de l'assurance-maladie uniquement. Qu'est-ce que vous faites, si vous suivez la majorité, de l'adaptation de la part des cantons?

De toute façon, la solution de la majorité ne me paraît pas en accord avec la décision qui a été prise par la majorité des membres du conseil tout à l'heure, qui ont soutenu la proposition de la minorité Hassler. Comme on l'a dit, adapter de manière rigide les contributions de l'assurance obligatoire à l'évolution des coûts des soins, c'est quelque chose qui s'apparente à une vis sans fin. Dès l'instant où vous êtes favorables au principe d'une adaptation, vous allez provoquer des hausses parce que les gens vont adapter les salaires, les tarifs, et dès ce moment les coûts des soins augmenteront et il faudra déjà procéder à une réadaptation. Toutes les adaptations qui sont "auto-allumées", comme c'est le cas avec ce que vous êtes en train de faire, sont négatives et incitent à la hausse permanente. La seule raison qu'on pouvait avoir de voter la solution du Conseil national était de créer une divergence.

Mais, dans cette loi, je trouve qu'il commence à y avoir beaucoup d'articles où l'argumentation de votre conseil est de dire: "Votez la proposition de la majorité, ainsi on crée une divergence et, à la fin, on va trouver une solution qui est meilleure." On ne peut pas aller jusqu'au bout des travaux sur ce projet de loi avec cette attitude. Il faut quand même trancher le plus possible d'éléments de telle sorte qu'on puisse avancer, sauf à vouloir prolonger les délibérations sur ce nouveau régime de financement des soins assez longtemps. Ce qui au fond ne me dérangerait pas plus que cela parce que chacun sait qu'à la fin, il y aura des coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie. Dans mon combat permanent pour essayer de maintenir une pression sur les primes d'assurance-maladie, si vous prenez un peu plus de temps pour traiter le projet relatif au nouveau régime de financement des soins, je ne vous en ferai pas grief éternellement. Mais je crois quand même qu'il faut que les travaux aboutissent un jour et que la loi soit adoptée.

C'est la raison pour laquelle, en fonction de principes et sans tenir compte des arguments d'opportunité, tout en tenant compte de la logique, le Conseil fédéral pense que la proposition Loepfe est la plus logique et qu'il faut se rallier à la solution du Conseil des Etats, non pas pour que le Conseil fédéral soit chargé d'une tâche supplémentaire, mais parce que c'est la solution qui est la plus en accord avec ce que vous avez décidé et, notamment, il y a quelques instants, en votant la proposition de la minorité Hassler.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Es ist zuzugeben, dass Teuerungsklauseln im KVG artfremd sind und dass in den übrigen Leistungsbereichen längst darauf verzichtet wird. Wir müssen aber berücksichtigen, dass wir in der Pflege keine Leistungsfinanzierung und keine kostendeckenden Preise haben, sondern vom Bundesrat politisch festgesetzte Beiträge. Deshalb haben wir das letzte Mal auch ohne Opposition beschlossen, eine Teuerungsklausel einzuführen und die Anpassung der Beiträge an den Mischindex zu knüpfen.

AB 2007 N 1785 / BO 2007 N 1785

In der Diskussion in der nationalrätlichen Kommission haben wir festgestellt, dass der Mischindex nicht die richtige Grösse ist; deshalb möchten wir die Anpassung an die Entwicklung der Kosten im Pflegebereich knüpfen. Es ist so, dass durch eine solche Anpassung eine gewisse Mengenentwicklung mit eingeschlossen würde. Wir müssen uns aber bewusst sein, dass der grösste Kostenblock in der Pflege die Lohnkosten sind. In der Regel werden Löhne regelmässig angepasst, sie sollten deshalb auch von den verschiedenen Kostenträgern,



d. h. von den Kantonen, den Krankenversicherungen und den Privaten, anteilmässig übernommen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Bundesrat die Beiträge regelmässig anpassen wird, weil sonst die ganze Kostenentwicklung zulasten der Kantone ginge. Die Kommission hat sich aber noch einmal damit auseinandergesetzt und will im Sinne der Rechtssicherheit eine Teuerungsklausel im Gesetz verankern. Sie hat diesen Entscheid mit 13 zu 8 Stimmen gefällt.

Ich empfehle Ihnen, der Kommission zu folgen.

Le président (Bugnon André, président): Le Conseil fédéral soutient la proposition Loeffle.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/29)

Für den Antrag der Kommission ... 151 Stimmen

Für den Antrag Loeffle ... 21 Stimmen

Abs. 5 – Al. 5

Schenker Silvia (S, BS): In diesem Absatz haben wir festgelegt, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Pflegekosten in Zukunft höchstens 20 Prozent eines vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrages betragen soll. Dieser Teil des Absatzes ist sowohl im Nationalrat wie auch im Ständerat unbestritten.

Unklar ist jedoch für die Betroffenen, wie hoch dieser Betrag in Zukunft sein wird. Es wurde zwar immer wieder von einem Betrag von etwa 7000 Franken gesprochen oder geschrieben; aber festgeschrieben ist das nirgends. Wir meinen, dass im Sinne der Transparenz die Patientinnen und Patienten wirklich wissen müssen, was auf sie zukommt, dass also die obere Grenze des Kostenbeitrags festgeschrieben werden sollte. Da es nicht sinnvoll ist, einen absoluten Betrag ins Gesetz zu schreiben, schlagen wir die Formulierung vor, die Sie im Minderheitsantrag finden: "das Anderthalbfache der ordentlichen Franchise". Im Moment wären das 5400 Franken; dies soll die obere Grenze des Kostenbeitrags der Patientinnen und Patienten sein. Mit unserem Antrag wissen die Betroffenen in Zukunft ganz konkret, wie viel sie an die Kosten der Pflege bezahlen müssen. Ein zweites Element des Minderheitsantrages betrifft die Regelung der Restfinanzierung. Der Ständerat schlägt vor, die Formulierung "Die Kantone regeln die Restfinanzierung" zu verwenden. Wir hingegen beantragen Ihnen eine offene und klare Formulierung: Die Kantone müssen den Teil der Kosten übernehmen, der nicht von der Krankenkasse oder den Patientinnen und Patienten bezahlt wird. Mit unserer Formulierung ist dies klar festgeschrieben. Letztlich wird es auch mit der Formulierung des Ständerates darauf hinauslaufen, dass die Kantone dies finanzieren müssen. Warum schreiben wir das dann nicht gleich klar so ins Gesetz?

Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

Ruey Claude (RL, VD): Je vous invite, au nom du groupe radical-libéral, à rejeter la proposition de la minorité Schenker Silvia.

Pourquoi? Dans cette loi, toute la problématique est de savoir comment assurer le financement des soins à domicile et dans un établissement médicosocial, en évitant d'une part, une trop forte pression sur les assurances et donc sur la hausse des primes et, d'autre part, de surcharger les personnes physiques, les patients, et notamment les classes moyennes quant à leur participation aux coûts de la santé. Nous avons constamment recherché l'équilibre entre ces deux pôles.

La solution que nous avons trouvée lors du premier débat est une limite de la participation des patients à 20 pour cent des coûts. Cela nous paraît être une limite suffisante, sans ajouter un plafond comme le veut la proposition Schenker Silvia. Il en va aussi de la responsabilité personnelle et du fait que l'on doit assumer les coûts en question. La limite de la participation à 20 pour cent nous paraît donc satisfaisante. C'est le premier point de la proposition de la minorité Schenker Silvia que nous ne pouvons pas approuver.

Le deuxième point concerne le financement résiduel. A partir du moment où l'on admet que, par protection des personnes, celles-ci ne paient que 20 pour cent des frais au maximum, on demande aux cantons de régler le financement résiduel. La minorité Schenker Silvia voudrait, elle, imposer aux cantons la part qu'ils doivent financer. Par respect du fédéralisme, le Conseil des Etats accepte très justement que les cantons règlent la question comme ils le veulent. Peu importe que tel canton veuille faire participer les communes ou non, peu importe que tel canton veuille payer seul cette participation. Ce qui est important, c'est que les citoyens, les patients soient protégés et que, par ailleurs, les cantons choisissent tout à fait librement la solution qui est la leur. C'est conforme au fédéralisme suisse. Cela n'entraîne aucun problème financier, aucun problème économique par rapport à la pression sur les coûts et à l'économicité des traitements. Dès lors, laissons la liberté aux cantons.



Goll Christine (S, ZH): Im Gegensatz zu meinem Vorredner empfehle ich Ihnen natürlich wärmstens, den Antrag der Minderheit Schenker Silvia anzunehmen. Wir diskutieren hier das eigentliche Kernstück dieser Vorlage über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, geht es doch um die grundsätzliche Frage, wie hoch die Belastung für pflegebedürftige Patienten und Patientinnen künftig sein soll.

Seit bald zwölf Jahren ist das Krankenversicherungsgesetz in Kraft. Seit bald zwölf Jahren schreibt Artikel 24 dieses Gesetzes vor, dass die Kosten der Pflege, egal ob im Spital, in einem Pflegeheim oder zu Hause mit Spitex, von der Krankenversicherung übernommen werden müssen. Seit bald zwölf Jahren regelt Artikel 44 KVG auch den Tarifschutz und verbietet somit, ungedeckte Kosten auf Patientinnen und Patienten abzuwälzen. Nur: Die grosse Crux ist, dass dieses Gesetz heute nicht eingehalten wird. Mit dieser Vorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung macht der Gesetzgeber einen grossen Schritt, nämlich von einer bisherigen Belastung von theoretisch null Franken auf rund 7100 Franken pro Jahr. So war es zumindest in einem Bericht der Verwaltung in Bezug auf das 20-Prozent-Modell festgeschrieben, das heute nicht mehr infrage gestellt wird; da besteht keine Differenz mehr. Nur ist dazu auch zu sagen, dass die Zahl von gut 7000 Franken im Gesetz nicht festgehalten ist, auch wenn sie in der Medienberichterstattung über diese gesetzliche Neuregelung immer wieder erwähnt wurde.

Das heisst, dass wir heute nicht wissen, wie das im Endeffekt einmal in der Praxis aussehen wird. Dem möchten wir mit dem Modell der Minderheit, wie es Frau Schenker vorgestellt hat, entgegenwirken. Wir stellen das 20-Prozent-Modell nicht infrage, aber wir sagen, dass die Belastung maximal 5400 Franken pro Jahr betragen darf. Das ist genau der Betrag, der sich ergibt, wenn man als Maximum das Anderthalbfache der heutigen ordentlichen Franchise von 300 Franken pro Monat nimmt.

Viele Angehörige leisten heute in grossem Ausmass Pflegearbeit, Betreuungsarbeit. Diese Menschen brauchen auch Entlastung, um diese Arbeit leisten zu können. Sie brauchen die Entlastung in Form einer professionellen Pflege, sei es in einem Heim oder zu Hause. Wesentlich dabei ist aber, dass diese Pflegeleistungen für Patienten und Patientinnen und für ihre Angehörigen finanziell auch tragbar sind. Wir behandeln hier das Kernstück dieser Vorlage, und ich erinnere daran, dass ursprünglich die Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung an Sie alle gelangt ist. Die IG Pflegefinanzierung ist ein ungewöhnlicher, einmaliger Zusammenschluss

AB 2007 N 1786 / BO 2007 N 1786

von verschiedenen Patienten- und Patientinnenorganisationen, von Rentner- und Rentnerinnen- sowie Behindertenorganisationen wie auch von Dachverbänden der Leistungserbringer, beispielsweise der Spitäler, der Heime und der Spitex; ein Zusammenschluss mit dem Ziel, die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Patienten und Patientinnen klar zu begrenzen.

Es braucht eine sozialverträgliche Lösung. Wir dürfen die Menschen, die von Pflege abhängig werden, nicht im Ungewissen lassen, wie hoch die maximale Belastung in Franken und Rappen im Endeffekt sein wird. Deshalb bitte ich Sie auch, das Modell der Minderheit Schenker Silvia zu unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous soutenons dans le cas précis la proposition de la majorité. Nous vous invitons à ne pas adopter la proposition de la minorité Schenker Silvia.

La plupart des arguments ont été donnés. Il y a un argument supplémentaire, c'est que lorsqu'on lit le texte proposé par la minorité Schenker Silvia, on se demande exactement ce qu'elle veut dire quand elle prévoit "150 pour cent du montant de la franchise ordinaire". Cela ferait donc 450 francs, vu que la franchise ordinaire est de 300 francs. Je suppose que la minorité ne veut pas limiter à 450 francs par an la participation du citoyen qui serait appelé à participer à ces frais. Il y a donc quelque chose qui n'est pas clair: est-ce que ce sont 450 francs par mois? par jour – ce qui serait beaucoup alors? ou par année? Tel que le texte est proposé, on a le sentiment que ça ne peut pas dépasser 450 francs par an!

Lorsqu'il est précisé "20 pour cent au maximum de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral", c'est une participation en pourcentage, qui, donc, s'adapte aux différents chiffres. Mais lorsqu'on ajoute un chiffre absolu – ce qui est fait dans la proposition de la minorité: 150 pour cent du montant de la franchise annuelle –, il faut au moins spécifier à quoi il se rapporte.

Pour ces raisons de fond et de forme, le Conseil fédéral vous demande de soutenir la proposition de la majorité et d'éviter de créer, sur une base aussi imprécise, une divergence supplémentaire avec le Conseil des Etats.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir haben diese Diskussion schon einmal geführt, nämlich bei der ersten Beratung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Damals ging es nicht um den anderthalbfachen Betrag der ordentlichen Jahresfranchise für die Besserung der Patientenbelastung, sondern um den einfachen Betrag der ordentlichen Jahresfranchise. Wir haben damals den entsprechenden



Minderheitsantrag mit 95 zu 61 Stimmen abgelehnt.

Im Namen der Kommissionsmehrheit möchte ich Sie auch dieses Mal bitten, diesen Minderheitsantrag abzulehnen. Es geht ja hier nicht um die Frage, ob der Tarifschutz eingehalten werden soll oder nicht. Es ist so, dass dies bisher nicht geschehen ist, dass häufig die Pflegekosten irgendwie noch mit der Tagestaxe verrechnet worden sind und so der Patient nicht geschützt war und, vor allem in schweren Pflegesituationen, sehr stark privat zur Kasse gebeten worden ist. Wir limitieren nun die Beteiligung des Patienten und verpflichten die Kantone mitzufinanzieren. Damit setzen wir den Tarifschutz durch. Es ist nicht so, dass dieser Beitrag nicht berechnet werden könnte. Wenn jetzt von rund 7200 Franken die Rede ist, dann geht dieser Betrag vom jetzigen maximalen Pflegebetrag aus, der im Rahmentarif auf 84 Franken festgesetzt ist. Also, die Patienten können sich an diesem Betrag orientieren.

Aber es ist so, dass mit dieser Lösung auch die Belastung der Patienten und Patientinnen steigt, wenn der maximale Beitrag der Krankenversicherer angehoben wird. Es ist die Frage, ob das richtig ist. Ich meine mit der Kommissionsmehrheit, dass es sachgerecht ist, wenn der Beitrag der Patientinnen und Patienten an den Beitrag der Versicherer geknüpft wird. Wir haben vorher die Teuerungsklausel ins Gesetz aufgenommen. Es ist nach der Kommissionsmehrheit richtig, dass eben an den steigenden Kosten alle drei Kostenträger – Krankenversicherer, Kantone wie auch die Privaten – partizipieren. Es ist für die Privaten wie auch für die übrigen Finanzierer berechenbar.

Die Kommission hat diese Fassung, die jetzt Mehrheitsfassung ist, mit 13 zu 8 Stimmen beschlossen, und ich bitte Sie, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Le président (Bugnon André, président): Le Conseil fédéral soutient la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/28)

Für den Antrag der Mehrheit ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 56 Stimmen

Ziff. Ia

Antrag der Kommission

Festhalten (= Streichen)

Ch. Ia

Proposition de la commission

Maintenir (= Biffer)

Angenommen – Adopté

Ziff. Ib Art. 10 Abs. 2 Bst. a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. Ib art. 10 al. 2 let. a

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté