



05.025

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

Différences – 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 Näf Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir haben noch drei Differenzen zum Ständerat. Bei Artikel 25a Absatz 1bis beantragt Ihnen die Kommission Festhalten an nationalrätlicher Entscheidung. Die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege sollen nach den Regeln der Spitalfinanzierung gemäss Artikel 49 Absatz 2 des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anteilmässig von den Krankenversicherungen und den Kantonen übernommen werden. Nochmals kurz zur Begründung: Es ist davon auszugehen, dass die Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen (DRG) die Spitalaufenthaltsdauern verkürzen wird und Patienten teilweise früher entlassen werden, das heisst zu einem Zeitpunkt, wo sie noch nicht in der Lage sind, ein selbstständiges Leben aufzunehmen, aber auch nicht der intensiven Pflege und Therapie einer speziellen Rehabilitation bedürfen. Für diese Nachbehandlungen soll keine Finanzierungslücke entstehen. Es ist indessen durchaus denkbar, dass die Übergangspflege nach einem Akutspitalaufenthalt künftig einmal auch in ein DRG gefasst wird. Gegenüber der letzten Fassung schlägt Ihnen die SGK insofern eine Änderung vor, als der Bundesrat die Dauer der Kostenübernahme bestimmt. Damit soll sichergestellt werden, dass nur medizinisch

AB 2008 N 609 / BO 2008 N 609

indizierte Fälle nach einem Spitalaufenthalt in die Übergangspflege kommen und eine Leistungs- und Kostenausweitung verhindert wird. Die Kommission hat mit 19 zu 5 Stimmen bei 0 Enthaltungen Festhalten beschlossen.

Die SGK-NR hält ebenfalls an der Teuerungsklausel gemäss Artikel 25a Absatz 4 fest. Die Beiträge sollen jedoch nicht der Kostenentwicklung der Pflege, sondern alle zwei Jahre an die Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise angepasst werden. Im Ständerat wurde das Festhalten primär damit begründet, dass es systemfremd sei, im KVG wiederum eine Teuerungsklausel einzuführen, während in anderen Bereichen, insbesondere im Spitalbereich, eine Leistungsfinanzierung eingeführt wird. Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass wir bei der Pflege keine Leistungsfinanzierung einführen, sondern ein Beitragssystem. Es ist folglich richtig, dass alle drei Finanzierer – Krankenversicherer, öffentliche Hand und Private – die Kostenentwicklung zu gleichen Teilen mittragen. Die SGK hat dieser modifizierten Teuerungsklausel mit 18 zu 6 Stimmen ohne Enthaltungen zugestimmt.





Die dritte Differenz haben wir bei den Übergangsbestimmungen: Der Ständerat möchte eine kostenneutrale Einführung der neuen Pflegefinanzierung, Ihre SGK hingegen beantragt Ihnen, auf die Kostenneutralität zu verzichten, weil mit der Übergangspflege eine neue Form von Leistung abgegolten werden muss. Die finanziellen Auswirkungen sind nicht ganz klar; die SGK will jedoch verhindern, dass die ordentlichen Pflegeleistungen gemäss Artikel 25 Absatz 1 KVG reduziert werden. Sie hat diesen Entscheid mit 10 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen relativ knapp gefällt.

Namens der Kommission ersuche ich Sie, bei allen Differenzen dem Antrag der Kommission zu folgen.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Je dirai très brièvement quelques mots par rapport aux divergences relatives au financement des soins. En complément des propos et des précisions qui ont été apportés par Madame Humbel Näf, j'aimerais évoquer d'abord le point concernant l'article 25a alinéa 1bis, qui se rapporte à la question importante des soins de transition.

La commission vous recommande de maintenir sa version qui comporte en effet la notion de soins aigus et de transition. Cette notion n'a pas retenu les faveurs du Conseil des Etats, mais elle nous semble pourtant adéquate. Elle découle notamment du modèle de financement des soins, identique à celui des hôpitaux que nous avons confirmé ici, à savoir le principe d'une répartition entre le canton et la caisse-maladie de 55 et 45 pour cent respectivement. En effet, les caractéristiques de la population qui requiert des soins de longue durée – pour les malades chroniques ou pour les soins de réhabilitation – font qu'il est indispensable, selon nous, de maintenir ce concept pour éviter des risques de rationnement des soins. Il s'agit d'éviter que des personnes prises en charge, notamment dans les établissements médicosociaux ou par les soins et le soutien à domicile, se retrouvent avec des charges trop élevées en raison de traitements nombreux et parfois lourds.

D'un point de vue plus technique, notre discussion s'est tenue en regard des modifications que nous avons apportées en décembre 2007 dans le cadre de la révision de la partie consacrée au financement des soins de la loi sur l'assurance-maladie et plus particulièrement de l'introduction d'un nouveau mode de paiement, à savoir les forfaits DRG par prestation. Comme ce fut le cas lors des deux premières discussions au conseil, la commission a donc maintenu sa position de fond.

Nous vous invitons évidemment à soutenir la version de notre commission.

Toutefois, pour éviter une mauvaise interprétation, la commission a apporté une précision en introduisant une nouvelle compétence pour le Conseil fédéral, qui sera chargé de préciser la durée de la prise en charge des coûts à la charge de l'assurance-maladie. Nous avons conscience qu'il faut cerner au mieux, d'un point de vue quantitatif, cette notion, pour éviter l'émergence de conflits d'interprétation.

Nous avons également introduit dans les dispositions transitoires un délai de trois ans et, au niveau de l'adaptation des contributions de l'assurance-maladie, nous avons fait, dans le cadre de cette discussion, un pas vers le Conseil des Etats, en renonçant à une adaptation de la contribution à l'assurance obligatoire des soins qui suit l'évolution des coûts des soins, pour nous limiter à une évolution à l'indice suisse des prix à la consommation qui est en principe plus basse, ce qui a été très clairement le cas ces dernières années. Enfin, nous discuterons d'une proposition de minorité qui sera présentée à la fin du débat concernant une motion de la commission relevant de la question de l'allocation pour impotent.

Après ces quelques éléments introductifs, je vous invite à soutenir les propositions de la commission.

Couchepin Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral vous recommande de vous rallier aux décisions du Conseil des Etats. Par conséquent, sur les trois propositions, nous ne partageons pas l'avis de votre commission. Quelles en sont les raisons?

Examinons en premier lieu la question des soins aigus et de transition. Le Conseil des Etats est opposé à une réglementation séparée pour les soins aigus et de transition. Votre commission, de son côté, soutient l'idée d'une réglementation séparée pour ces soins; elle y ajoute la proposition Maissen du 4 mars 2008 selon laquelle le Conseil fédéral fixe la durée de la prise en charge des coûts. Il y a un point qui n'est pas encore éclairci dans la proposition de votre commission: c'est la question de savoir si la prise en charge se ferait uniquement pour les cas en lien avec une hospitalisation ou pour tous les cas. Il semblerait que pour la majorité des membres de votre commission, cela dépendra des ordonnances médicales, laissant ainsi au médecin le soin de décider.

A nos yeux, une réglementation séparée pour les soins aigus et de transition entraînerait une inégalité de traitement dans le domaine des prestations de soins. Le risque est que des prestations, plus particulièrement lorsqu'elles ne sont pas liées à une hospitalisation, soient prescrites le plus souvent possible au titre de soins de transition. Le volume de financement lié à une telle réglementation est estimé à un minimum de 330 millions de francs, dont 45 pour cent pour l'assurance obligatoire des soins – soit 148 millions de francs de frais supplé-



mentaires pour l'assurance –, et 55 pour cent pour les cantons – soit 182 millions de francs supplémentaires pour les cantons.

Pour ces raisons, nous vous invitons à soutenir la version du Conseil des Etats.

Sur le deuxième point, le mécanisme d'adaptation, nous sommes aussi d'avis que la position du Conseil des Etats est meilleure. Les deux conseils sont en accord sur le fait que l'assurance obligatoire des soins fournisse une contribution en francs absolus aux soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. La divergence porte sur la manière d'adapter le montant de ces contributions.

Le Conseil des Etats est opposé à une réglementation d'adaptation au niveau de la loi. En effet, la LAMal ne connaît pas d'adaptation automatique. Une seule exception existe: il s'agit de la réglementation de durée limitée pour l'adaptation des tarifs-cadres pour les soins, qui prévoit une adaptation des tarifs au renchérissement. Votre commission cependant veut maintenir une réglementation d'adaptation au niveau de la loi – ce qui est incongru. Elle voudrait que les contributions à l'assurance obligatoire des soins ne soient pas liées à l'évolution des coûts des soins, mais plutôt à l'indice suisse des prix à la consommation. Le Conseil fédéral devrait procéder à cette adaptation tous les deux ans. Cette proposition, soutenue par la commission, créerait une exception pour un groupe de fournisseurs de prestations.

Cette adaptation automatique, basée sur l'indice suisse des prix à la consommation, conduirait à des coûts supplémentaires, de l'ordre d'environ 20 à 30 millions de francs, à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La

AB 2008 N 610 / BO 2008 N 610

réglementation prévue par votre commission ne laisse pas espérer une stabilisation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins; bien au contraire, elle va entraîner des coûts supplémentaires par cet automatisme.

Selon la version du Conseil des Etats, l'adaptation est déléguée au Conseil fédéral. Cela permet finalement la prise en compte de plusieurs indicateurs et donc une appréciation plus souple. Pour ces raisons, nous sommes d'avis qu'il faudrait suivre la décision du Conseil des Etats.

La troisième divergence porte sur les dispositions transitoires et concerne la neutralité des coûts: là aussi, nous pensons que la version du Conseil des Etats est meilleure. Le Conseil des Etats propose deux dispositions transitoires: la première garantit la neutralité des coûts, et la deuxième prévoit une phase d'introduction pour des contributions uniformes sur le plan suisse.

La proposition relative à l'introduction des contributions uniformes sur le plan suisse est reprise par votre commission. Mais votre commission reste opposée à la disposition concernant la neutralité des coûts. A nos yeux, il est important que le principe de la neutralité des coûts soit inscrit dans les dispositions transitoires afin de garantir que le nouveau régime de financement des soins n'engendre pas des coûts supplémentaires à la charge de l'assurance et des assurés. De plus, le principe de la neutralité des coûts permet de fixer des critères d'après lesquels le Conseil fédéral doit fixer le montant de la contribution à l'assurance obligatoire des soins au cours de la première année.

Pour ces raisons, nous sommes favorables au maintien du projet des dispositions transitoires comportant une disposition sur la neutralité des coûts selon la version du Conseil des Etats. En toute hypothèse, le Conseil fédéral est décidé, au départ, à obtenir des mesures qui correspondent à la neutralité des coûts. Nous espérons que vous le fassiez au moyen de la loi. Si vous ne le faites pas au moyen de la loi, nous chercherons, par la voie des ordonnances, le moyen d'avoir au départ la neutralité des coûts.

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 Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. I Ziff. 3 Art. 25a





Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1bis

Festhalten, aber:

... übernommen. Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme. Für die Vergütung der Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.

Abs. 4

Der Bundesrat passt den Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung alle zwei Jahre auf den Beginn des Kalenderjahres der Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise an.

Ch. I ch. 3 art. 25a

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1bis

Maintenir, mais:

... hospitalier). Le Conseil fédéral fixe la durée de la prise en charge des coûts. Les parties à une convention conviennent de tarifs forfaitaires pour ces prestations.

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 de l'indice suisse des prix à la consommation.

Abs. 1 – Al. 1

Angenommen – Adopté

Le président (Bugnon André, président): Aux divergences qui subsistent, à la différence de votre commission, le Conseil fédéral vous invite à adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Abs. 1bis – Al. 1bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/586)

Für den Antrag der Kommission ... 168 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates ... 1 Stimme

Abs. 4 – Al. 4

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/587)

Für den Antrag der Kommission ... 170 Stimmen

(Einstimmigkeit)

Ziff. Ia

Antrag der Kommission

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

Ch. Ia

Proposition de la commission

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

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 05.025/588)





Für den Antrag der Kommission ... 171 Stimmen
(Einstimmigkeit)

Le président (Bugnon André, président): Les divergences sont maintenues. L'objet va donc à la Conférence de conciliation.

AB 2008 N 611 / BO 2008 N 611