



11.030

## **6. IV-Revision.**

### **Zweites Massnahmenpaket**

#### **6e révision de l'AI.**

#### **Deuxième volet**

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

#### CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.12.11 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 30.05.12 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 01.06.12 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.12 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 15.06.12 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.12.12 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.12.12 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.12.12 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 12.03.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 11.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)

*Antrag der Mehrheit*  
Eintreten

*Antrag der Minderheit*  
(Cassis, de Courten, Hess Lorenz, Lohr, Moret, Schneeberger, van Singer, Weibel)  
Nichteintreten

*Antrag Gilli*  
Rückweisung der Vorlage an den Bundesrat  
mit dem Auftrag:  
1. in einer Übergangsregelung für zwei Jahre an der bisherigen dual-fixen Finanzierung zwischen Kantonen und IV festzuhalten;  
2. die definitive Finanzierung nach einer Vernehmlassung bei den wesentlich betroffenen Kreisen in Form einer regulären Gesetzesvorlage vorzulegen.

*Proposition de la majorité*  
Entrer en matière

*Proposition de la minorité*  
(Cassis, de Courten, Hess Lorenz, Lohr, Moret, Schneeberger, van Singer, Weibel)  
Ne pas entrer en matière

*Proposition Gilli*  
Renvoyer le projet au Conseil fédéral  
avec mandat:  
1. de maintenir pour une durée de deux ans, au moyen d'une réglementation transitoire, le système de financement dual fixe entre les cantons et l'AI;





2. de présenter le système de financement définitif dans un projet de loi ordinaire, après avoir consulté les principaux milieux concernés.

**Parmelin Guy** (V, VD), pour la commission: Le projet 2 concerne uniquement un article, le nouvel article 14bis décidé par le Conseil des Etats sur proposition de l'administration. De quoi s'agit-il?

L'assurance-invalidité prend en charge les traitements stationnaires des assurés jusqu'à l'âge de 20 ans. Il s'agit, entre autres, des traitements en relation avec les infirmités congénitales ou encore des traitements directement nécessaires à la réadaptation des assurés et qui permettent d'améliorer leur capacité de gain.

Suite à un accord informel datant de 1987 entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire, il a été convenu d'une répartition de ces frais pour 80 pour cent à charge de l'AI et pour 20 pour cent à charge du canton de résidence de l'assuré. En mai 2008, la CDS a dénoncé cet accord, les cantons ne voulant plus couvrir aucun des coûts liés aux traitements stationnaires des patients bénéficiaires de ces assurances.

Une nouvelle réglementation transitoire a toutefois été trouvée, faisant passer la charge de l'AI à 90 pour cent en 2012 et à 100 pour cent en 2013. Il s'agit pour l'AI d'une augmentation de charges de 40 millions de francs par année dès 2013, à laquelle s'ajoutent 20 millions de francs représentant les coûts d'investissement qu'elle doit assumer dans le cadre du nouveau financement hospitalier. Ne figurant pas dans le budget de l'AI, ces 60 millions de francs devront faire l'objet de mesures d'économie supplémentaires si le Conseil fédéral veut respecter l'objectif de désendettement qu'il s'est fixé pour l'horizon 2025. En effet, cumulés sur la durée, cela représente près de 1 milliard de francs.

Pour compléter ce tableau, il est important de rappeler que les Chambres fédérales ont accepté une motion Müller Walter demandant une répartition du financement de ces frais non pas de 80 pour cent pour l'AI et de 20 pour cent pour les cantons, mais de 45 pour cent pour l'AI et de 55 pour cent pour les cantons. Cela représente un transfert de charges de 100 millions de francs par année.

C'est pour éviter un tel scénario que nous discutons de ce projet de base légale pour l'AI qui reprend, en quelque sorte, la situation initiale telle que prévue dans la convention dénoncée. Cette répartition de 80 pour cent pour l'AI et de 20 pour cent pour les cantons serait ainsi ancrée formellement dans la loi et mettrait fin à une insécurité malsaine pour toutes les parties.

La discussion sur l'entrée en matière ayant eu lieu globalement sur le projet 1, qui ne fait pas l'objet de nos débats aujourd'hui, et sur le projet 2, que nous traitons maintenant, je me concentrerai sur ce seul point.

La majorité de la commission a décidé de traiter en priorité le projet 2. Elle a fait sienne l'argumentation du Conseil fédéral quant à l'urgence de clarifier une situation malsaine en termes financiers. Elle relève que le nouvel article 14bis ne fait que reprendre la répartition prévue dans la convention dénoncée et qui n'a pas été contestée – j'insiste – pendant 21 ans. En ce sens, l'argument de la minorité qui voit un report de charges sur les cantons est fallacieux; il s'agit d'un simple retour au statu quo ante, ni plus ni moins, avec cette fois une base légale claire. Au contraire, une mise en oeuvre stricto sensu de la motion Müller Walter aurait des conséquences autrement plus dommageables pour les cantons. Quant à entériner simplement le nouvel état de fait provoqué par la dénonciation de la convention, cela revient à remettre en question le rythme d'assainissement prévu et obligera à coup sûr à de nouvelles mesures de rigueur si l'on veut atteindre l'objectif prévu.

Un autre argument de la minorité est que le projet 2 serait contraire à la RPT. La majorité ne le voit pas ainsi; jamais le financement des hôpitaux n'a été thématiquement abordé lors des débats en relation avec la RPT. De même, les éventuels préjudices que les cantons pourraient subir du fait de l'introduction des Swiss DRG ne concernent pas le financement de l'AI et ce n'est en tout cas pas à elle d'en subir les conséquences connexes. Il ne faut pas perdre de vue que l'augmentation de la TVA court jusqu'à fin 2017 et qu'il est essentiel, non seulement pour l'AI mais aussi pour l'AVS, que de nouvelles charges ne viennent pas remettre en question l'assainissement de l'AI tel qu'il a été adopté et mis en oeuvre jusqu'ici.

La commission, par 15 voix contre 8 et 1 abstention, vous prie donc d'entrer en matière et d'adopter le nouvel article 14bis, avec la modification rédactionnelle proposée qui a été acceptée par 22 voix contre 0 et 1 abstention.

AB 2012 N 708 / BO 2012 N 708

**Humbel Ruth** (CE, AG), für die Kommission: In der Wintersession 2011 hat der Ständerat Artikel 14bis IVG mit 37 zu 2 Stimmen als Vorlage 2 in das zweite Massnahmenpaket, die IV-Revision 6b, aufgenommen. Die SGK unseres Rates hat an ihrer Märzsession einstimmig beschlossen, die Vorlage 2 des zweiten Massnahmenpa-





kets vorzuziehen und sie Ihnen als separate Vorlage zur Beschlussfassung zu unterbreiten. Der Grund dafür liegt darin, dass derzeit eine gesetzliche Grundlage für die Kostenvergütung bei stationären Spitalaufenthalten von IV-Patienten fehlt.

Zur Ausgangssituation: Gestützt auf einen Beschluss der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, heute Gesundheitsdirektorenkonferenz, aus dem Jahr 1987 bezahlten die Kantone für Patienten der Unfallversicherung, der Militärversicherung und der IV bis zum letzten Jahr 20 Prozent der anrechenbaren Kosten. 80 Prozent gingen zulasten der Versicherungen, also auch zulasten der IV. Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 hat die GDK im Mai 2008 die Übereinkunft aufgelöst, weil die Kantone keinen Beitrag mehr an die stationäre Behandlung von IV-Patienten leisten wollten. Da der Kostenanteil der Sozialversicherer IV, Militärversicherung und Unfallversicherung im Gegensatz zu jenem der Krankenversicherer nicht im Gesetz festgehalten ist, kann nicht einseitig auf einer Kostenaufteilung beharrt werden. Bis Ende 2011 gingen 20 Prozent der in Spitälern anfallenden Kosten von IV-Patienten zulasten der Kantone, im laufenden Jahr übernehmen die Kantone 10 Prozent, im nächsten Jahr wollen sie nichts mehr bezahlen, was für die IV, gemessen an der Situation, wie sie bis 2011 bestand, eine zusätzliche Belastung von 60 Millionen Franken zur Folge hätte.

Die Mehrheit der SGK ist klar der Meinung, dass wir die IV im Hinblick auf das Sanierungsziel der 6. IV-Revision nicht mit einer zusätzlichen Ausgabe zugunsten der Kantone belasten dürfen. Es braucht daher rasch eine gesetzliche Grundlage für die IV, die den Kostenschlüssel der GDK-Übereinkunft von 1987 aufnimmt, d. h., dass 80 Prozent der Kosten durch die Versicherung und 20 Prozent durch den Wohnkanton gedeckt werden. Noch einmal: Das ist nichts Neues, sondern die Weiterführung des Status quo ante bei der Aufteilung der Spitalkostenfinanzierung.

Gemäss den Regeln der neuen Spitalfinanzierung gilt dieser Kostenschlüssel für alle IV-Patienten in Listenspitälern, und der Kantonsanteil wird durch den Wohnsitzkanton geleistet. Der Kantonsanteil wird also analog zum KVG vom Wohnsitzkanton des Patienten oder der Patientin und nicht vom Standortkanton des Spitals übernommen. Unter Berücksichtigung der Investitionskosten ist die neue Regelung gegenüber der heutigen sowohl für die Kantone als auch für die IV in etwa kostenneutral. Zudem haben wir damit vom Prinzip her eine Regelung, wie sie bei der Krankenversicherung gilt, wonach 55 Prozent der Kosten zulasten der Kantone und 45 Prozent zulasten der Krankenversicherer gehen.

Weil die Behandlung des zweiten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision inklusive Differenzbereinigung sowie das bereits angekündigte Referendum noch längere Zeit in Anspruch nehmen dürften, beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit, die Vorlage 2 separat beschleunigt zu behandeln. Die Differenz zum Ständerat ist nicht inhaltlicher Art, sondern betrifft eine Präzisierung: Der Kantonsanteil muss ausschliesslich in Listenspitalern vergütet werden. Auch dies entspricht der Regelung gemäss KVG.

Mit 17 zu 5 Stimmen hat die Kommission der Vorlage zugestimmt. Ich bitte Sie, dem Antrag der klaren Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Cassis Ignazio (RL, TI):** Nous traitons aujourd'hui une petite partie – mais une partie assez importante – du tout dernier paquet de la révision de l'assurance-invalidité. C'est une partie que nous avons décidé – même dans la minorité, je soutiens cette décision – de traiter en urgence, car elle aura des conséquences financières pour le budget des cantons et de la Confédération.

La minorité de la commission vous propose de ne pas entrer en matière, donc de rejeter ce financement dual fixe de 80 pour cent à la charge de l'AI et 20 pour cent à la charge des cantons.

Pourquoi cette proposition? Tout d'abord, parce que ce n'est pas un hasard: l'habitude qui existait jusqu'en 2008 de partager les frais hospitaliers entre l'AI et les cantons, à raison de 80 et 20 pour cent, a été dénoncée par les cantons en mai 2008, comme l'a justement souligné le rapporteur de la commission.

Pourquoi les cantons ont-ils dénoncé cet accord? Tout simplement parce qu'en 2008 est entrée en vigueur la nouvelle péréquation financière, qui a été une grande réforme des flux financiers entre Confédération et cantons. Cette nouvelle péréquation prévoyait tout simplement que les prestations collectives de l'AI étaient à la charge des cantons et que les prestations individuelles étaient à la charge de l'AI: les frais d'hospitalisation étant une prestation individuelle, ils devaient être à la charge de l'AI. Il était donc tout à fait logique que les cantons dénoncent cet accord, qui avait évidemment sa raison d'être, mais qui avec la nouvelle péréquation financière ne l'a plus.

Voilà donc la raison pour laquelle les cantons ont dénoncé cet accord. Le Conseil des Etats reprend cette ancienne idée et l'inscrit dans la loi. Pourquoi le fait-il? Il explique qu'il est nécessaire de soulager l'AI en transférant des coûts à la charge des cantons, comme c'était le cas jusqu'à présent. Je crois qu'il est faux, du point de vue de la politique financière, de procéder de cette manière: il n'y a pas besoin de modifier encore



une fois la nouvelle péréquation financière alors que nous venons de l'adopter.

Le deuxième argument contraire est lié au fait que notre Parlement est en train d'aller dans la direction du financement moniste des hôpitaux dans le cadre de la LAMal. Pour l'AI, nous avons maintenant un financement moniste – par un seul organe, l'assurance-invalidité seule. Or nous sommes en train de faire machine arrière dans le cas de l'AI, alors même que nous avons exprimé maintes fois l'idée de prévoir un financement moniste dans la LAMal. Je crois qu'il faut un peu de cohérence dans notre manière de faire de la politique.

Le troisième élément est le suivant: les cantons ne sont pas du tout d'accord, et cela était peut-être un malentendu au Conseil des Etats. Les cantons nous ont adressé une lettre dans laquelle ils ont écrit qu'ils n'étaient pas d'accord de prendre en charge des frais supplémentaires. Il est vrai que ce n'est pas beaucoup, c'est de l'ordre de 40 millions de francs par année, mais ce ne sont pas non plus des "peanuts". Donc ce sont des frais au sujet desquels les cantons – justement – disent: "Nous ne voulons pas les prendre en charge à partir de 2013." De plus, les cantons n'ont aucune marge de manoeuvre dans le pilotage de l'assurance-invalidité, et on les obligerait à payer quelque chose pour lequel ils n'auraient rien à dire, ce qui contrevient aux principes "qui paye commande" et "qui commande paye".

Je dis quelques mots au sujet de la motion Müller Walter 07.3430, "Frais et tarifs hospitaliers trop élevés pour les patients pris en charge par l'assurance-invalidité". Elle a souvent été évoquée, et même par le rapporteur de langue française. Je pense que ce dernier n'en a pas parlé tout à fait correctement. Cette motion, déposée le 21 juin 2007, visait le but suivant: il est incorrect que, pour la même prestation à l'hôpital, il y ait un tarif AI qui rembourse mieux et un tarif LAMal qui rembourse moins bien la même prestation. Evidemment, si je fais mesurer le taux de cholestérol, l'analyse a lieu dans le même laboratoire, et je ne vois pas pourquoi, selon l'assurance qui rembourse, je devrais la payer une fois 30 francs et une autre fois 40 francs.

Donc le sens de la motion Müller Walter était tout à fait correct. La motion a été adoptée par les deux chambres; mais elle est utilisée aujourd'hui pour dire qu'on doit réintroduire un financement dual fixe parce que c'est le modèle figurant dans la LAMal. Cette argumentation est fallacieuse et n'a rien à faire avec la motion Müller Walter.

Voilà les arguments pour lesquels je vous invite à soutenir ma proposition de minorité de ne pas entrer en matière. Concrètement cela signifie que le financement des

AB 2012 N 709 / BO 2012 N 709

hospitalisations individuelles reste entièrement à la charge de l'assurance-invalidité.

**Gilli Yvonne (G, SG):** Dass wir separat über diese Vorlage 2 des zweiten Massnahmenpaketes der 6. IV-Revision diskutieren, hat weniger damit zu tun, dass der Finanzierungsschlüssel zwischen der IV und den Kantonen Teil eines IV-Massnahmenpaketes ist. Es hat vielmehr damit zu tun, dass mit der Einführung der DRG eben die bisherige dual-fixe Finanzierung, also IV 80 Prozent der Kosten und Kantone 20 Prozent der Kosten, eine neue gesetzliche Grundlage braucht.

Der Ständerat als Erstrat hat, wie auch wir in der Mehrheit, der bundesrätlichen Vorlage zugestimmt. Der Ständerat tat dies jedoch noch in der Annahme, dass die Gesundheitsdirektoren mit dieser dual-fixen Lösung, bei der die Kantone 20 Prozent und die IV 80 Prozent der Kosten übernehmen, einverstanden seien; das wäre die Fortsetzung des bisherigen Kostenverteilers. Ungewöhnlich war – verständlich zwar wegen des Zeitdrucks, aber trotzdem unüblich und ungewöhnlich –, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz nicht in eine Vernehmlassung involviert gewesen war, obwohl die Gesundheitsdirektoren, wie Herr Cassis bereits gesagt hat, durch die neuen Kostenflüsse sehr direkt und in gewissen Kantonen auch wesentlich betroffen sind.

Die andere Seite, die Seite der Behindertenorganisationen und der IV, ist sehr besorgt über den Nichteintretensantrag der Minderheit Cassis, weil dessen Annahme bedeuten würde, dass der IV noch einmal zusätzliche Kosten überbürdet würden, und zwar etwa 60 Millionen Franken pro Jahr. Angesichts der doch immer noch hohen Schuldenlast, der nur übergangsweise beschlossenen zusätzlichen Finanzierung über die Mehrwertsteuer, der unsicheren zukünftigen finanziellen Belastung der IV, des Drucks auch, dem sie bereits jetzt ausgesetzt ist, ist es schwierig, der IV noch zusätzlich 60 Millionen Franken pro Jahr zuzuschieben. Es handelt sich bei diesen IV-Kosten, die bei Hospitalisierungen übernommen werden müssen, um Kosten, die durch Geburtsgebrechen bedingt sind.

Wir können heute davon ausgehen, dass die Informationen, aufgrund welcher der Ständerat entschieden hat, nicht korrekt waren; der Ständerat hatte angenommen, die GDK sei damit einverstanden. Es ist eine Frage der strategischen Einschätzung, ob wir, wenn wir jetzt der Mehrheit zustimmen, den bisherigen Kostenschlüssel beibehalten können.

Ich beantrage Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und im Sinne eines Kompromisses meinem Rückweisungs-





antrag zu folgen. Das würde bedeuten, dass die bisherige Finanzierung – 80 Prozent würden von der IV und 20 Prozent vom Kanton übernommen – für eine Übergangszeit beibehalten würde. In dieser Zeit würde der Bundesrat eine Vernehmlassung bei den wesentlich betroffenen Parteien durchführen. Damit würden die Kantone eben in die Entscheidung mit einbezogen, sind sie doch heute besser in der Lage, integral beurteilen zu können, welche allfälligen Mehrkosten ihnen als Folge der DRG und der neuen Pflegefinanzierung in Zukunft erwachsen werden. Die Behindertenverbände wären bei Annahme des Rückweisungsantrages mindestens nicht damit konfrontiert, dass die IV bereits zu diesem Zeitpunkt der Beratung aufgrund eines Nichteintretensentscheides 100 Prozent dieser Hospitalisierungskosten tragen müsste.

In diesem Sinne sehe ich meinen Rückweisungsantrag als Kompromiss. Ich bitte Sie, ihm zuzustimmen. Die grüne Fraktion ist hinsichtlich Eintreten gespalten, wird aber meinem Rückweisungsantrag zustimmen.

**Ingold Maja** (CE, ZH): Die Vorlage 2 ist eine separate Vorlage zur Spitalfinanzierung. Mit unserer Zustimmung bestätigen wir den Beschluss des Ständerates zur Änderung von Artikel 14bis, der die Kostenvergütung für stationäre Massnahmen festlegt. Der Kostenschlüssel soll weiterhin wie folgt sein: Kantone 20 Prozent, IV 80 Prozent. Das bedeutet, dass die Kantone im selben Umfang wie bei der bisherigen Aufteilung beitragen müssen. Sie haben in den letzten Jahren immer ungefähr 20 Prozent bezahlt. Dass es nicht einheitlich war, störte schon Walter Müller, der 2007 mit der Motion 07.3430 unter anderem diesbezüglich eine Änderung forderte. Nun soll der Kostenteiler mit diesem Beschluss klar und präzise festgelegt werden.

Gegen die Kostenpflicht der Kantone gibt es praktisch-finanzielle und grundsätzliche Argumente. Die praktischen Argumente liegen auf der Hand: Die Kantone könnten 60 Millionen Franken sparen und möchten das natürlich tun. Zu den grundsätzlichen Argumenten, die die Systematik betreffen, nur ein paar Stichworte: Die Aufteilung entspreche nicht den Grundsätzen des NFA und sei systemwidrig. Für die CVP/EVP-Fraktion ist das kein stichhaltiges Argument, um ein System umzukehren, das bis jetzt auch beim NFA funktioniert hat; es ist auch nicht die einzige Systeminkongruenz beim NFA.

Ein weiterer Einwand lautet, man habe viel Sympathie für eine monistische Finanzierung im KVG und vor diesem Hintergrund sei ein System mit einer dual-fixen Spitalfinanzierung wie in dieser Vorlage – 80 bzw. 20 Prozent – im IVG ein Rückschritt. Das ist so, zugegeben. Auch dass die Kostenpflicht der Kantone zwar buchhalterisch zur Sanierung der IV beiträgt, aber gesamtwirtschaftlich betrachtet einfach eine Kostenverschiebung zulasten der Steuergelder der Kantone ist, trifft zu und muss beachtet werden. Aber es braucht eine vernünftige Güterabwägung, und unser vorrangiges Ziel in dieser Revision ist jetzt halt doch die Sanierung.

Eine jede dieser 60 Millionen müsse wieder an einem anderen Ort, z. B. bei den Kinder- oder anderen Renten, geholt bzw. eingespart werden. Hier setzt die CVP/EVP-Fraktion die Priorität anders und nimmt in Kauf, dass der Beschluss für die Kantone keine Entlastung bringt – er bringt aber immerhin auch keine Mehrbelastung. Wir haben in dieser IVG-Revision verschiedene Wirkungsmechanismen, die dann für andere Kostenträger, Kantone und Gemeinden, direkt zu einer finanziellen Mehrbelastung führen. Wo z. B. all jene 17 000 ehemaligen Rentner landen, die dann doch nicht wie geplant einen Job im ersten Arbeitsmarkt finden und wirtschaftlich selbstständig werden, ist nicht schwer zu erraten: eben im letzten Netz, in der Sozialhilfe der Gemeinden. Solche Umverteilungen müssen wir vermeiden; aber hier ist die 20-Prozent-Kostenbeteiligung zu verantworten, weil sie im gleichen Verhältnis anfällt wie bisher. Das ist angesagt.

Die CVP/EVP-Fraktion unterstützt den Beschluss des Ständerates und will eintreten.

**Weibel Thomas** (GL, ZH): Wir beraten mit der Vorlage 2 heute einen kleinen Teil der IV-Revision 6b. Gemäss Beschluss des Ständerates soll ein neuer Artikel 14bis in das IVG eingefügt werden. 20 Prozent der Spitalkosten sollen von der IV auf die Wohnkantone abgewälzt werden. Der Bundesrat hatte in dieser Sache keinen Antrag gestellt, unterstützt aber den ständerätlichen Entscheid. Aufgrund der besonderen Entstehungsgeschichte der Regelung wurde keine Vernehmlassung durchgeführt. Das ist mit ein Grund, dass sich die Kantone mit dem Schreiben der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der Finanzdirektorenkonferenz direkt an uns Parlamentarier richten. Sie fordern uns auf, den Artikel abzulehnen.

Die geplante Aufteilung widerspricht den Grundsätzen des NFA. Mit dem NFA wurden im Jahr 2008 die Aufgaben und finanziellen Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen neu aufgeteilt. Es ist unredlich, nach wenigen Jahren den NFA zum einseitigen Vorteil des Bundes zu ändern. Zudem ist am 1. Januar 2012 die neue dual-fixe Spitalfinanzierung gemäss KVG in Kraft getreten. Diese Änderung bewirkt für die Kantone Mehrkosten von etwa einer Milliarde Franken. Im Jahr 2008 hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung und aufgrund der damals fehlenden Rechtsgrundlage die informelle Übereinkunft mit den Versicherern, unter ihnen die IV, betreffend die Übernahme von 20 Prozent der anfallenden Spitalkosten aufgehoben und diesen Entscheid auch kommuniziert. Die aktuellen Budgets und



Finanzpläne der Kantone enthalten daher keine Mittel mehr für die Mitfinanzierung von Spitalaufenthalten von IV-Patientinnen und

AB 2012 N 710 / BO 2012 N 710

IV-Patienten. Das Einführen eines weiteren Kostenteilers bei der Spitalfinanzierung schränkt die Übersichtlichkeit bei der heute schon sehr komplexen Spitalfinanzierung ein und ergibt auch bei den Spitälern einen nicht zu unterschätzenden administrativen Mehraufwand. Die 6. IV-Revision soll dazu beitragen, die Finanzen der IV ins Lot zu bringen. Der beantragte Kostenteiler ist aber eine reine Kostenverschiebung auf die Kantone und somit nur eine Scheinlösung zur Sanierung der IV.

Die grünliberale Fraktion will den NFA nicht durch die Hintertür ändern und unterstützt deshalb den Minderheitsantrag Cassis auf Nichteintreten. Sollte dieser nicht mehrheitsfähig sein, unterstützen wir im Sinne eines Kompromisses den Rückweisungsantrag Gilli.

**Schenker** Silvia (S, BS): Bundesrat Berset hat es anlässlich der Beratung in der Kommission auf den Punkt gebracht: Es ist eine politische Entscheidung, wer die Kosten bei stationären Aufenthalten im Rahmen von medizinischen Massnahmen der IV übernimmt. Wir haben einen Nichteintretensantrag der Minderheit Cassis. Das ist eine klare Sache. Wir haben den Antrag der Mehrheit, auf die Vorlage einzutreten und sie zu verabschieden, ebenfalls eine klare Sache. Und wir haben neu noch einen Rückweisungsantrag Gilli, der einen dritten Weg aufzeigen soll. Das tut er aber nicht. Es gibt keinen dritten Weg in dieser Frage.

In der Kommission lagen alle Fakten auf dem Tisch, und die unterschiedlichen Meinungen wurden ausgetauscht. Das lässt sich auch in den entsprechenden Protokollen nachlesen. Auch die Haltung der GDK war der Kommission bekannt. Vertreter der GDK waren in der Kommission anwesend. Die Sache ist auch nicht kompliziert. Es gibt also keinen einzigen Grund, der eine Rückweisung an den Bundesrat rechtfertigen würde, ausser vielleicht den, dass man nicht den Mut hat, diesen politischen Entscheidung zu treffen. Wir sollten diesen Mut haben, dafür sind wir gewählt.

Worum geht es? Wenn jemand mit einem von der IV anerkannten Geburtsgebrechen oder im Hinblick auf die Eingliederung stationär behandelt werden muss, werden die dadurch anfallenden Kosten zum grössten Teil durch die IV gedeckt. Von 1987 bis 2011 wurden die Kosten für diese Aufenthalte zwischen der IV und den Kantonen mit dem Kostenteiler 80 zu 20 aufgeteilt. 80 Prozent bezahlte die IV, 20 Prozent bezahlten die Kantone. Im Jahr 2008 hat die GDK die Vereinbarung einseitig aufgekündigt, die vorher während zwanzig Jahren gegolten hatte. Ziel der Kantone bzw. der GDK war es, im laufenden Jahr, also 2012, den Kostenanteil der Kantone auf 10 Prozent zu senken und im Jahr 2013 auf null herunterzufahren. Für die IV würden zusätzliche Kosten in der Höhe von 60 Millionen Franken pro Jahr entstehen, Kosten, die andernorts wieder eingespart werden müssten.

Dann gab es die Motion Müller Walter 07.3430, welche vom Bundesrat verlangte, die Regelung betreffend stationäre Aufenthalte von IV-Bezügerinnen und IV-Bezügern auf eine neue Basis zu stellen und eine Gleichbehandlung von IVG und KVG herzustellen. Herr Müller hatte in der Begründung seiner Motion explizit auf die schwierige finanzielle Lage der IV hingewiesen. Gleichbehandlung bei stationären Spitalaufenthalten würde bedeuten, dass die IV nur noch 45 Prozent übernehme, die Kantone hingegen 55 Prozent. Das ist die Ausgangslage.

Der Ständerat hat die Beratung der IV-Revision 6b, also dieses zweiten Massnahmenpakets, dazu benutzt, eine Rechtsgrundlage für die Finanzierung der stationären Aufenthalte zu schaffen. Er hat sich dabei am Kostenteiler orientiert, der während 14 Jahren gegolten hat. Die Frage stellt sich nun, ob diese Kostenverteilung gerecht ist oder nicht. Das kommt auf den Blickwinkel an. Ist man wie die Minderheit der Meinung, ein stationärer Aufenthalt im Rahmen einer medizinischen Massnahme sei ausschliesslich in der Verantwortung der IV, dann ist dieser Kostenteiler ungerecht. Ist man jedoch der Meinung, ein stationärer Aufenthalt sei ein stationärer Aufenthalt und sollte eigentlich über die Krankenversicherung abgewickelt werden, dann ist die vorgeschlagene Aufteilung der Kosten ungerecht, aber hier gegenüber der IV.

Wer den Kostenteiler von 80 zu 20 Prozent infrage stellt, ist bereit, die IV mit mindestens 60 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich zu belasten. Wo und auf wessen Kosten diese 60 Millionen Franken eingespart würden, wissen wir nicht; das kann aber eigentlich nur auf Kosten der Behinderten und ihrer Angehörigen geschehen. Ich appelliere an die Grünen, den Rückweisungsantrag noch einmal zu überdenken.

**Hess** Lorenz (BD, BE): Der Auslöser für beide Anträge, die wir jetzt auf dem Tisch haben, Nichteintretensantrag und Rückweisungsantrag, ist eigentlich der gleiche. Es ist so, dass schon in der Vorphase, auch in der Phase der Kommissionsarbeit der Eindruck entstanden ist, dass der Einbezug der Kantone zwar nicht ausgeblieben,



aber zumindest mangelhaft erfolgt sei. Von daher gilt es, kurz die Seite der Kantone zu beleuchten. Ein Aspekt, der hier wichtig zu sein scheint, ist sicher derjenige, dass die Einführung dieses "neuen" Kostenverteilers im Umfeld der Spitalfinanzierung zu einer grösseren Komplexität führt, was am Ende wiederum zu einem grösseren administrativen Aufwand führt, gerade auch für die Leistungserbringer und für die Kantone. Dies ist sicher ein Nebeneffekt, der hier nicht gewollt ist. Ganz grundsätzlich ist auch dem Kritikpunkt der Kantone Rechnung zu tragen, wonach sie im Bereich der Invalidenversicherung keine echten Möglichkeiten haben einzugreifen, also keine sogenannten Steuerungsmöglichkeiten haben, aber dann mit einem fixen neuen Kostenschlüssel an der Finanzierung beteiligt sind. Das entspricht, wie uns schon schriftlich mitgeteilt worden ist, nicht der sonst hochgehaltenen fiskalischen Äquivalenz. Man kann auch durchaus darüber diskutieren, ob mit den 20 Prozent – faktisch sind das 60 Millionen Franken – nicht eine Grenze überschritten wird, wenn man bedenkt, was schon mit der neuen Spitalfinanzierung auf die Kantone zugekommen ist, nämlich Mehrkosten in der Höhe von einer Milliarde Franken. Es ist klar, dass hier hinsichtlich Belastung für die Kantone, die mehrheitlich in eher schwierigen Finanzlagen sind, eine Grenze erreicht worden ist. Was nun die erwähnten beiden Anträge anbelangt, die auf dem Tisch sind: Die BDP-Fraktion ist geteilter Meinung. Ein Teil der Fraktion unterstützt den Nichteintretensantrag der Minderheit; dieser wurde zwangsläufig eingereicht, bevor der Rückweisungsantrag auf dem Tisch lag. Wie gesagt, unterstützt die Fraktion teilweise den Nichteintretensantrag, sie unterstützt jedoch klar den Rückweisungsantrag Gilli, der mit einem entsprechenden Auftrag verbunden ist.

**Stahl Jürg (V, ZH):** Die SVP-Fraktion wird auf diese Revision eintreten. Ich bin überzeugt, dass der Rat entscheidungsreif ist. Die Fakten lagen in der Kommission auf dem Tisch, es fanden Anhörungen statt, und die GDK konnte sich dort auch einbringen. Wir sehen nicht ein, warum wir uns jetzt vor einer Entscheidung in diesen Belangen drücken sollten. Der Status quo wird gesichert; wir haben das vom Kommissionsprecher und von der Kommissionsprecherin gehört. Wir können in der laufenden Revision der IV dann die strukturellen Massnahmen, die aus unserer Sicht zwingend nötig sind, weiter verfolgen.

Wenn wir jetzt diesen Entscheid aufschieben, wenn wir nicht eintreten oder wenn wir hier Unsicherheiten im Raume stehen lassen, laufen wir Gefahr, dass wir mittelfristig das Defizit von knapp einer Milliarde Franken in der Invalidenversicherung weiter vorantreiben. Wir haben damals in der Abstimmung zur Mehrwertsteuererhöhung dem Volk klar und deutlich gesagt, dass diese Massnahme zeitlich befristet sei. Es wäre fatal, wenn man sich schon jetzt auf eine Fortführung dieser Massnahme einstellen würde; diese Sorge haben wir. Wir waren dezidiert gegen diese Steuererhöhung und werden das auch in Zukunft sein. Die IV muss strukturell revidiert werden.

Noch ein Wort zum Brief der GDK, der uns sehr kurzfristig erreicht hat: Wir haben im Jahre 2007 eine Motion von

AB 2012 N 711 / BO 2012 N 711

Kollege Müller Walter (07.3430) angenommen. Darin wurde das erste Mal auf diese Problematik, vor allem auf den unterschiedlichen Tarif für IV-Patienten und KVG-Patienten, hingewiesen. Es ist aufgrund der angenommenen Motion an der Zeit, diese Problematik fundiert anzugehen. Ein Rückweisungsantrag und ein Nichteintretensantrag entschärfen aber die Situation keinesfalls.

Ich bitte Sie im Namen der SVP-Fraktion, auf diese Revision einzutreten und die Anpassungen, die Ihre Kommission gemacht hat, zu übernehmen. Ich bitte Sie in diesem Sinne, den Antrag der Minderheit Cassis und den Rückweisungsantrag Gilli abzulehnen.

**Berset Alain, conseiller fédéral:** J'aimerais vous inviter au nom du Conseil fédéral à rejeter la proposition de renvoi Gilli, à entrer en matière sur ce projet et à l'accepter.

Et il vaut la peine de revenir brièvement sur le contexte. Le contexte, depuis des années, est celui d'un assainissement de l'assurance-invalidité, avec plusieurs réformes qui se sont succédé, avec actuellement la révision 6b, qui est pendante devant le Conseil national. Et ne pas entrer en matière sur ce projet, ou le renvoyer au Conseil fédéral, ou ne pas suivre le Conseil des Etats dans ce domaine, revient à travailler à l'encontre de ces efforts d'économies.

Cela a été rappelé à plusieurs reprises ce matin: il existait un accord entre les cantons et la Confédération, datant de 1987, qui prévoyait un financement à 80 pour cent par la Confédération, à 20 pour cent par les cantons. Cet accord a été unilatéralement dénoncé par les cantons en 2008. Monsieur Cassis nous a dit que c'était suite à la décision sur la nouvelle péréquation financière. Monsieur Cassis, permettez-moi de vous contredire sur ce point: le financement hospitalier de l'AI n'a jamais fait partie des discussions de la nouvelle péréquation financière. C'est une construction qui vient maintenant expliquer la raison pour laquelle on pourrait





ne pas demander aux cantons de participer à hauteur de 20 pour cent au financement, mais ce n'est pas une explication qui tient compte de la réalité des discussions dans le cadre de la nouvelle péréquation financière. Suite à cette dénonciation unilatérale par les cantons, en 2008, les trois assurances et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé se sont mises d'accord sur une nouvelle réglementation avec un délai transitoire, qui prévoit un financement par l'AI à 90 pour cent pour 2012 et à 100 pour cent à partir de 2013. Le compte est très simple: si l'on tient compte des augmentations de charges pour l'AI et de la question des coûts d'investissement, ce sont 60 millions de francs par année dont on parle maintenant; 60 millions par année qui étaient financés entre 1987 et 2011 par les cantons; et 60 millions qui seraient à l'avenir, en cas de non-entrée en matière, à charge de l'assurance-invalidité.

Ces 60 millions de francs par année représentent environ 1 milliard de francs sur les quinze prochaines années, 1 milliard de francs supplémentaires à la charge de l'assurance-invalidité jusqu'au moment où l'on devrait être complètement sorti de l'endettement de l'assurance-invalidité. Il faut que ce soit clair: ce milliard de francs n'est aujourd'hui pas financé et s'il faut le financer sur les quinze prochaines années, cela signifiera des mesures à prendre dans l'assurance-invalidité. Au moment de prendre une décision, il faut que vous soyez bien conscients de cela.

Je ne reviens pas sur la motion Müller Walter 07.3430, dont il a été également abondamment question ce matin.

Dans le fond, il s'agit ce matin de décider si vous souhaitez modifier ce qui a prévalu entre 1987 et 2008. Faut-il le faire en s'appuyant sur une interprétation de la nouvelle péréquation financière ou non? Je le laisse à votre appréciation. Ayez simplement clairement en tête, au moment de décider, que ces 60 millions de francs par année ne sont pas financés, qu'il faudra prendre des mesures et que cela représente environ 1 milliard de francs jusqu'en 2025. Cet élément très important me conduit à vous inviter à rejeter la proposition de renvoi Gilli.

Je vous invite à suivre la commission et le Conseil des Etats et à entrer en matière sur ce projet.

**Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission:** Ich möchte zwei Aussagen von Befürwortern des Minderheitsantrages noch ins rechte Licht rücken.

Herr Weibel hat gesagt, er wolle keine Kostenverschiebung auf die Kantone. Was er sagte, stimmt natürlich nicht: Es geht nicht um eine Kostenverschiebung auf die Kantone; es geht um die Erhaltung des Status quo. Ich habe bei der Eintretensdebatte gesagt, dass die Kantone von 1987 bis 2011, gestützt auf eine Vereinbarung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, 20 Prozent der Spitalkosten von IV-Patienten bezahlt haben. Das heisst, bis Ende 2011 hat die IV 80 Prozent der Kosten bezahlt. Es ist nun schon etwas erstaunlich, wenn die Kantone nichts von diesen restlichen 20 Prozent wissen, die sie offenbar über Defizitdeckung bezahlt haben. Neu wird das natürlich etwas transparenter, wie es generell mit der neuen Spitalfinanzierung bei der Krankenversicherung der Fall ist.

Die Motion Müller Walter 07.3430 wurde erwähnt, welche 2007 vom Nationalrat und 2008 vom Ständerat angenommen worden war. Diese Motion verlangt die Anpassung der gesetzlichen Grundlage, wonach den Patienten der IV die gleichen Tarife und Kosten wie den Krankenversicherungspatienten verrechnet werden. Die Idee der generellen Verlagerung der Gesundheitsbehandlungskosten von der IV auf die Krankenversicherung haben wir in der Kommission auch diskutiert. Das hätte dann zur Folge, dass die Kantone 55 Prozent der Kosten übernehmen müssten und nicht nur 20 Prozent, wie das jetzt der Fall ist. Die Kantone bemühen nun den NFA. Ich glaube, dieses Argument ist nicht stichhaltig, denn bis 2011 – da war der NFA bereits in Kraft – haben die Kantone einen Kostenanteil von 20 Prozent bezahlt.

Zum Rückweisungsantrag von Frau Gilli: Dieser Rückweisungsantrag lag der Kommission nicht vor. Ich möchte Sie bitten, ihn abzulehnen. Was will dieser Antrag? In Punkt 1 verlangt er, die bisherige dual-fixe Finanzierung weiterzuführen, d. h. entweder 20 Prozent/80 Prozent oder 10 Prozent/90 Prozent, wie es derzeit gilt – 2012 bezahlen die Kantone nur 10 Prozent. Was wollen wir jetzt? Sollen die Kantone 10 oder 20 Prozent bezahlen? In Punkt 2 wird die Unterbreitung einer gesetzlichen Grundlage verlangt. Diese gesetzliche Grundlage liegt nun vor.

Ich gehe nicht davon aus, dass ein Vernehmlassungsverfahren bei den Kantonen, die übrigens in der Kommission am Hearing vertreten waren, zu einem Meinungsumschwung führen würde. Ich erinnere Sie daran, dass die Ständekammer in der Wintersession diese Vorlage mit 37 zu 2 Stimmen gutgeheissen hat, und ich möchte jetzt einfach an Sie appellieren: Es geht um die Sanierung der IV! Wollen wir die IV mit 60 Millionen Franken mehr belasten?

Ich möchte Ihnen nahelegen, das nicht zu tun und der Kommissionsmehrheit zu folgen.





**Parmelin** Guy (V, VD), pour la commission: C'est quand même un peu le monde à l'envers! C'est bien le Conseil des Etats, lequel est plutôt chatouilleux lorsqu'on touche aux intérêts des cantons en général, qui a pris l'initiative de rédiger cette base légale pour ancrer dans la loi une pratique en vigueur depuis 21 ans. S'il l'a fait, c'est parce qu'il savait que des discussions avaient eu lieu entre l'ancien et l'actuel président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, le Conseil fédéral et les représentants de l'Office fédéral des assurances sociales. Il ressortait de ces discussions que les représentants avaient admis que cette pratique pouvait être perpétuée. Là où il y avait plus de problèmes au niveau des cantons, c'est dans des reports en ce qui concerne les prestations complémentaires – mais c'est un autre sujet qui doit être traité dans le cadre de la révision du deuxième paquet de l'AI.

Cela a été rappelé plusieurs fois clairement par de nombreux orateurs à la tribune: un refus d'entrée en matière ou un renvoi risque de compromettre le but d'assainissement de cette assurance, à moins que de nouvelles mesures de

AB 2012 N 712 / BO 2012 N 712

restriction soient proposées pour compenser cette perte. Et là je pense que ce sera extrêmement difficile d'avoir des majorités pour trouver 60 millions pérennes supplémentaires en faveur de l'AI pour compenser la perte issue de la non-entrée en matière sur ce projet.

Je vous invite donc fermement, au nom de la majorité, à voter l'entrée en matière et à rejeter la proposition de renvoi Gilli.

**Präsident** (Walter Hansjörg, Präsident): Wir stimmen zuerst über den Nichteintretensantrag der Minderheit Cassis ab.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 11.030/7383)

Für Eintreten ... 133 Stimmen

Dagegen ... 42 Stimmen

**Präsident** (Walter Hansjörg, Präsident): Wir stimmen nun über den Rückweisungsantrag Gilli ab.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 11.030/7384)

Für den Antrag Gilli ... 70 Stimmen

Dagegen ... 108 Stimmen

## **2. Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket)**

### **2. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6e révision de l'AI, deuxième volet)**

*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*

#### **Art. 14bis**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Text*





... Massnahmen im Sinne von Artikel 14 Absätze 1 und 2, die in einem nach Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung zugelassenen Spital erbracht werden, wird zu ...

**Art. 14bis**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Texte*

... stationnaire dans un hôpital admis au sens de l'article 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie sont pris en charge ...

*Angenommen – Adopté*

**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; 11.030/7385)

Für Annahme des Entwurfes ... 135 Stimmen

Dagegen ... 36 Stimmen