

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Dokumentationsdienst  
3003 Bern  
Tel. 031 322 97 44  
Fax 031 322 82 97  
doc@pd.admin.ch

---

## 05.025 Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

---



Curia Vista - Geschäftsdatenbank

05.025 - Geschäft des Bundesrates

**Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung****Einreichungsdatum** 16.02.2005**Stand der Beratung** Erledigt

Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2005 2033)

**Dokumente**

▶ Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)

▶ Zusammenfassung Botschaft / Bericht und Beratungen

▶ Dossier

▶ Medienmitteilungen

▶ Anträge, Fahren

▶ Amtliches Bulletin - die Wortprotokolle

▶ Text des Erlasses (BBl 2008 5247)

**Chronologie / Wortprotokolle****Vorlage 1**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

- |              |    |   |
|--------------|----|---|
| ▶ 19.09.2006 | SR | Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.   |
| ▶ 21.06.2007 | NR | Abweichend.   |
| ▶ 25.09.2007 | SR | Abweichend.   |
| ▶ 04.12.2007 | NR | Abweichend.   |
| ▶ 04.03.2008 | SR | Abweichend.   |
| ▶ 28.05.2008 | NR | Abweichend.   |
| ▶ 05.06.2008 | SR | Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.   |
| ▶ 11.06.2008 | NR | Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.   |
| ▶ 13.06.2008 | SR | Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.  |
| ▶ 13.06.2008 | NR | Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.<br>Bundesblatt 2008 5247; Ablauf der Referendumsfrist: 2. Oktober 2008 |

**Zuständig** Departement des Innern (EDI)

Erstbehandelnder Rat: Ständerat

**Behandelnde Kommissionen**

▶ Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR)

*Antrag: Differenzbereinigung*

▶ Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (SGK-SR)

*Antrag: Differenzbereinigung***Behandlungskategorie NR**

III, Reduzierte Debatte (Art. 48 GRN)

**Konnxte Geschäfte**

▶ 08.3236

Deskriptoren:

Spitex; Pflegeheim; Gebrechlichenpflege; Kosten des Gesundheitswesens; Krankenpflege; Gesetz; Krankenversicherung; Ergänzungsleistung; Hilflosenentschädigung; Langzeitpflege; Prävention; Gesundheitsförderung; AHV; Finanzierung

Ergänzende Erschliessung:

2841;freie Schlagwörter: Grundpflege, Behandlungspflege

05.025

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

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBI 2005 2033)  
Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

Ständerat/Conseil des Etats 19.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

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

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

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

Gesamthaft gesehen würde mit diesen Massnahmen eine leichte Entlastung der pflegebedürftigen Personen herbeigeführt. Da die Ergänzungsleistungen aber bedarfsabhängig gewährt würden, würde es von der Situation des einzelnen Haushaltes abhängen, ob eine Entlastung eintritt oder nicht. Die Kommission hörte sich anlässlich eines Hearings im August 2005 die Kantone und viele Leistungserbringer an. Die Verbände und die Kantone präsentierten je ein eigenes Modell zur Pflegefinanzierung. Vor allem aus der Praxis wurde dem bundesrätlichen Modell viel Skepsis entgegengebracht. Einig, und das war für uns dann wegweisend, waren sich die Hearing-Teilnehmer allerdings in einem Punkt: Die Fokussierung der Krankenversicherung auf den Pflegebereich sei zwar richtig, die Unterscheidung in der Finanzierung von Behandlungs- und Grundpflege würde aber zu endlosen Diskussionen und Streitereien über Abgrenzungsfragen führen. Die Unterscheidung sei praxisfremd, nicht praktikabel, führe

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

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

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

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

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

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

Bei der Beitragsfestsetzung – das war ein weiterer Eckpunkt – sei grundsätzlich von gesamtschweizerisch einheitlichen Beiträgen auszugehen. Denkbar wäre dabei die Abstufung nach kantonalen Kostenunterschieden. Da in der geltenden Rahmentarifordnung in den unteren Pflegebedarfsstufen ein höherer Kostendeckungsgrad erreicht wird als in den oberen Stufen, dränge es sich zudem auf, die Ungleichheiten zwischen den einzelnen Pflegebedarfsstufen bei der Festlegung der Frankenbeträge auszugleichen. Die Ermittlung des Beitrages solle aufgrund standardisierter Kosten aus breitabgestützten Erhebungen in Referenzbetrie-

ben erfolgen. Weiter sei eine Ausnahmeregelung für Spitex-Kosten gemäss einer Variante der GDK und der Leistungserbringer zu studieren, bei der ärztlich angeordnete Pflegeleistungen einmal jährlich während 30 bis 60 Tagen vollumfänglich von der Krankenversicherung vergütet würden.

Entsprechend der Vorgabe wurde der Kommission seitens des Departementes ein Modell mit Varianten vorgelegt. Die Kernpunkte der Varianten wurden in der Kommission in der Folge eingehend diskutiert, und schliesslich wurde ein zusätzlicher Artikel in die Vorlage aufgenommen, der die Pflegeleistungen bei Krankheit im Gesetz definiert. Die Details dazu, die Beschlüsse der Mehrheit sowie weitere Überlegungen der Kommission möchte ich Ihnen gerne in der Detailberatung darlegen.

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

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

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

**Schwaller Urs (C, FR):** In der Schweiz gibt es ungefähr 250 000 chronisch pflegebedürftige Menschen; 32 Prozent der Haushalte sind Einpersonenhaushalte; 60 Prozent der Menschen in der Schweiz haben keine Nachkommen; 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden heute von Familienangehörigen gepflegt. Für 2030 schätzt man einen doppelt bis dreifach so hohen Bedarf an Pflege zu Hause wie heute. Gleichzeitig muss damit gerechnet werden, dass die allgemeine Bereitschaft und Möglichkeit, Angehörige zu Hause zu pflegen, in Zukunft immer weniger vorhanden sein wird, weil es keine Angehörigen gibt oder der Beruf nicht aufgegeben werden kann. Nach Angaben der Spitex-Verantwortlichen sind 80 Prozent der von ihnen Betreuten über 65 Jahre alt, etwa die Hälfte über 80 Jahre alt. All diese Zahlen zeigen, dass der Bereich der Pflege und vor allem auch der Pflege zu Hause mit Unterstützung der Spitex in den nächsten Jahren noch wichtiger wird.

Damit ist natürlich auch die Frage der Kosten gestellt. Mit dem Kompromissmodell, das Ihnen Ihre Kommission einmal mehr vorschlägt, bleiben wir auf der Linie, welche wir leistungsseitig im Spitalbereich gezogen haben. So, wie wir dort klare Regeln gesetzt haben, um Menge, Preis und Preisentwicklung zu steuern und im Griff zu behalten, so wollen wir dies auch im Bereich der Pflegefinanzierung tun.



Eckpunkte dieser Regelungsabsicht sind denn folgerichtig auch folgende vier Punkte:

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

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

Die Kommission – ich unterstreiche dies – will mit ihrem Modell nicht weniger Geld als bisher und als heute ausgeben, dieses aber effizienter einsetzen. Dadurch, dass wir die gleiche Summe wie heute in das System eingeben und davon auszugehen ist, dass der Bundesrat die Frankenbeiträge dann auch der Teuerung anpassen wird, ist es auch gegeben, dass die Pflegebedürftigen in etwa gleich viel wie heute zur Abgeltung der erhaltenen Leistungen beitragen müssen. Unterschiede – ich sage dies – kann es zweifellos in den einzelnen Pflegestufen geben, je nachdem, welche Beträge oder welche Tarife der Bundesrat festsetzen wird. Die Kommissionsmehrheit geht mit der Minderheit einig, dass die neue Lösung nicht zu einer blossen Kostenüberwälzung auf die Pflegebedürftigen führen darf. Auch die Kommissionsmehrheit will nicht, dass die Spitex unerschwinglich wird oder die zu hohe Beteiligung dazu führt, dass auf die Inanspruchnahme des Dienstes verzichtet wird. Mit der kostenneutralen Überführung der heutigen Beträge von ungefähr – ungefähr! – zwei Milliarden Franken und mit der Anpassung der Leistungspauschalen durch den Bundesrat, von der ich gesprochen habe, scheinen uns aber genügend Garantien gegeben zu sein. Dies gesagt habend, werde ich allenfalls in der Beratung auf die eine oder andere Bestimmung zurückkommen.

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

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

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

Pflege angewiesen sind. Ich sage das auch deshalb, weil die Vorlage dem Grundsatz folgt, die Belastung der Krankenversicherung bei der Pflege zu begrenzen und damit eben die Kosten zu einem guten Teil – die Mehrheit spricht von 20 Prozent – auf die Pflegebedürftigen selbst zu verschieben.

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

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

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

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

Zum Schluss noch ein Wort zur Krankenversicherung generell: Das Kerngeschäft des KVG ist es ja, das Krankheitsrisiko zu versichern; es heisst ja schliesslich Krankenversicherungsgesetz. Es ist nicht einsichtig, weshalb ausgerechnet die krankheitsbedingte Pflege, also jene bei einer akuten Erkrankung, nur anteilmässig und nicht ganz übernommen werden soll. Die entsprechenden Mehrkosten wären nicht astronomisch, könnten aber innerhalb des gesamten Gesundheitssystems auf der Spitalebene entlastend wirken. Denn man darf nicht verdrängen, dass hier ein Anreiz entsteht, Pflegebedürftige ins Spital zu geben, um diese Belastung auszuschliessen. Wir alle wissen, dass die Pflege zu Hause viel günstiger, sogar sehr viel günstiger ist als ein Spitalaufenthalt. Ich bin der Meinung, dass die Vorlage eine solide Grundlage ist, auf die wir gut bauen können. Korrigieren müssen wir eindeutig noch – dazu werden Ihnen dann noch Minderheitsanträge begründet werden – zugunsten der Pflegebedürftigen, insbesondere der Chronischkranken, und zugunsten der Kantone und Gemeinden.

In diesem Sinne bin ich für Eintreten.

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

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

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

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

Auch hier ist es so, dass Abmachungen grundsätzlich eingehalten werden. Dass die Spitex kein Luxusgut werden darf, ist auch die Meinung der Mehrheit der Kommission. Aber nur mit einer echten Vollkostenrechnung können Heimkosten und Spitex-Kosten verglichen werden. Meines Wissens hat nur der Gastkanton bei den Heimen bereits eine echte Vollkostenrechnung. Dies war auch der Grund, weshalb wir nicht nochmals mit unseren Entscheiden zur Finanzierung zugewartet haben. Man hätte auch eine längerfristige Lösung finden können, nur hätten wir dann noch einige Jahre, wenn nicht Jahrzehnte mit der provisorischen Regelung, wie wir sie heute wieder verlängern, leben müssen. Das ist zu befürchten, denn bis sich die Kantone auf die Grundfrage der Vollkostenrechnung geeinigt hätten, wäre einige Zeit verfließen. Nicht vorgesehen ist auch, dass der Bundesrat wieder die impraktikable Unterscheidung zwischen Behandlungspflege und Grundpflege in seinen Kompetenzbereich aufnimmt, wie dies von den Leistungserbringern laut den Zuschriften befürchtet wird – dies zwar nicht ausdrücklich, aber sie unterstellen, dass diese Regelung wieder getroffen werden könnte.

Mit unserem Artikel 25a werden die Kantone zwar weiterhin unterschiedliche Kostenbeteiligungen haben, auch unterschiedliche Beteiligungen für die zu Pflegenden, für die Gemeinden und für die Spitex. Gemäss erläuterndem Bericht bestehen die «Finanzierungslücken», wie sie in den Zuschriften genannt werden, auch heute. Sie werden sehr unterschiedlich gefüllt. Im Bericht, den wir in der Kommission erhielten, sind es im Bereich der Spitex primär die Gemeinden und die Kantone, währenddem im Pflegeheimbereich von 19 Kantonen nur 10 eine spezifische Regelung haben. 8 Kantone belasten die Patienten sowie die Gemeinden, 4 Kantone belasten im Wesentlichen die Patienten, aber auch die Gemeinden, und 5 Kantone belasten nur die Gemeinden und den Kanton, die Patienten hingegen nicht. Es steht nach wie vor in der Kompetenz der Kantone, also ihrer Stimmbürgerinnen und Stimmbürger, die Verteilung dieser Kosten zu regeln. Wenn die Kantone zu Recht auf ihre verfassungsmässige Kompetenz im Gesundheitsbereich pochen, dann müssen sie hier die Verantwortung auch weiterhin übernehmen. Gemäss Bundesverfassung sind sie nach wie vor zuständig, und in jeder Zuschrift lesen wir, wie wichtig es sei, dass wir die Kompetenzregelung wahren. Ich denke, dass

mit den Eckdaten, die wir hier gemäss den Beschlüssen der Mehrheit gesetzt haben, diese Möglichkeiten bestehen, ohne dass Verzerrungen zulasten der zu Pflegenden erfolgen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

weil wir uns deshalb auch mit der Pflege weiterhin zu befassen haben werden.

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

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

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

Die Neuregelung bringt hier eher noch weitere Varianten und weitere Vielfalt: zusätzliche Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit leichten Grades und Aufenthalt ausserhalb des Heimes, Wegfall der Begrenzung der Ergänzungsleistungen bei Aufenthalt im Heim. Sozialpolitisch sind diese Neuerungen zwar nicht zu bemängeln, sie gehen in die richtige Richtung. Transparenz und Kohärenz der Finanzströme fehlen aber weiterhin; das müssen wir schlicht und einfach sehen. Kurzfristig mag das angehen. Ich bin bereit, diesen Weg mitzugehen. Längerfristig aber schadet mangelnde Transparenz in Finanzierungsfragen enorm. Wir dürfen deshalb dieses Dossier nicht über den Tag hinaus in die Schublade legen. In einem ersten Schritt kann, muss ich aber mit dem Entwurf auch in dieser Hinsicht leben.

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

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

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

Deux problèmes me préoccupent.

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

2. Le fait de ne pas prendre en compte la possibilité de dédommager l'aide à domicile par des personnes sans qualification spéciale, donc en dehors du système Spitex: nous avons décidé en commission de réduire la protection tarifaire, actuellement valable de manière illimitée, à de nouvelles contributions. L'ensemble de la lacune de couverture, de quelque 45 pour cent, devrait être ainsi transféré sur les assurés. La lacune de couverture à la charge des personnes nécessitant des soins va, de plus, encore s'agrandir au cours des prochaines années, parce qu'il n'est pas prévu d'adapter régulièrement les contributions à l'évolution des coûts.

Or, pour de nombreuses personnes, il n'est pas possible de bénéficier, en cas de besoin de soins à domicile, des prestations complémentaires, car le fait de posséder un logement individuel empêche pratiquement toujours de les obtenir. On me répondra que la personne n'a qu'à vendre son logement et que ce n'est pas à la communauté de protéger les acquis des futurs héritiers. Mais il y a aussi des malades sans ressources particulières, qui n'ont pas l'âge de l'AVS et qui ne peuvent en général bénéficier d'aucune prestation. Pour beaucoup de personnes, il devient difficile de financer des soins à domicile, ce qui provoque non seulement une surcharge importante pour les proches, mais incite ces personnes à aller soit à l'hôpital, soit dans un EMS, ce qui ne fait, bien entendu, qu'augmenter les coûts – encore que, là aussi, nous avons une explication de Monsieur Brändli.

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

Autre question: nous avons discuté, dans le cadre de l'AI, de la possibilité d'avoir accès à des soins individuels à domicile et accepté de financer un projet pilote d'assistance. Celui-ci semble remporter un très vif succès, même si nous en sommes encore au début de l'expérience. Avant que nous puissions nous prononcer sur une modification de la loi, il s'écoulera sans doute plusieurs années. Or, je rappelle que des expériences faites à l'étranger ont démontré que ce système pouvait engendrer un potentiel d'économies important. Dans le cadre de la loi que nous examinons, nous rencontrons des situations similaires de nécessité de soins pour des maladies chroniques ou des cas de réhabilitation qui n'ont pas forcément besoin de soins spécialisés, qui coûtent cher – environ 80 francs par heure – et dont la moitié est prise en charge par l'assurance. Des soins d'assistance flexibles feraient souvent l'affaire; encore faudrait-il qu'ils jouissent également d'une prise en charge financière, en tout cas partielle.

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

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

«Das KVG hingegen umfasst einen weiteren Kreis von Personen mit Bedarf an Pflegeleistungen als die IV, insbesondere auch Personen, welche auf Akut- und Übergangspflege angewiesen sind und für die ein Leistungsmodell wie das Assistenzbudget noch nicht von Bedeutung ist. Im Anwendungsbereich des KVG gilt der Grundsatz, dass medizinische Leistungen nur von medizinisch ausgebildeten und zu-

gelassenen Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Dieser Grundsatz wurde vom EVG im Urteil vom 28. Juli 2000 bestätigt. Das Pilotprojekt 'Assistenzbudget' wird zeigen, welche Erfahrungen die Assistenznehmenden mit privat angestellten Pflegepersonen machen werden. Eine derartige Änderung im KVG zum heutigen Zeitpunkt würde die Vorwegnahme der Evaluation des Pilotprojektes bedeuten und könnte sich schlimmstenfalls kontraproduktiv auswirken.»

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

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

**Maissen Theo (C, GR):** Erlauben Sie mir vorerst als Einwohner und Bürger der Region Surselva, wo die Herbstsession stattfindet, dass ich mich bei Ihnen nach Ihrem Wohlbefinden erkundige. Ich hoffe, Sie fühlen sich in dieser Region wohl. Nun ist es aber so, dass es nicht die Aufgabe der Politiker sein sollte, sich zuerst um das eigene Wohlbefinden zu kümmern, sondern um das Wohlbefinden des Volkes und vor allem um das Wohlbefinden derjenigen, welche Hilfe und Pflege nötig haben – und damit sind wir mitten im Thema. Vielleicht noch kurz zu meiner Interessenbindung: Ich habe mich in dieser Region und im Kanton bereits vor dreissig Jahren für den Ausbau der spitalexternen Pflege und Betreuung eingesetzt. Es ist mir ein Anliegen, dass das, was auf diesen Stufen erarbeitet worden ist, in Zukunft mindestens Bestand hat respektive noch verbessert werden kann. Ganz kurz zur Ausgangslage: Für die Pflege von kranken und pflegebedürftigen Mitmenschen bietet das heutige Gesundheitssystem verschiedene Angebote unterschiedlicher Leistungserbringer an. Nun ist es die Aufgabe, dieses System so auszugestalten, dass die Gesamtleistung des Systems möglichst kostengünstig ist. Es ist eine Art von Subsidiaritätsprinzip, das so funktionieren sollte: Es sollte immer jenes Angebot ausgewählt werden, das für einen bestimmten Bedarf die tiefsten Kosten hat. Um das in einem komplexen Gesamtsystem zu erreichen, braucht es eine langfristige Strategie. Man muss in diesem System auch die innere Dynamik verstehen und hier vor allem mit einbeziehen, dass es eine demografische Entwicklung gibt, die das System beeinflusst.

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

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



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

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

Bezüglich der Kosten der Spitex-Dienste – das wird immer wieder übertrieben dargestellt – wird behauptet, diese hätten einen überproportionalen Zuwachs gehabt. In der öffentlichen Statistik, im Statistischen Jahrbuch, kann man nachlesen, dass 1995 das Total der Kosten des Gesundheitswesens rund 36 Milliarden Franken betrug; dieses stieg dann bis zum Jahr 2003 auf 50 Milliarden Franken. Die Spitex-Dienste machten 1995 davon rund 700 Millionen Franken oder 1,94 Prozent und im Jahr 2003 rund 1,031 Milliarden Franken oder 2,07 Prozent aus. Das bedeutet also eine Steigerung um 0,13 Prozentpunkte. Statistisch gesehen ist das im Bereich der Zufälligkeit und nicht systemimmanent. Wir müssen verhindern, dass Spitex-Dienste zu einem Luxusgut werden. Nach dem Konzept der Kommission wird es möglich sein, dass die Deckungslücke, die erwähnt wurde und die heute 45 Prozent beträgt, ganz auf die Leistungsbezüger überwältigt wird, was für viele Betroffene nicht tragbar sein wird. Das Schlimme daran ist, dass die Deckungslücke in Zukunft noch grösser werden kann, weil eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung nicht vorgesehen ist.

Ferner ist Folgendes zu beachten: Eine Abfederung durch die Ergänzungsleistungen (EL) ist für breite Kreise nicht möglich oder bringt ihnen nichts, weil vor allem dort, wo selbstbewohntes Wohneigentum vorhanden ist, ein EL-Bezug weitgehend verhindert ist. Es gibt auch pflegebedürftige Menschen vor dem AHV-Alter, die in der Regel auch keinen EL-Bezug geltend machen können. Die Folge ist – noch einmal zusammengefasst –: Die Spitex würde so für viele Pflegebedürftige unbezahlbar. Ohne oder mit weniger Spitex haben wir aber eine grosse Belastung der Angehörigen. Die Belastung wird zu gross, sodass zusätzliche Heimeintritte dann die Folge sind.

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

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

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

stimmt. Wir dürfen all jene, welche auch diesen Glauben hatten, nicht enttäuschen.

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

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

In der Botschaft des Bundesrates werden auf Seite 2084 die finanziellen Auswirkungen auf Bund und Kantone unter Berücksichtigung des NFA dargestellt. Bei einer Annahme einer Entlastung von 100 Millionen bei der Sozialhilfe ergeben sich für die Kantone Mehraufwendungen von 136 Millionen Franken. Der Bundesrat schreibt: «Im Spitex-Bereich geht die Verantwortung weitestgehend auf die Kantone über. Sämtliche finanziellen Belastungen und Entlastungen werden in der NFA-Globalbilanz kompensiert, sodass die Aufgabenentflechtung für den Bund und die Gesamtheit der Kantone haushaltneutral ausfällt.» Das bedeutet nichts anderes, als dass es innerhalb der Globalbilanz – weil ja dieses Geschäft zusammen mit dem NFA2 in Kraft treten soll und muss – eine Verschiebung gibt, falls Sie beim Ergänzungsleistungsgesetz bei Artikel 3c der Mehrheit folgen. Damit habe ich den Hinweis darauf gemacht, dass ich Sie bitten möchte, bei der ganzen Abstimmung immer im Hinterkopf zu behalten, welches die effektiven Auswirkungen auf die Globalbilanz bei dem NFA sein könnten. Ich bitte Sie also, diesen Gesichtspunkt bei der Entscheidung im Rahmen des Ergänzungsleistungsgesetzes nicht ganz ausser Acht zu lassen.

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

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

sen Lasten Verschiebungen innerhalb der Globalbilanz gehen.

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

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

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

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

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

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

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

Le système du Conseil fédéral a été rejeté. Nous n'en faisons pas un drame, parce que nous sommes d'accord avec la solution de compromis. Je crois que cette solution, qui a été réalisée par l'administration sur la base des points fixes que vous avez établis, est un bon système. Certes, il donne

au Conseil fédéral la compétence de fixer en francs la part de l'assurance-maladie au paiement des soins. C'est faire confiance au Conseil fédéral.

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

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

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

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

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

J'y voyais en plus à l'époque un problème de solidarité avec les jeunes qui, aujourd'hui déjà, paient une part importante de leurs primes d'assurance-maladie au titre de la solidarité. Voilà pourquoi je redis que le Conseil fédéral s'engage en faveur de la solution que votre commission a proposée. C'est une bonne solution. Elle ne satisfait pas tout le monde, par définition, en particulier pas ceux qui aimeraient avoir une source illimitée de revenu pour couvrir les coûts de leurs activités utiles, mais sans avoir à se poser trop de questions

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

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

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

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Ziff. 1 Einleitung**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, ch. 1 introduction**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

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

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

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

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 2 Art. 3a Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. 2 art. 3a al. 3**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

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

geschlagen. In der Kommission haben wir auch dieser Bestimmung zugestimmt.

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 2 Art. 3c Abs. 1 Bst. c**

*Antrag der Mehrheit*

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

*Antrag der Minderheit*

(Heberlein, Altherr, Forster, Langenberger, Stähelin)

Unverändert

**Ch. 2 art. 3c al. 1 let. c**

*Proposition de la majorité*

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

*Proposition de la minorité*

(Heberlein, Altherr, Forster, Langenberger, Stähelin)

Inchangé

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

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

Die Frage, ab wann ein Vermögensverzehr erfolgen muss, wurde im Kontext der NFA-Diskussion mehrmals erörtert. Die heute gültige Regelung und die Lastenverschiebung zu den Kantonen flossen denn auch in die Globalbilanz des NFA ein. Die Kantone haben der Vorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung unter diesen Prämissen zugestimmt. Sie alle haben einen Brief der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren erhalten, in dem klar steht, dass die Vorlage zur Pflegefinanzierung der Vernehmlassung zugeleitet worden sei und dass die Vorlage Änderungen umfasst habe, welche auch die Zustimmung der Kantone gefunden hätten,



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

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

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

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

Ich ersuche Sie dringend, hier der Minderheit zuzustimmen.

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

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

trifft es in vielen Fällen, die von dieser Vorlage betroffen sind, wiederum die Kantone, die dann halt entsprechende Zusatzleistungen bieten müssen.

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

**Schwaller Urs (C, FR):** Ohne Zweifel gibt es enge Zusammenhänge zwischen Ergänzungsleistungen, KVG, Pflegefinanzierung, neuem Finanzausgleich und Kantons- bzw. Bundesfinanzen. Es ist richtig, und ich bestreite das auch nicht: In der zweiten NFA-Vorlage haben wir uns für eine kostenneutrale Überführung der heutigen Bundes- und Kantonsbeiträge entschieden. Dies galt auch für die Ergänzungsleistungen. Ungelöst blieb dabei aber einmal mehr das Problem, dass wegen der Kostenbeteiligung beim Eintritt eines Partners in ein Heim der andere Partner die selbstbewohnte Liegenschaft verkaufen und eventuell sogar zu höheren Kosten eine Wohnung mieten muss. Das kann es doch nicht sein.

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

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

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

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

Ich bitte Sie, mit der Minderheit zu stimmen.

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

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

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

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

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

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

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

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit .... 24 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 19 Stimmen

#### Ziff. 3 Art. 25 Abs. 2

##### Antrag der Kommission

###### Bst. a

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

###### Bst. abis, f

Streichen

##### Antrag Inderkum

###### Bst. a

....

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

##### Antrag Maissen

###### Bst. f

Unverändert

#### Ch. 3 art. 25 al. 2

##### Proposition de la commission

###### Let. a

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

###### Let. abis, f

Biffer

##### Proposition Inderkum

###### Let. a

....

3. ou sur mandat médical respectivement de chiropraticiens;

##### Proposition Maissen

###### Let. f

Inchangé

#### Bst. a – Let. a

**Forster-Vannini Erika (RL, SG)**, für die Kommission: Gestatten Sie mir zwei, drei Erläuterungen, damit Sie verstehen, was geändert werden soll. Insgesamt werden drei Änderungen gegenüber dem bestehenden Gesetz vorgeschlagen. Als Erstes schlagen wir Ihnen vor, das Wort «Pflegemassnahmen» zu streichen und dafür die Ergänzung «sowie die

Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden» einzufügen. Diese Präzisierung wird notwendig, weil die Kommission Ihnen neu einen Artikel 25a vorschlägt, der die Pflegeleistungen bei Krankheit definiert. Mit dem Einschub wird klargemacht, dass die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden, auf ärztliche Anordnung hin erfolgen und die Finanzierung der Pflege im Spitaltarif eingerechnet wird.

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

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

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

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

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

Ich bitte Sie daher, diesem Antrag zuzustimmen.

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

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

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

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

Alors, ne vous laissez pas emporter par une sympathie légitime à l'égard de Monsieur Inderkum et des chiropraticiens. Jugez sur pièces et constatez que, si vous dites oui à cette proposition sympathique, on va vers l'extension des prestations et, à la fin, les petits ruisseaux font les grandes rivières, comme on dit en français. A la fin, quand on aura augmenté les petits ruisseaux, on aura une grande rivière de coûts et ce n'est pas le but que l'on poursuit. Il y a des points plus importants que celui-là, sur lesquels on peut discuter et qui apporteraient une véritable amélioration pour les patients. Retenez vos bons sentiments et votez en fonction de la raison.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag Inderkum .... 24 Stimmen

Für den Antrag der Kommission .... 14 Stimmen

#### Bst. f – Let. f

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Maissen** Theo (C, GR): Ich danke der Kommissionspräsidentin und Herrn Bundesrat Couchepin für die Erläuterungen. Mir geht es um das Anliegen und nicht darum, ob es hier oder woanders steht. Wenn es so ist, wie Frau Kommissionspräsidentin Erika Forster gesagt hat, dass man heute damit den Auftrag verbindet, dass der Nationalrat das Anliegen noch einmal vertieft ansehen soll, dann bin ich damit einverstanden.

Ich kann deshalb meinen Antrag zurückziehen in der Erwartung, dass das Problem von der praktischen Seite her, von der Realität her, dann auch gelöst wird.

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

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

*Übrige Bestimmungen angenommen  
Les autres dispositions sont adoptées*

### Ziff. 3 Art. 25a

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Pflegeleistungen bei Krankheit

*Abs. 1*

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

*Abs. 2*

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

*Abs. 3*

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

*Antrag der Minderheit*

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

*Abs. 1bis*

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

*Abs. 4*

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

*Antrag der Minderheit*

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

*Abs. 3*

Der Bundesrat setzt unter Berücksichtigung der kantonalen Unterschiede bei den Lohnkosten die Beiträge fest und passt sie alle zwei Jahre zu Beginn des Kalenderjahres gemäss dem Rentenindex nach Artikel 33ter Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) an.

### Ch. 3 art. 25a

*Proposition de la majorité*

*Titre*

Soins en cas de maladie

*Al. 1*

L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription

médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social.

*Al. 2*

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

*Al. 3*

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

*Proposition de la minorité*

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

*Al. 1bis*

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

*Al. 4*

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

*Proposition de la minorité*

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

*Al. 3*

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

*Titel, Abs. 1 – Titre, al. 1*

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

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

Die Pflegeziele werden zusammen mit dem Patienten und dem sozialen Umfeld formuliert. Der Pflegebedarf wird von der Fachperson anhand einer Pflegediagnose formuliert. In der Spitex zum Beispiel wird der Pflegebedarf mit einem sehr detaillierten Instrument, das sämtliche Pflegehandlungen inklusive exakter Zeitangaben vorgibt, eruiert. Angeordnet wird die Pflege aber letztlich immer – und das ist wichtig – von einem Arzt oder einer Ärztin. Die Leistungserbringenden haben es also nicht in der Hand, wie es teilweise herumgeboten wird, die Leistungen, die im Rahmen der Krankenversicherung erbracht werden dürfen, selber zu bestimmen. Die Fachpersonen dürfen von den Vorgaben auch nicht abweichen – dies weder inhaltlich, noch dürfen die Zeitangaben überschritten werden. Allfällige zusätzlich erbrachte Leistungen müssen von der Krankenkasse nicht vergütet werden. Bezüglich der ärztlichen Anordnung sowie der Prüfung der Voraussetzung liegt es an den Versicherern, die Rechnung entsprechend zu kontrollieren. Das Wort «Bei-

trag» – noch einmal – macht klar, dass die Krankenversicherungen nicht die Vollkosten übernehmen müssen.

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

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

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

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

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

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

Ich bitte Sie deshalb dringend, hier der Minderheit zuzustimmen.

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

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

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

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Wir haben ja bereits entschieden, dass der Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu erweitern ist. Künftig sollen auch Bezüger von AHV und Ergänzungsleistungen bei einer Hilflosigkeit leichten Grades Hilflosenentschädigung erhalten, wenn sie zu Hause betreut werden. Damit kann dem Umstand entgegengewirkt werden, dass es wegen hoher Kosten zu Heimeintritten kommen könnte.

Alles in allem möchte ich Sie bitten, dass Sie auch bei dieser Bestimmung der Mehrheit folgen bzw. den Minderheitsantrag ablehnen.

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

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

Vor allem möchte ich aber auf einen zweiten Punkt hinweisen: Der Antrag der Minderheit und indirekt auch der Kantone bedeutet Mehrausgaben von rund 300 Millionen Franken. Ich gehe mit Ihnen einig: Diese Zahlen sind offensichtlich nicht konsolidiert. Im Schreiben der Kantone ist von 50 Millionen Franken die Rede; es ist dann auch davon die Rede, dass Umfragen in den Kantonen einen Betrag von 240 Millionen ergeben haben; und in der Kommission sind wir von 300 Millionen, das heisst gut einem Prämienprozent, ausgegangen. Wer dem Antrag der Minderheit zustimmt, muss bereit sein, entweder die entsprechenden Mittel zusätzlich ins System einzugeben oder diese Mittel von den definitionsgemäss schwereren Fällen im Spital auf die ansich leichteren Fälle nach dem Spitalaustritt zu übertragen. Ich glaube kaum, dass dies der richtige Weg ist. Man mag nun einwenden, dass bei Ablehnung des Minderheitsantrages die Leute dann eben länger im Spital bleiben würden. Das dürfte aber spätestens mit der in der Spitalfinanzierung vorgesehenen leistungsbezogenen Abgeltung mit Fallpauschalen nicht mehr der Fall sein.

Ich lade Sie deshalb ein, den Minderheitsantrag abzulehnen.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Brändli** Christoffel (V, GR): Worüber diskutieren wir hier eigentlich? Es geht ja darum, die Kosten dieser Tagesleistungen aufzuteilen: Einen Teil übernimmt die öffentliche Hand, einen Teil die Spitex, und den restlichen Teil übernehmen die Patienten. Um welche Beträge geht es hier? Man kann von einem Tagesaufwand in der Grössenordnung von 100 Franken ausgehen. 60 Franken zahlen schon bisher die Kassen, 20 Franken die öffentliche Hand, und 20 Franken beträgt die Kostenbeteiligung des Patienten. Das ist die Ausgangslage. Es ist natürlich falsch, wenn wir jetzt sagen: Der Patient bleibt dann freiwillig im Spital, wenn er diese 20 Franken bezahlen muss. Im Spital muss er eine Kostenbeteiligung von 20 Prozent auf 800 Franken bezahlen; das ist ein wesentlich höherer Beitrag. Diese Argumentationsschiene funktioniert also nicht.

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

Zur Kostenverschiebung: Das Ziel der Vorlage ist es ja, dass man das, was man heute bezahlt, weiterhin bezahlt, dass man aber in diese Vorlage nicht Mehrleistungen einbaut. Ich bitte Sie deshalb, den Antrag der Minderheit abzulehnen.

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

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

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

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

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

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

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

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit .... 14 Stimmen

Dagegen .... 28 Stimmen

#### *Abs. 2 – Al. 2*

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

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

#### *Abs. 3 – Al. 3*

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

Wie der Pflegebedarf ermittelt wird, habe ich Ihnen bereits früher dargelegt. Es gibt dafür ausgeklügelte Instrumente, und der Bedarf wird laufend überprüft. Ich möchte hier auch nochmals klarmachen, dass der Pflegebedarf letztlich via Ärztin oder Arzt verordnet wird. Die Pflegeleistung soll «in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig» erbracht werden. Damit wird ausgedrückt, dass es in der Pflege nicht für alle Pflegemassnahmen professionelle Pflegefachleute braucht. Für einfache, immer wiederkehrende Handlungen können auch Laien angelernt werden. Dies wird heute so praktiziert und soll so bleiben.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Un autre aspect me paraît plus acceptable: on ne combattrait pas un système qui prévoit une adaptation automatique des contributions selon l'indice des rentes AVS. Mais, comme c'est lié à la première proposition – qui est inadmissible –, nous vous proposons de repousser la proposition de la minorité Leuenberger-Solothurn.

Dans le cadre des discussions au Conseil national, nous serons d'accord de discuter sur l'adaptation automatique en fonction des rentes AVS; on ne s'y opposera pas. Mais alors, on s'oppose fermement au risque de voir le Conseil national reprendre l'idée des contributions tenant compte des différences cantonales dans les charges salariales.

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

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit .... 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 12 Stimmen

#### Abs. 4 – Al. 4

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

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

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

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

Selbstverständlich habe ich bisher immer die Kantone zitiert, und ich will es aus Fairnessgründen auch hier tun. Die Kantone wehren sich mit Händen und Füssen und, wie sie schreiben, «entschieden» gegen diesen Antrag. Aber wie dem auch immer sei, ich finde, die Kommission hat sich zu

wenig über dieses Problem gebeugt, dass man im Krankbett verarmen kann. Das kann kein sozialpolitisches Ziel in diesem Lande, in diesem Gesetz sein. Wir brauchen dringend eine entsprechende Lösung. Es gibt hier ja einen Lösungsansatz, der dann in der Luft zerrissen wird, und Herr Brändli hat mir angekündigt, er würde dann glossenartig sagen, der zweite Satz dieses Antrages würde bedeuten, dass die Krankenkassen nichts mehr bezahlen müssten.

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

Das ist, glaube ich, die ganz grosse Frage, die sich hier stellt. Unabhängig davon, was hier und jetzt entschieden werden soll und was allenfalls an juristischen Spitzfindigkeiten von den Krankenkassen-Generalen noch herausgefunden wird – die Frage muss beantwortet werden: Wie verhindern wir in diesem Land, dass die Leute im Krankbett verarmen? Ich bitte Sie, mal der Minderheit zuzustimmen. Wenn es dann wahr sein sollte, was Juristen vermuten, dann kann der Nationalrat diese Sache immer noch anschauen. Er wird es ohnedies tun müssen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich im Nationalrat Mehrheiten finden lassen für eine Lösung, die diese Grundfrage unbeantwortet lässt. Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

instruments répondent aux besoins des personnes moins âgées.

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

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

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

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit .... 10 Stimmen

Dagegen .... 28 Stimmen

#### **Ziff. 3 Art. 49 Abs. 1**

##### *Antrag der Kommission*

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

#### **Ch. 3 art. 49 al. 1**

##### *Proposition de la commission*

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

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Ziff. 3 Art. 50**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Titel*

Kostenübernahme im Pflegeheim

##### *Text*

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

#### **Ch. 3 art. 50**

##### *Proposition de la commission*

##### *Titre*

Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

##### *Texte*

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

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

*Angenommen – Adopté*

### **Ziff. 3 Art. 104a**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

### **Ch. 3 art. 104a**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

### **Ziff. Ia**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Übergangsbestimmungen

*Abs. 1*

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

*Abs. 2*

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

*Antrag der Minderheit*

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

*Abs. 1*

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

### **Ch. Ia**

*Proposition de la majorité*

*Titre*

Dispositions transitoires

*Al. 1*

Le montant des contributions aux soins selon l'article 25a est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des remboursements effectués pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social en 200X. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

*Al. 2*

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

*Proposition de la minorité*

(Leuenberger-Solothurn, Fetz, Ory)

*Al. 1*

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

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

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

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

Ich bitte Sie, diese Minderheit zu unterstützen.

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

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

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

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 25 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 9 Stimmen

### **Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

### **Ch. II**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*  
Für Annahme des Entwurfes .... 28 Stimmen  
Dagegen .... 7 Stimmen  
(2 Enthaltungen)

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*  
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse  
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte  
*Proposition du Conseil fédéral*  
Classer les interventions parlementaires  
selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

n

05.025

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

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)

Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

Ständerat/Conseil des Etats 19.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.06.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

---

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

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

Damit einigermaßen Rechtssicherheit geschaffen und eine massive Kostenverlagerung auf die Krankenversicherer verhindert werden kann, gilt seit 2005 ein dringliches Bundesgesetz, mit welchem die Pflegegarfe gemäss den Rahmen-tarifen eingefroren worden sind. Im Februar 2005 hat der Bundesrat die Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgelegt, mit welchem insbesondere zwei Reformziele erreicht werden sollen: Zum einen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum anderen geht es darum, die Krankenversicherung, welche im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich zu belasten. Als Erstrat hat der Ständerat die Pflegefinanzierung an der letztjährigen Herbstsession in Flims diskutiert. In Abweichung zum bundesrätlichen Entwurf hat der Ständerat ein eigenes Modell entwickelt, im Wesentlichen mit folgendem Inhalt: Die Versicherer zahlen Beiträge an die Pflegeleistungen einzig nach dem Pflegebedarf und unabhängig vom Ort der Behandlung, also unabhängig davon, ob der Patient in einem Pflegeheim, in einer Tageseinrichtung, ambulant oder zu Hause gepflegt wird. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und setzt die Beiträge in Franken fest. Mit einer Übergangsbestimmung will der Ständerat Kostenneutralität garantieren, das heisst, dass die Einführung der neuen Pflegefinanzierung kostenneutral erfolgt und die derzeit rund 2 Milliarden Franken betragenden Pflegekosten nicht ansteigen sollen.

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

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

1. Eine verstärkte Koordination der Krankenversicherungsleistungen mit der Hilflosenentschädigung und den Ergänzungsleistungen. Bei der Hilflosenentschädigung wird die bisherige Karenzfrist von einem Jahr für eine Hilflosigkeit schweren oder mittleren Grades aufgehoben. Zudem werden Bedarfsabklärungen und Leistungen mit denjenigen der Krankenversicherung koordiniert. Bei den Ergänzungsleistungen wird die Vermögensfreigrenze für die Berechnung der Ergänzungsleistungen sowie für selbstbewohntes Wohneigentum erhöht. Zudem beantragt die Kommissionsmehrheit, dass die Kantone die Kosten für einen Heimaufenthalt nur so weit begrenzen können, dass keine Person durch den Aufenthalt in einem Heim Sozialhilfe benötigt.

2. Die Belastung der Patientinnen und Patienten durch nichtgedeckte Pflegekosten wird begrenzt. Das heisst, dass der von der Krankenversicherung nichtgedeckte Teil nur bis zu einem bestimmten Betrag den Patienten verrechnet werden darf. Gemäss Kommissionsmehrheit sind das höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festgesetzten Maximalbetrages der Versicherer. Für den Rest haben die Kantone aufzukommen. Zu berücksichtigen ist, dass in Pflegeheimen die Hotellerie- und Betreuungskosten voll zulasten der Patienten gehen.

3. Einrichtungen mit ambulanten Tages- und Nachtstrukturen werden als zugelassene Leistungserbringer aufgenommen.

4. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung muss neu für eine vom Bundesrat zu bestimmende Dauer die Kosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege übernehmen.

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

Für die Krankenversicherer gibt es spürbare Mehrkosten durch die Übernahme der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege. Die Kosten dieser Massnahme werden unterschiedlich hoch geschätzt. Die Verwaltung rechnet mit zusätzlichen Kosten von 130 Millionen Franken, die Leistungserbringer mit maximal 250 Millionen Franken, und die Versicherer sprechen von Mehrkosten zulasten der Krankenversicherer von gegen 600 Millionen Franken. Der genaue Betrag wird von der Definition der Übergangspflege und deren Dauer abhängen. Für die Kantone fallen auch Mehrkosten an, einerseits durch den Einbezug in die finanzielle Mitverantwortung bei den Pflegekosten, andererseits auch durch die Erhöhung der Freibeträge bei den Ergänzungsleistungen.

Die Verwaltung beziffert die Mehrkosten auf netto 268 Millionen Franken, währenddem die Kantone von 300 bis 340 Millionen Franken an Mehrkosten sprechen. Der Ständerat wird sich mit den Differenzen zu seiner Fassung und den geschätzten Kostenverlagerungen zulasten der Krankenversicherer und der Kantone nochmals auseinandersetzen und gegebenenfalls auch Korrekturen vornehmen müssen.

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

Zudem soll kein Mensch wegen Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig werden.

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

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

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE), pour la commission: Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 1996 de la loi sur l'assurance-maladie, la célèbre LAMal, l'assurance obligatoire des soins doit rembourser les frais de soins au même titre que les autres prestations du catalogue, comme cela avait du reste été promis au cours de la campagne référendaire; d'ailleurs, cela a certainement joué un rôle dans l'acceptation du projet par le peuple.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission demande aussi qu'une meilleure coordination soit assurée entre les différentes assurances sociales, revendication qui était déjà formulée en 1992 lors des débats parlementaires sur la LAMal. Cette question doit faire l'objet d'un rapport du Conseil fédéral, pour permettre au Conseil des Etats de prendre sa décision en toute connaissance de cause, un certain nombre d'éléments devant être éclaircis, notamment sur la situation dans l'AVS, mais aussi dans l'AI, sur les possibilités de coordination existantes et, le cas échéant, sur la manière d'optimiser au mieux la volonté de coordination. N'ayant pas suffisamment d'éléments en notre possession, nous vous prions de créer une divergence avec le Conseil des Etats pour nous donner la possibilité d'approfondir ces questions.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

**Hassler Hansjörg (V, GR):** Bei der Pflegefinanzierung besteht Handlungsbedarf. Wir haben ja jetzt einige Zeit mit dringlichen Bundesbeschlüssen und dem Einfrieren der Pflegegaranten gearbeitet. Diese Zeit ist nun vorbei. Wir müssen neue, nachhaltige Lösungen für die Pflegefinanzierung finden. Aber die Voraussetzungen, in diesem Bereich neue Lösungen zu finden, sind nicht sehr günstig. Es fehlt noch weitgehend die Kostentransparenz im Pflegebereich. Auch ist die Kostenaufteilung in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich.

Bundesrat und Ständerat schlagen vor, dass die Kostenbeteiligung der Versicherer auch betragsmässig etwa im gleichen Umfang erfolgen soll wie bisher. Das hat bei steigen-

den Pflegekosten, wie sie absehbar sind, klar zur Folge, dass die pflegebedürftigen Personen mehr zur Kasse gebeten werden. Irgendjemand muss diese Kostensteigerung dann ja auch bezahlen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La solution forfaitaire préconisée par le Conseil fédéral et modifiée par le Conseil des Etats pourrait avoir un effet de rationnement indirect inopportun. Un tel modèle rigide peut ouvrir la porte à de nombreux dérapages avec, à la limite, le risque de réduire la prise en charge des personnes âgées à un minimum du minimum indigne.

Il paraît dès lors normal qu'en dehors du traitement médical proprement dit, les soins aigus et de transition soient pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Cela donne manifestement plus de flexibilité. Les mesures de rationalisation nécessaires découleront par contre des critères de qualité et

d'économicité du traitement en vertu de l'article 25a alinéa 3 qui reste à définir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich bitte Sie also, auf die Vorlage einzutreten.

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

«ambulant» und «stationär» als gleichwertig angesehen werden. Doch diese Bestimmung wurde bis heute nicht umgesetzt. Kaum war das Krankenversicherungsgesetz eingeführt, wurde vielmehr begonnen, über die horrenden, steigenden Pflegekosten zu jammern, obwohl – nüchtern betrachtet – die Pflege, gemessen am Gesamtsystem, nur einen kleinen Teil ausmacht.

Werfen wir deshalb zu Beginn einen Blick auf die wesentlichen Zahlen, weil wir ja hier bei der anschliessenden Beratung der einzelnen Artikel entscheiden werden, wie wir diese Kosten verteilen werden, weil es um die Finanzierung geht. Die Tageskosten für den Aufenthalt im Pflegeheim betragen heute, basierend auf Zahlen aus dem Jahr 2005, durchschnittlich 234 Franken. Das führt zu jährlich rund 6,9 Milliarden Franken. Davon machen die Pflegekosten 2,7 Milliarden aus, das gibt durchschnittliche Pflegekosten von 92 Franken pro Tag.

Warum gebe ich diese Zahlen ganz am Anfang bekannt? Weil ich weiss: Wenn wir später über die Verteilung dieser Kosten reden werden, kommen ganz unterschiedliche Resultate heraus. Es war eine der Schwierigkeiten bei der Beratung dieser Vorlage, dass schon in der Kommission während den Hearings völlig verschiedene Zahlen gesetzt wurden, wenn es um die Belastung der einzelnen Kostenträger ging. Einmal behauptete man, es handle sich um eine Milliarde, dann wieder hiess es, es handle sich um eine halbe Milliarde Franken. Es ist bedauerlich, dass man heute in der Schweiz die genaue Zahl der Hühner und Hühnerställe kennt, aber dort, wo es um die Verteilung wesentlicher Kosten in Milliardenhöhe geht, auf unbefriedigende Schätzungen angewiesen ist und, vereinfacht gesagt, jeder und jede ein bisschen behaupten kann, was er oder sie gerade will.

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

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

1. Pflegebedürftige Personen haben ein Recht auf die ihnen entsprechende Pflege, sei es zu Hause, ambulant oder stationär in einem Heim. Wir begrüssen es, dass die Krankenversicherer die volle Finanzierung der Akut- und Übergangspflege während einer gewissen Zeit übernehmen müssen. Diese Sicherung der Pflegefinanzierung ist auch dringend nötig, weil wir auf der anderen Seite, bei der Spitaffinanzierung, die Fallpauschalen beschlossen haben. Denn die Patientinnen und Patienten dürfen nicht wie heisse Kartoffeln möglichst schnell weitergereicht werden. Gesamtwirtschaftlich nützt es nichts, wenn die Aufenthaltsdauer in den Akuts-

pitälern gesenkt wird und dann die Behandlung umso länger einfach in Rehas oder von der Spitex weitergeführt werden muss.

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

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

Aus diesen Gründen stimmt die grüne Fraktion für Eintreten.

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

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

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

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

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

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

Die Mehrheit der SGK hat eine Vorlage verabschiedet, die Verbesserungen enthält. Dazu gehört die Anpassung der Vermögensfreigrenzen im Rahmen des ELG, insbesondere für selbstbewohntes Wohneigentum. Dazu gehört auch der Einbezug der Akut- und Übergangspflege durch Spitex und Heime, und dazu gehört auch die Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die zentrale Frage betrifft jedoch die Begrenzung der Kosten, welche bei der Pflege auf die privaten Haushalte überwältigt werden sollen. Diese Kostenbegrenzung befürwortet unsere SGK im Gegensatz zum Ständerat. Das ist gut so. Allerdings sind die Belastungen für die Patienten und Patientinnen immer noch zu hoch, weshalb wir dann in der Detailberatung auch ein sozialeres und einfacher umsetzbares Modell vorschlagen werden.

In diesem Sinne wird die SP-Fraktion auf die Vorlage eintreten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La majorité de la commission limite la participation des personnes elles-mêmes à 20 pour cent au maximum du montant de la contribution aux soins fixé par le Conseil fédéral, les coûts supplémentaires seraient pris en charge par le canton. Elle biffe aussi le chiffre la, «Dispositions transitoires», qui est trop rigide et institue au chiffre la la coordination avec la loi fédérale sur les prestations complémentaires, modifiée par le récent projet de répartition des tâches et de péréquation financière, la fameuse RPT.



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

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

La proposition de la majorité de la commission permet aussi aux cantons de limiter les frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home, mais cette limitation doit être fixée de telle sorte que la personne n'ait pas besoin de recourir à l'aide sociale. Nous soutenons aussi ces mesures de politique sociale.

Nous entrons donc en matière et nous soutiendrons la majorité à tous les articles, et nous vous invitons à en faire de même. Ce projet fournit enfin une bonne solution au problème du financement des soins en apportant la couverture promise par la LAMal et une prise en charge des coûts limitée pour les patients qui ont besoin de ces soins. Ils ne doivent pas être appauvris ou mis dans une situation financière difficile à cause de ces soins.

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

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

Divers milieux brandissent l'épouvantail du vieillissement de la population et le mettent en relation avec la hausse des dépenses de santé, alors qu'il y a eu ralentissement de la hausse des coûts dans ce secteur. Ce discours culpabilisant, qui stigmatise les personnes âgées, est indigne d'un pays riche comme la Suisse. Il provoque colère et ressentiment chez celles et ceux qui ont contribué à notre prospé-

rité. Ils se sentent mis de côté, de trop ou responsables de la hausse des cotisations de l'assurance-maladie. En outre, ce discours est faux. Des études démontrent que ce n'est pas tant le vieillissement de la population qui est en cause, mais d'autres facteurs, tels que la professionnalisation des dépenses de santé, le recul du travail gratuit des femmes, les changements économiques, sociaux et culturels.

Il faut dénoncer la confusion entre vieillissement et maladie que l'on voit même dans le numéro de l'excellente revue «Perspectives» consacré à cette révision: on amalgame âge et maladie, on ose dire qu'on ne fait pas la distinction, dans les soins des personnes âgées, entre ceux qui sont dus à l'âge et ceux qui sont dus à la maladie. Comme syndique visitant les nonagénaires dans ma commune, je rencontre les deux tiers d'entre eux vivant à domicile. Ceux qui sont placés et ont besoin de soins médicaux et de base, besoin d'hébergement, le sont parce qu'ils sont malades, vérité qu'il me semble bon de rappeler. Maladie et âge ne sont pas synonymes, et il faut rappeler aussi que l'état de santé évolue au même rythme, voire peut-être plus rapidement que l'espérance de vie. L'espérance de vie sans incapacité s'élève aussi rapidement que l'espérance de vie en général, ce qui veut dire que la proportion de personnes âgées en bonne santé augmente. Le vieillissement n'est donc pas une cause importante d'augmentation des coûts de la santé, tel est l'avis d'un démographe français reconnu.

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

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

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

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

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: Le 4 décembre 2003, votre commission a donné mandat au Conseil fédéral, par la motion 00.079, «Réforme du financement des soins», de soumettre un projet pour un nouveau régime de financement des soins. Le but principal de la réforme était de limiter la charge totale de l'assurance-maladie et d'éviter que les coûts des soins dus à l'âge soient entièrement supportés par l'assurance-maladie.

Le 16 février 2005, le Conseil fédéral a proposé dans son message un financement des soins axé, le plus possible, sur le système de la LAMal. Ce projet a été rejeté par les acteurs concernés, par les cantons notamment, car le système

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

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

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

La réforme proposée du financement des soins ne provoque pas de modification fondamentale du côté des prestations, qui seront définies par le Conseil fédéral, comme c'est déjà le cas maintenant. Elle lui laisse toute latitude de maintenir le système actuel de prise en charge échelonné par niveaux de soins requis et par catégories de prestations.

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

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

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

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

charge, pour une période limitée, les coûts des soins aigus et de transition.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

An der Pressekonferenz vom 29. September 1995 hat die damalige Bundesrätin, Frau Ruth Dreifuss, über die zusätzli-

chen Kosten für Pflegeheime ausgeführt: «Die rund 685 Millionen Franken an zusätzlichen Leistungen der Krankenkassen zugunsten von Pflegeheimen wurden gestützt auf die höchsten Annahmen in Bezug auf die Schätzung der jährlichen Pflegetage errechnet: 14 Millionen. Der entsprechende Tagesansatz beträgt 50 Franken.»

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

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

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

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

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*

*L'entrée en matière est décidée sans opposition*

## **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

### **Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

*Detailberatung – Discussion par article*

#### **Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Titre et préambule, ch. I introduction**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

#### **Ziff. 1 Art. 43bis**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 1bis, 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

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

#### **Ch. 1 art. 43bis**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 1bis, 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

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

*Angenommen – Adopté*



*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses**Abstimmung – Vote**(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 05.025/4564)*Für Annahme der Ausgabe .... 157 Stimmen  
(Einstimmigkeit)*Das qualifizierte Mehr ist erreicht**La majorité qualifiée est acquise***Ziff. 2 Art. 3a Abs. 3***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

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

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

*Abs. 1bis*

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

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

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

**Ch. 2 art. 3c***Proposition de la commission**Al. 1 let. c*

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

*Al. 1bis*

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

a. lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital; ou

b. lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire et vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

*Angenommen – Adopté**Ausgabenbremse – Frein aux dépenses**Abstimmung – Vote**(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 05.025/4565)*Für Annahme der Ausgabe .... 157 Stimmen  
(Einstimmigkeit)*Das qualifizierte Mehr ist erreicht**La majorité qualifiée est acquise***Ziff. 2 Art. 5 Abs. 3 Bst. a***Antrag der Mehrheit*

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

*Antrag der Minderheit*

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

Unverändert

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

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

*Proposition de la minorité*

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

Inchangé

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

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

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

Wir bitten Sie daher, die Minderheit zu unterstützen.

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

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

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


**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 43bis Ausgabenbremse

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.06.2007 18:17:12

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amherd	+	C	VS
Arnstutz	+	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Barthassat	+	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	*	-	ZH
Beck	*	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bernhardsgrütter	+	G	SG
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder	*	V	ZH
Borer	*	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	*	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bührer	*	R	SH
Burkhalter	*	R	NE
Carobbio Guscetti	+	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas	+	C	GR
Chappuis	+	S	FR
Chevrier	+	C	VS
Daguet	+	S	BE
Darbella	+	C	VS
De Buman	*	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	*	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	*	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH

Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	*	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	+	G	BE
Füglister	+	V	AG
Gadient	+	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	*	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glanzmann	+	C	LU
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	*	S	ZH
Guisan	+	R	VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	+	S	ZH
Haller	*	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	*	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	*	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calame	+	G	NE
Kaufmann	o	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE

Kleiner	+	R	AR
Kohler	+	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat	*	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	*	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	*	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Michel	+	R	GR
Miesch	+	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli	*	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	+	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Mürli	+	V	LU
Nordmann	+	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehri	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	*	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	+	G	VD
Rennwald	+	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI

Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Savary	+	S	VD
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk	*	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schluer	+	V	ZH
Schmid Walter	*	V	BE
Schneider	*	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Schweizer Urs	+	R	BS
Siegrist	*	-	AG
Simoneschi-Cortesi	*	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spuhler	*	V	TG
Stahl	*	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Suter	*	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	*	S	ZH
Theiler	*	R	LU
Triponoz	+	R	BE
Tschümperlin Andy	+	S	SZ
Vanek	*	-	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	+	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	*	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weyeneth	*	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	*	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zeller	*	R	SG
Zemp	+	C	AG
Zisayadis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	24	14	26	47	4	39	3	157
nein / non / no	0	0	0	0	0	0	0	0
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	1	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	0	14	5	1	15	3	42
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

 Bedeutung Ja / Signification de oui:  
 Bedeutung Nein / Signification de non:

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

ELG

Art. 3c, Abs. 1 (Ausgabenbremse)

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.06.2007 18:18:23

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amherd	+	C	VS
Amstutz	+	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Barthassat	+	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	*	-	ZH
Beck	*	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bernhardsgrütter	+	G	SG
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder	*	V	ZH
Borer	*	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	*	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bührer	*	R	SH
Burkhalter	*	R	NE
Carobbio Guscetti	+	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas	+	C	GR
Chappuis	+	S	FR
Chevrier	+	C	VS
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	*	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	*	R	GE
Egerszegi-Obrist	*	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	*	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH

Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	*	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	+	G	BE
Füglistaller	+	V	AG
Gadient	+	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	*	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glanzmann	+	C	LU
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	*	S	ZH
Guisan	+	R	VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	+	S	ZH
Haller	*	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	*	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	*	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calame	+	G	NE
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE

Kleiner	+	R	AR
Kohler	+	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat	*	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	*	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Michel	+	R	GR
Miesch	+	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli	*	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	+	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Mürli	+	V	LU
Nordmann	+	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehri	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	*	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	*	S	BS
Recordon	*	G	VD
Rennwald	+	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI

Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Savary	+	S	VD
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk	+	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüter	+	V	ZH
Schmied Walter	*	V	BE
Schneider	*	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Schweizer Urs	+	R	BS
Siegrist	*	-	AG
Simoneschi-Cortesi	*	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spuhler	*	V	TG
Stahl	*	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Suter	*	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	*	S	ZH
Theiler	*	R	LU
Triponoz	+	R	BE
Tschümperlin Andy	+	S	SZ
Vanek	*	-	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Manqold	+	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	*	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weyeneth	*	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	*	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zeller	*	R	SG
Zemp	+	C	AG
Zisnyadis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	24	13	26	46	4	41	3	157
nein / non / no	0	0	0	0	0	0	0	0
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	1	14	6	1	14	3	43
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui:  
Bedeutung Nein / Signification de non:

der Grundsatz, dass solche Personen nicht Sozialhilfe benötigen dürfen.

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

Ich ersuche Sie also, hier der Minderheit zu folgen und die Mehrheit abzulehnen.

**Müller Geri (G, AG):** Die grüne Fraktion empfiehlt Ihnen, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Die Grenzen der berücksichtigten Kosten werden von den Kantonen individuell festgelegt. Also liegt es auf der Hand, dass sie auch unterschiedlich hoch sein werden. Dies kann in Einzelfällen, zum Beispiel bei einem Umzug von einem Kanton in den anderen, auch unterschiedliche Leistungen bedeuten. Für Einzelfälle – ich betone: für Einzelfälle – macht es also durchaus Sinn, die Sozialhilfe nicht generell auszuschliessen, wie dies mein Vorredner, Geri Müller, fast tun will.

2. Man tut nun so, als sei die Abhängigkeit von Sozialhilfe grundsätzlich etwas Schlechtes. Nein, das soziale Netz kommt oft nur kurz befristet zum Tragen, wenn alle anderen Stricke reissen. Dies soll nun mit der abschliessenden Regelung der Mehrheit ausgeschlossen werden.

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

Ich bitte Sie, der Minderheit Hassler zu folgen und somit auf die Fassung von Bundesrat und Ständerat einzuschwenken.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen und der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen, weil mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung ein grosser Teil der Kosten auf die privaten Haushalte und damit auf die Menschen überwälzt wird, die auf Pflege angewiesen sind. Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen, weil die Kostenverlagerung vom Kanton zu den Gemeinden und von einem Bedarfsleistungssystem ins andere ineffizient, bürokratisch und teuer ist. Denn damit wird nur das gesamte System unnötig kompliziert.

Folgen Sie der Kommissionsmehrheit, weil die Pflegebedürftigkeit durch die verschiedenen Sozialversicherungsträger und die Ergänzungsleistungen abgesichert sein soll, zumal die Patientinnen und Patienten einen beträchtlichen Teil der Kosten mittragen müssen und keine Lücke entstehen darf. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen, weil niemand wegen langjähriger Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig werden soll. Denn in einer solchen Lebenssituation ist das für diese Menschen zusätzlich entwürdigend.

**Couchepin Pascal,** conseiller fédéral: L'article 5 alinéa 3 lettre a comporte une disposition – je vous l'ai dit lors du débat

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

*Abstimmung – Vote*

*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.025/4566)*

Für den Antrag der Mehrheit .... 85 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 79 Stimmen

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 3 Art. 25a**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

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

*Abs. 1bis*

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

*Abs. 2*

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

*Abs. 3*

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

*Abs. 4*

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

*Abs. 5*

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

*Antrag der Minderheit*

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

*Abs. 2*

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

*Abs. 3*

Die restlichen Kosten werden von der öffentlichen Hand übernommen.

*Abs. 5*

Streichen

**Ch. 3 art. 25a**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

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

*Al. 1bis*

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

*Al. 2*

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

*Al. 3*

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

*Al. 4*

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

*Al. 5*

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

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

ELG

Art. 5, Abs. 3, Bst. a

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.06.2007 18:48:19

Abate	=	R	TI	Fehr Mario	+	S	ZH	Kleiner	=	R	AR	Rossini	+	S	VS
Aeschbacher	+	E	ZH	Fluri	=	R	SO	Kohler	+	C	JU	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Föhn	*	V	SZ	Kunz	=	V	LU	Ruey	=	R	VD
Amherd	+	C	VS	Freysinger	=	V	VS	Lang	+	G	ZG	Rutschmann	=	V	ZH
Amstutz	=	V	BE	Frösch	+	G	BE	Laubacher	=	V	LU	Savary	+	S	VD
Aubert Josiane	+	S	VD	Füglistaller	=	V	AG	Leuenberger Genève	+	G	GE	Schelbert Louis	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Gadient	=	V	GR	Leutenegger Filippo	=	R	ZH	Schenk	=	V	BE
Bader Elvira	+	C	SO	Gallade	+	S	ZH	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenker	+	S	BS
Banga	+	S	SO	Garbani	*	S	NE	Levrat	*	S	FR	Scherer Marcel	=	V	ZH
Barthassat	+	C	GE	Genner	+	G	ZH	Loepfe	=	C	AI	Schibli	=	V	ZH
Baumann Alexander	=	V	TG	Germanier	*	R	VS	Lustenberger	*	C	LU	Schlüer	=	V	ZH
Bäumle	*	-	ZH	Giezendanner	*	V	AG	Markwalder Bär	=	R	BE	Schmied Walter	=	V	BE
Beck	o	R	VD	Glanzmann	+	C	LU	Marti Werner	+	S	GL	Schneider	*	R	BE
Berberat	+	S	NE	Glasson	=	R	FR	Marty Kälin	+	S	ZH	Schwander	=	V	SZ
Bernhardsgrütter	+	G	SG	Glur	=	V	AG	Mathys	=	V	AG	Schweizer Urs	=	R	BS
Bigger	=	V	SG	Goll	+	S	ZH	Maurer	*	V	ZH	Siegrist	*	-	AG
Bignasca Attilio	*	V	TI	Graf Maya	+	G	BL	Maury Pasquier	+	S	GE	Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Binder	*	V	ZH	Graf-Litscher Edith	+	S	TG	Meier-Schatz	+	C	SG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Borer	=	V	SO	Gross Andreas	*	S	ZH	Menétrey-Savary	+	G	VD	Spuhler	*	V	TG
Bortoluzzi	=	V	ZH	Guisan	+	R	VD	Messmer	=	R	TG	Stahl	*	V	ZH
Bruderer	+	S	AG	Günter	+	S	BE	Meyer Thérèse	+	C	FR	Stamm Luzi	=	V	AG
Brun	+	C	LU	Gutzwiller	=	R	ZH	Michel	=	R	GR	Steiner	=	R	SO
Brunner Toni	*	V	SG	Gysin Hans Rudolf	*	R	BL	Miesch	=	V	BL	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	=	R	GE	Gysin Remo	+	S	BS	Moret Isabelle	=	R	VD	Studer Heiner	+	E	AG
Büchler	+	C	SG	Häberli	+	C	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Stump	+	S	AG
Bugnon	=	V	VD	Haering	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Suter	*	R	BE
Bührer	*	R	SH	Haller	*	V	BE	Müller Philipp	=	R	AG	Teuscher	+	G	BE
Burkhalter	*	R	NE	Hämmerle	+	S	GR	Müller Thomas	=	C	SG	Thanei	*	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany Urs	+	C	ZH	Müller Walter	=	R	SG	Theiler	*	R	LU
Cassis Ignazio	=	R	TI	Hassler	=	V	GR	Müller-Hemmi	+	S	ZH	Triponez	=	R	BE
Cathomas	=	C	GR	Hegetschweiler	=	R	ZH	Müri	=	V	LU	Tschümperlin Andy	+	S	SZ
Chappuis	+	S	FR	Heim Bea	+	S	SO	Nordmann	+	S	VD	Vanek	*	-	GE
Chevrier	+	C	VS	Hess Bernhard	=	-	BE	Noser	=	R	ZH	Vaudroz René	=	R	VD
Daguet	+	S	BE	Hochreutener	=	C	BE	Oehrl	=	V	BE	Veillon	=	V	VD
Darbellay	+	C	VS	Hofmann Urs	+	S	AG	Pagan	=	V	GE	Vermot-Mangold	+	S	BE
De Buman	*	C	FR	Huber	=	R	UR	Parmelin	=	V	VD	Vischer	+	G	ZH
Donzé	+	E	BE	Hubmann	+	S	ZH	Pedrina	+	S	TI	Vollmer	+	S	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD	Huguenin	+	-	VD	Pelli	=	R	TI	Waber Christian	*	E	BE
Dunant	=	V	BS	Humbel Näf	+	C	AG	Perrin	=	V	NE	Wäfler	=	E	ZH
Dupraz	=	R	GE	Hutter Jasmin	=	V	SG	Pfister Gerhard	*	C	ZG	Walter Hansjörg	=	V	TG
Egerszegi-Obrist	#	R	AG	Hutter Markus	=	R	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wandfluh	=	V	BE
Eggy	=	R	GE	Imfeld	=	C	OW	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	+	C	SZ
Engelberger	*	R	NW	Ineichen	=	R	LU	Rechsteiner-Basel	+	S	BS	Weyeneth	*	V	BE
Fasel	+	G	FR	Janiak	*	S	BL	Recordon	+	G	VD	Widmer	+	S	LU
Fässler-Osterwalder	+	S	SG	Jermann	=	C	BL	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Fattebert	=	V	VD	Joder	=	V	BE	Rey	+	S	VS	Wyss Ursula	+	S	BE
Favre	=	R	VD	John-Calame	*	G	NE	Reymond	=	V	GE	Zeller	*	R	SG
Fehr Hans	*	V	ZH	Kaufmann	=	V	ZH	Riklin	+	C	ZH	Zemp	=	C	AG
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Keller Robert	=	V	ZH	Rime	=	V	FR	Zisyadis	+	-	VD
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Robbiani	+	C	TI	Zuppiger	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	18	13	2	47	3	0	2	85
nein / non / no	7	0	27	0	1	43	1	79
enth. / abst. / ast.	0	0	1	0	0	0	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	3	1	9	5	1	12	3	34
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

 Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Mehrheit  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit Hassler



*Proposition de la minorité*

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

*Al. 2*

Les bénéficiaires de soins fournissent une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. La contribution maximale par mois correspond à la franchise annuelle ordinaire selon la LAMal.

*Al. 3*

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

*Al. 5*

Biffer

**Goll** Christine (S, ZH): Ich danke zunächst den Kommissionsprecherinnen, dass sie schon bei der Eintretensdebatte klargestellt haben, dass es hier auf der Fahne einen Fehler gibt. Mit unserem Minderheitsantrag wollen wir nämlich weder Absatz 1 bis streichen noch die Absätze 2 und 3 der Mehrheitsfassung ersetzen, sondern unser Minderheitsantrag betrifft die Modellfrage und bezieht sich deshalb ausschliesslich auf Absatz 5 des jetzt diskutierten Artikels. Das heisst, unsere Formulierungen werden zu den Absätzen 5 und 6 gemacht.

Wir schlagen hier ein Modell vor, das gerechter, einfacher und insbesondere berechenbar ist. Gerechter ist das Modell der Minderheit, weil es über alle vier Pflegestufen greift. Wenn wir es mit dem Modell der Mehrheit vergleichen – das wurde in einem Bericht in unserer Kommission erläutert –, stellen wir fest, dass das Mehrheitsmodell erst ab Pflegestufe 3 eine entlastende Wirkung bei der Kostenbegrenzung entfaltet. Unser Modell ist auch deshalb gerechter, weil sich die maximale Belastung für die Patientinnen und Patienten an der heutigen Grundfranchise von 300 Franken im KVG orientiert. Das heisst, diese Kosten von 300 Franken dürften im Maximum pro Monat von den Patientinnen und Patienten erhoben werden. Das würde eine Belastung von 10 Franken pro Tag oder, bei schwerer Pflegebedürftigkeit, von maximal 3600 Franken pro Jahr ausmachen. Auch hier wieder der Vergleich mit dem Modell der Mehrheit: Bei der Mehrheit würde die maximale Kostenbelastung für die pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten über 7000 Franken pro Jahr betragen, also fast doppelt so viel wie beim Modell der Minderheit.

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

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

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

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

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

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

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

Die SVP-Fraktion unterstützt daher die Mehrheit.

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

**Schenker** Silvia (S, BS): Wir sind jetzt beim eigentlichen Kernstück der Vorlage. Das Ziel ist es ja, im Falle einer Pflegebedürftigkeit die Beteiligungen von Patientinnen und Patienten an den anfallenden Kosten zu definieren. Es stehen zwei Varianten zur Wahl: Sie haben auf der einen Seite den Mehrheitsantrag, der die Kosten auf 20 Prozent eines noch festzulegenden Tarifs beschränkt. Auf der anderen Seite steht der Minderheitsantrag Goll.

Das Modell der Mehrheit hat Tücken: Erstens ist im Moment noch nicht klar, wie hoch der Tarif sein wird. Zweitens führt das Berechnungssystem dazu, dass eine finanzielle Entlastung erst für die oberen Pflegestufen eintritt; das heisst, es gibt eine Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Personen. Ausserdem ist gemäss Auskunft der Verwaltung das Modell der Mehrheit in der Praxis schwieriger umzusetzen. Die jährliche Belastung wird beim Modell der Mehrheit bei etwa 7000 Franken pro Person liegen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE), pour la commission: Cela a été évoqué tout à l'heure, il est très difficile de savoir si et combien les assureurs devront payer en plus, et si et combien les cantons devront payer en plus, et cela d'autant que, selon l'alinéa 3, c'est le Conseil fédéral qui fixera les montants des contributions à prendre en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, et que nous ne savons bien évidemment pas encore sur quelle base ces montants

seront déterminés. Il s'agira certainement de faire un arbitrage entre assureurs et cantons, et il y a en fait fort à craindre que, dans cet arbitrage, les personnes nécessitant des soins se trouvent prises en tenailles et finissent par faire les frais de ce bras de fer.

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

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

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

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

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 95 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 61 Stimmen

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1a**

*Antrag der Kommission*

Streichen

**Ch. 1a**

*Proposition de la commission*

Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. 1b**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

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

*Ziff. 1 Einleitung*

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

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

*Art. 10 Abs. 2 Bst. a*

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

*Art. 11 Abs. 1 Bst. c*

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

*Art. 11 Abs. 1bis*

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

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

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

*Antrag der Minderheit*

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

*Art. 10 Abs. 2 Bst. a*

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

#### **Ch. Ib**

*Proposition de la majorité*

*Titre*

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

*Ch. 1 introduction*

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

*Art. 10 al. 2 let. a*

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

*Art. 11 al. 1 let. c*

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

*Art. 11 al. 1bis*

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

a. lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital; ou

b. lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire et vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

*Proposition de la minorité*

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

*Art. 10 al. 2 let. a*

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

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

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

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

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

#### **Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Ch. II**

*Proposition de la commission*

*Adhérer à la décision du Conseil des Etats*

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.025/4568)*

Für Annahme des Entwurfes .... 151 Stimmen

Dagegen .... 2 Stimmen

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

*Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

07.027

### **Soziale Sicherheit. Abkommen mit Australien Sécurité sociale. Convention avec l'Australie**

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 28.02.07 (BBl 2007 1787)

Message du Conseil fédéral 28.02.07 (FF 2007 1677)

*Bericht SGK-NR 25.04.07*

*Rapport CSSS-CN 25.04.07*

Nationalrat/Conseil national 21.06.07 (Erstrat – Premier Conseil)

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Sie haben einen schriftlichen Bericht erhalten. Die Kommission beantragt einstimmig, dem Bundesbeschluss zuzustimmen und den Bundesrat damit zu ermächtigen, das Abkommen zu ratifizieren.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*

*L'entrée en matière est décidée sans opposition*

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

GesamtAbstimmung

Vote sur l'ensemble

**Abstimmung vom / Vote du: 21.06.2007 19:07:22**

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	*	E	ZH
Ajtemann	*	S	BE
Amherd	+	C	VS
Amstutz	+	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Barthassat	+	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	*	-	ZH
Beck	=	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bernhardsgrütter	+	G	SG
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder	*	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	*	C	LU
Brunner Toni	*	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bührer	*	R	SH
Burkhalter	*	R	NE
Carobbio Guscetti	+	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas	+	C	GR
Chappuis	+	S	FR
Chevrier	+	C	VS
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	*	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguélin	+	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	#	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	*	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH

Fehr Mario	+	S	ZH
Fiuri	+	R	SO
Föhn	*	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	+	G	BE
Füglistaller	+	V	AG
Gadient	+	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	*	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glanzmann	+	C	LU
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	*	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	*	S	ZH
Guisan	+	R	VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	+	S	ZH
Haller	*	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	*	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calame	*	G	NE
Kaufmann	=	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE

Kleiner	+	R	AR
Köhler	+	C	JU
Kunz	o	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	o	V	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat	*	S	FR
Loepfe	o	C	AI
Lustenberger	*	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Mari Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	*	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Michel	+	R	GR
Miesch	+	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli	+	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	+	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Mürli	+	V	LU
Nordmann	+	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehri	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	+	G	VD
Rennwald	*	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI

Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Savary	*	S	VD
Scheibert Louis	+	G	LU
Schenk	+	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	o	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	o	V	ZH
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	*	R	BE
Schwander	o	V	SZ
Schweizer Urs	+	R	BS
Siegrist	*	-	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spuhler	*	V	TG
Stahl	*	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Süter	*	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	*	S	ZH
Theiler	*	R	LU
Triponoz	+	R	BE
Tschümperlin Andy	+	S	SZ
Vanek	*	-	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	+	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	*	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weyeneth	*	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	*	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zeller	*	R	SG
Zemp	+	C	AG
Zisyadis	+	-	VD
Zuppiger	o	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	23	13	29	44	3	36	3	151
nein / non / no	0	0	1	0	0	1	0	2
enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	0	6	0	7
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	1	9	8	2	12	3	39
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui:  
Bedeutung Nein / Signification de non:

klausel wird erst nach erfolgter Differenzbereinigung beschlossen.

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*  
Für Annahme des Entwurfes .... 32 Stimmen  
(Einstimmigkeit)  
(0 Enthaltungen)

05.025

## Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

### Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

#### Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)  
Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)  
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)

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

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

*Antrag der Mehrheit*  
Festhalten  
(= Unverändert)

#### *Antrag der Minderheit*

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

.... Grades voraussichtlich von Dauer sein wird. Der Anspruch erlischt am Ende ....

### Ch. 1 art. 43bis al. 2

*Proposition de la majorité*  
Maintenir  
(= Inchangé)

#### *Proposition de la minorité*

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

.... ou moyenne qui sera vraisemblablement de longue durée. Le droit s'éteint ....

**Forster-Vannini Erika** (RL, SG), für die Kommission: Bei Artikel 43bis Absatz 2 haben wir eine Mehrheit und eine Minderheit. Hier geht es um die Anspruchsvoraussetzungen für Entschädigungen bei einer Hilflosigkeit mittleren oder schweren Grades. Der Nationalrat hat sich für zwei Änderungen gegenüber unserer Fassung ausgesprochen. Zum einen soll die einjährige Karenzfrist für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zur AHV aufgehoben werden. Zum anderen sollen die Hilflosenentschädigungen mit den Pflegeleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie mit der Bedarfsabklärung koordiniert werden. Damit soll ein möglichst schneller und unbürokratischer Zugang zu den Leistungen ermöglicht werden.

Die Mehrheit der Kommission bittet Sie, integral an unserer Fassung festzuhalten. Eine Minderheit spricht sich bei der Karenzfrist für die Fassung des Nationalrates aus.

Vorerst äussere ich mich zur geforderten Koordination der Leistungen mit denjenigen der Krankenversicherung. Hierzu stützt sich die Kommission auf die Stellungnahme des Bundesrates zu einer Motion im Nationalrat. Dort hat der Bun-

desrat festgehalten, dass aufgrund der unterschiedlichen Art und Zweckbestimmung der Pflegeleistungen nach KLV und der Hilflosenentschädigung der AHV/IV keine wesentliche Vereinheitlichung der Grundlagen zur Abklärung der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen vorgenommen werden kann. Diese Vorschläge für die Koordination der Leistungen führen zwar zu einer besseren Abstimmung und können Überentschädigungen vermeiden, bringen aber gleichzeitig Abhängigkeiten zwischen den Sozialversicherungen mit sich, welche die Umsetzung anspruchsvoller machen.

Aus diesem Grund schlägt Ihnen die Kommission vor, bei unserer Fassung zu bleiben, und zwar insgesamt. Der Minderheitsantrag betrifft dann die Karenzfrist. Der Bundesrat macht den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung von der Karenzfrist abhängig. Der Nationalrat hat sich darauf geeinigt, dass bereits Anspruch besteht, wenn die Hilflosigkeit voraussichtlich von Dauer sein wird.

Aus Gründen der Rechtsgleichheit mit anderen Bereichen der IV, die alle eine Karenzfrist enthalten, ist Ihre Kommission nicht bereit, hier eine Ausnahme zu machen. Es gibt unserer Ansicht nach keinen triftigen Grund, die Hilflosigkeit nicht wie andernorts anhand einer Karenzfrist belegen zu müssen.

**Fetz Anita** (S, BS): Die Minderheit beantragt Ihnen, gemäss Nationalrat zu entscheiden.

Es geht hier im Prinzip um die Regelung der Koordination und auch der Wartefrist bei der Übergangspflege. Wir sind der Meinung, dass die nationalrätliche Version die Übergangspflege sinnvoller und kostensparender organisiert. Wenn man nämlich ein Jahr lang zuerst beweisen muss, dass man jetzt in diese Kategorie fällt – bei der Koordination zwischen Hilflosenentschädigung und KVG –, ist dies keine überzeugende und schon gar keine patientenfreundliche Regelung. Es geht auch darum, dass dies auch entsprechend abgegolten werden soll.

Ich bitte Sie also, hier der Lösung des Nationalrates zuzustimmen.

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral vous invite à soutenir la proposition de la majorité de la commission pour les raisons qui ont été données il y a un instant par Madame Forster.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 25 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit .... 5 Stimmen

#### *Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

#### *Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Ausgabe .... 33 Stimmen  
(Einstimmigkeit)  
(0 Enthaltungen)

#### *Das qualifizierte Mehr ist erreicht*

*La majorité qualifiée est acquise*

### Ziff. 2 Art. 3c Abs. 1 Bst. c, Abs. 1bis

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

### Ch. 2 art. 3c al. 1 let. c, al. 1bis

*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Forster-Vannini Erika** (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat hat sich bei Artikel 3c Absatz 1 Buchstabe c für eine Erhöhung der Freibeträge ausgesprochen, um ein Zeichen zu setzen. Dabei fasste er eine moderate Erhöhung der Freibeträge um 50 Prozent ins Auge. Bei Alleinstehenden soll der Betrag um 12 500 Franken und bei Ehepaaren um 20 000 Franken erhöht werden. Bei Personen in eigener, selbstbewohnter Liegenschaft schlägt der Nationalrat einen



Betrag von 112 000 anstatt 75 000 Franken vor. Wichtig ist gemäss Nationalrat, dass die Leute ihr Vermögen nicht aufzehren müssen und so nicht zu Sozialhilfeempfängern werden. Die Erhöhung gilt selbstverständlich für alle Betagten, die Ergänzungsleistungen beziehen. Gemäss Berechnung der Verwaltung ergäben sich damit Mehrkosten von insgesamt 66 Millionen Franken, wobei rund 70 Prozent oder 46 Millionen Franken zulasten der Kantone gingen. Wir haben nach ausführlicher Diskussion entschieden, dass wir uns bei Artikel 3c Absatz 1 Buchstabe c dem Nationalrat anschliessen.

Zu Artikel 3c Absatz 1bis: Der Nationalrat will mit seinem Entscheid verhindern, dass Wohneigentümer mit geringem finanziellen Spielraum ihr Wohneigentum zwecks Finanzierung der Pflegekosten veräussern müssen. Durch die Erhöhung der Freigrenze auf 300 000 Franken, wie sie der Nationalrat beschlossen hat, soll sichergestellt werden, dass finanzschwache Eigentümer, die in der Regel in bescheidenen Verhältnissen leben, nicht ihr Haus oder ihre Eigentumswohnung liquidieren müssen, um die Kosten der Pflege zu Hause zu bestreiten.

Wir empfehlen Ihnen, auch bei Artikel 3c Absatz 1bis dem Nationalrat zu folgen.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 1 Bst. c – Al. 1 let. c*

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*

Für Annahme der Ausgabe .... 34 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(0 Enthaltungen)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*

*La majorité qualifiée est acquise*

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

*Antrag der Kommission*

a. .... begrenzen. Die Kantone sorgen dafür, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird;

**Ch. 2 art. 5 al. 3 let. a**

*Proposition de la commission*

a. .... dans un hôpital. Les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médicosocial reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'aide sociale;

**Forster-Vannini Erika (RL, SG)**, für die Kommission: Mit dieser Bestimmung soll gemäss Nationalrat sichergestellt werden, dass niemand einzig wegen seiner Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig wird. Die Grenze wurde bewusst ausschliesslich auf anerkannte Pflegeheime bezogen, das heisst, es werden nur Pflegeheime berücksichtigt, welche auf einer kantonalen Pflegeliste stehen. Diese Pflegeheime haben dem Kanton bezüglich Qualität und Kosten Rechenschaft abzulegen. Insbesondere wird damit sichergestellt, dass keine kostspieligen Pflegeheime mitberücksichtigt werden.

Die Problematik in dieser Frage ist entstanden, weil wir in der NFA-Gesetzgebung im Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (Ifeg) eine ähnliche Formulierung verabschiedet haben. Im Ifeg steht, dass sich die Kantone an den Kosten des Aufenthalts in einer anerkannten Institution so weit beteiligen, dass keine invalide Person wegen dieses Aufenthaltes Sozialhilfe benötigt.

Die Kommission hat festgehalten, dass die Kantone die Vorgabe des NFA, nämlich die Kostenneutralität, nicht einhalten. Um eine ähnliche Entwicklung bei der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, stimmten wir mit 11 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung im Grundsatz dem Nationalrat zu. Wir wollen aber festhalten, dass die Kantone dafür zu sorgen haben,

dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird. Damit wird den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen; gleichzeitig bleiben die Kantone aber frei, die Vorgaben ihren Bedürfnissen entsprechend zu regeln.

*Angenommen – Adopté*

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen*

*Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 19.20 Uhr*

*La séance est levée à 19 h 20*

Diese Argumente führen schliesslich dazu, dass keine Minderheit der Kommission einen anderen Antrag stellt. Ich darf Sie und den Bundesrat einladen, sich der Kommission anzuschliessen. Es bestehen sehr gute Aussichten, dass sich der Nationalrat, der im letzten Durchgang nur noch relativ knapp an seiner Haltung festhielt, uns anschliessen wird.

**Leuthard Doris**, Bundesrätin: Meine Argumente für die bundesrätliche Version sind nicht mit solchen gegen Schweiz Tourismus gekoppelt, das war noch nie so. Wir haben immer dargelegt, dass Schweiz Tourismus eine ausgezeichnete Arbeit macht, dass sich das in der Vergangenheit auch stark verbessert hat und dass die Mittel gut eingesetzt werden. Darum geht es nicht. Ich kann dasselbe zu Osec und zu Location Switzerland sagen. Dort haben Sie ebenso konsequent alle Budgeterhöhungen abgewiesen. Volkswirtschaftlich, das muss ich Ihnen sagen, wäre eine Ausweitung des Budgets bei Location Switzerland noch wichtiger als bei Schweiz Tourismus. Dort haben Sie gesagt, dass das finanzpolitisch nicht drinliege und Sie eine Ausweitung des Budgets nicht wollten. Ich muss Sie einfach auch hier auf die finanzpolitischen Konsequenzen hinweisen. Ich hätte unzählige Gründe gehabt, um Ihnen Budgeterhöhungen für all diese Organisationen schmackhaft zu machen. Ich bleibe ebenso konsequent in meiner Haltung, indem ich sage, dass wir uns bemüht haben, die bisherigen Zahlungsrahmen im Finanzplan beizubehalten; Erhöhungen wären für alle Organisationen, die in diesem Rahmengesetz enthalten sind, gerechtfertigt.

Wenn Sie das Budget ausweiten, müssen Sie diese 9 Millionen Franken zusätzlich über das Kredit-Budget zuschanzen und mir einmal mehr sagen, was Sie aber erneut nicht tun, wo Sie diesen Betrag kompensieren wollen. Deshalb ist mein einziger Appell finanzpolitischer Natur. Alles andere, beispielsweise die Qualität der Leistungen, steht für mich nicht zur Diskussion. Dass selbstverständlich auch die zusätzlichen 9 Millionen Franken gut eingesetzt würden, ist zweifellos so.

Nachdem wir hier eine weitere Differenz haben, glaube ich, dass es sinnvoll ist, wenn Sie abstimmen; das ist auch dem Nationalrat gegenüber korrekt. Deshalb muss ich an meiner Version festhalten.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission .... 26 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates .... 9 Stimmen

05.025

## **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

### **Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

#### *Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)

Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

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)

## **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

### **Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

#### **Ziff. 3 Art. 25a**

##### *Antrag der Mehrheit*

##### *Abs. 1*

Festhalten

##### *Abs. 1bis*

Streichen

##### *Abs. 2*

Festhalten

##### *Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Abs. 4*

Streichen

##### *Abs. 5*

.... überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

##### *Antrag der Minderheit*

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

##### *Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Antrag der Minderheit*

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

##### *Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Ch. 3 art. 25a**

##### *Proposition de la majorité*

##### *Al. 1*

Maintenir

##### *Al. 1bis*

Biffer

##### *Al. 2*

Maintenir

##### *Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

##### *Al. 4*

Biffer

##### *Al. 5*

.... hauteur de 20 pour cent au maximum de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

##### *Proposition de la minorité*

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

##### *Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Abs. 1 – Al. 1

**Forster-Vannini Erika** (RL, SG), für die Kommission: Im Nationalrat wurden Befürchtungen geäußert, dass mit der Streichung der Tages- und/oder Nachtstrukturen die entsprechenden Leistungserbringer ausgeschlossen würden. Tatsache ist aber, dass diese Leistungen auch bei Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen oder bei Pflegeheimen vergütet werden, sofern die leistungserbringende Institution an sich anerkannt ist. Die Tagesinstitution muss also entweder auf der Tagesheimliste geführt werden, oder sie ist als Spitex-Organisation anerkannt, oder sie wird von einer Spitex-Organisation betreut; dann wird die Leistung der Spitex-Organisation übernommen.

Im Rahmen der Spitalfinanzierung wurde das Konzept «Teilstationär» gestrichen. Aus Sicht des KVG ist das Konzept «Teilstationär» grundsätzlich eine Abwandlung des akutstationären Konzeptes. Die Pflegeeinrichtungen, die heute Tages-, Nacht- oder Ferienpatienten aufnehmen, sind nach der heute geltenden Interpretation unter den Pflegeheimen subsumiert. In diesem Sinne stellt die Streichung des Begriffs «teilstationär» keine Streichung von Tageseinrichtungen dar. Ich möchte aber noch festhalten, dass nur die Kosten der Pflegeleistungen von den Krankenversicherern übernommen werden. Die Aufenthaltskosten hingegen werden von der Krankenversicherung nur bei einem stationären Aufenthalt übernommen.

Ich bitte Sie, dem Antrag Ihrer Kommission auf Festhalten zuzustimmen.

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: Nous sommes d'avis que la solution du Conseil des Etats est meilleure; elle évite d'introduire une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations dans la LAMal.

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

Abs. 1bis – Al. 1bis

**Forster-Vannini Erika** (RL, SG), für die Kommission: Hier gibt es eine Mehrheit und eine Minderheit. Ich spreche im Namen der Mehrheit.

Gemäss Nationalrat soll die Übergangspflege voll von den Krankenversicherern übernommen werden. Die volle Übernahme der Kosten, so der Nationalrat, sei notwendig, weil mit den geplanten Fallpauschalen in den Spitälern die Verkürzung der Spitalaufenthalte eingeleitet werde. Das wiederum bedinge aber eine nachgelagerte professionelle Akut- und Übergangspflege. Nur so könnten mögliche Wiedereintritte in ein Spital verhindert werden. Als Teil der Behandlung einer akuten Erkrankung sei diese Pflege zwingend voll durch die Krankenversicherer zu übernehmen. Zudem könne die Akut- und Übergangspflege nicht mit der Langzeitpflege über einen Leisten geschlagen werden, weshalb sie voll über die OKP zu finanzieren sei.

Der Nationalrat hat nach unserer Meinung mit dem Entscheid, dass die OKP die Vollkosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege, die ambulant oder im Pflegeheim durchgeführt wird, während einer vom Bundesrat bestimmten Dauer übernehmen soll, einen Entscheid getroffen, der weit über die ursprünglichen Absichten des Parlamentes bei der Pflegefinanzierung hinausgeht.

Die Mehrheit Ihrer Kommission ist deshalb der Meinung, dass an unserem Beschluss festgehalten werden soll. Die Unterscheidung bei der Pflege ist nicht von Vorteil, ja kann zu falschen Anreizen führen. Insbesondere würde die Langzeitpflege dadurch schlechtergestellt. Die Krankenversicherer sollten dazu verpflichtet werden, die Kosten für die Pflege

zu tragen, unabhängig davon, wie lange die Pflege dauert. Eine Sonderbehandlung der Akutpflege würde zu Mehrkosten führen, die über die Prämien zu finanzieren wären. Dies wiederum widerspricht unserem Grundsatzentscheid, dass die Überführung der Pflegefinanzierung kostenneutral zu geschehen hat. Mit einem solchen Entscheid würde zudem eine eigentliche «Wundertüte», wie das in unserer Kommission gesagt worden ist, geöffnet, weil die Übergangspflege nirgends definiert ist.

Die Kostenfolge wird von den verschiedenen Kostenträgern denn auch unterschiedlich eingeschätzt. Für den Fall, dass die Kosten z. B. während 60 Tagen voll von der Krankenversicherung übernommen werden müssen, wird seitens des Departementes mit einem zusätzlichen Betrag für die Krankenversicherer von rund 130 bis 250 Millionen Franken gerechnet. Bei einem Stimmenverhältnis von 9 zu 3 bittet Sie die Kommission deshalb, auf Absatz 1bis zu verzichten.

Die Mehrbelastung wiegt umso mehr, als dadurch die finanzielle Last der Patientinnen und Patienten nicht etwa kleiner wird. In den meisten Kantonen wird mit dieser Finanzierungsänderung nämlich nicht der Patient, sondern die öffentliche Hand entlastet. Die Rechnung für den Patienten zur Finanzierung der nichtgedeckten Kosten wird trotz Vollfinanzierung nicht kleiner werden.

In diesem Sinn bitte ich Sie, der Mehrheit zu folgen.

**Fetz Anita** (S, BS): Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen, hier dem Nationalrat zu folgen. Ich möchte vorausschicken, dass es sich hier um eine der Kerndifferenzen bei der Pflegefinanzierung handelt, die aus unserer Sicht genauso wichtig ist wie die Beschränkung der Patientinnen- und Patientenbelastung auf 20 Prozent; denn es gibt sehr viele Leute, die davon betroffen sind oder es sein werden. Deshalb bitte ich Sie, sich genau zu überlegen, wem Sie hier folgen wollen.

Im Nationalrat war es eine grosse Mehrheit, die sich dafür eingesetzt hat, dass die Kosten der nachgeordneten Akut- und Übergangspflege von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, und zwar zeitlich beschränkt. Einfach, damit das klar ist: Es handelt sich hier im Maximum um zweimal 30 Tage, die Pflege muss ärztlich verordnet sein, und es muss auch entsprechend nachgewiesen werden können, dass sie nötig ist. Es werden also sämtliche Einschränkungen, die notwendig sind, in diesem Artikel genannt. Es ist deshalb nicht einzusehen, warum ärztlich verordnete Pflegeleistungen im Akut- und Übergangsbereich nicht von der OKP übernommen werden sollen.

Eine der Überlegungen hat die Kommissionspräsidentin schon genannt: Wir schätzen die Auswirkungen der Regelung anders ein. Wir haben ja gestern in der Spitalvorlage entschieden, dass wir jetzt auf Fallpauschalen umsteigen, was wir alle befürworten. Man muss einfach wissen, dass das Einführen der Fallpauschalen sicher zu einer Verkürzung der Spitalaufenthalte führen wird, was ja auch richtig und in unserem Sinn ist; denn die teuerste Form der Behandlung ist die Spitalbehandlung. Durch die Verkürzung der Spitalaufenthalte wird es aber immer mehr vor allem ältere Patientinnen und Patienten geben, die auf eine anschließende Übergangspflege angewiesen sein werden, die je nachdem im Heim oder zu Hause erfolgt. Diese Pflege, das kann nicht genug betont werden, ist krankheitsbedingt und deshalb auch durch die Krankenversicherung zu übernehmen. Wenn das nicht geschieht, also wenn wir hier sozusagen meinen, wir würden etwas sparen, dann erhöhen wir ganz einfach den Anreiz, Leute länger im Spital zu lassen, insbesondere, wenn sie zu Hause nicht entsprechend betreut werden können – und das ist dann ein sehr teurer Anreiz.

Dann möchte ich noch etwas zu den befürchteten Kosten sagen: Es stimmt, die Spitex-Kosten sind in den letzten Jahren im Vergleich überdurchschnittlich stark gestiegen. Das hat natürlich damit zu tun, dass wir sehr viel mehr ältere Leute haben, die auf die Spitex angewiesen sind; aber diese Wachstumsrate darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich immer noch um eine relativ kleine Summe handelt. Ich

möchte Ihnen zum Vergleich nur sagen, dass die Wachstumsrate bei der Spitex über mehrere Jahre, nämlich 1989 bis 2005, zu einem Ausgabenanstieg von insgesamt 164 Millionen Franken führte; allein die Medikamentenkosten sind innerhalb eines Jahres, zwischen 2004 und 2005, um 144 Millionen Franken gestiegen. Was ich Ihnen mit diesem Vergleich sagen möchte: Es ist nicht lauter, die Erhöhung der Spitex-Kosten isoliert zu betrachten und zu meinen, das sei nun ein neuer Kostentreiber im Gesundheitswesen. Die Kostentreiber liegen ganz woanders: Die liegen im Spitalbereich, und sie liegen im Medikamentenbereich. Spitex ist nicht nur eine der günstigsten, sondern immer noch eine der patientenfreundlichsten Unterstützungsmassnahmen. Wenn Sie dann noch einberechnen, dass die Mehrkosten bei der Spitex dadurch kompensiert werden, dass teure Spitalaufenthalte verkürzt werden und es keinen Anreiz mehr gibt, Leute nur deshalb in ein Spital einzuweisen, weil die Pflege sonst von der Krankenkasse nicht bezahlt würde, dann darf man, glaube ich, mit Fug und Recht behaupten, dass diese Bezahlung der Akut- und Übergangspflege durch die Krankenkasse – beschränkt auf Patienten mit ärztlichem Zeugnis, beschränkt auf zweimal 30 Tage – sicher nicht einen Kostenschub auslösen wird. In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, bei Absatz 1 bis dem Nationalrat zu folgen.

**Brändli Christoffel (V, GR):** Ich möchte auch hier darauf hinweisen, dass Mehrkosten, die Sie der Grundversicherung anlasten, zu Prämien erhöhungen führen. Die Kommission hat sich eigentlich immer ganz klar für Lösungen eingesetzt, die eben nicht prämiertreibend sind. Sie hat sich auf den Standpunkt gestellt, man solle an der bisherigen Kostentragung keine Änderung vornehmen. Die Krankenversicherer bzw. die Prämienzahler sollen also in etwa gleich viel bezahlen, wie sie das heute tun.

Ich möchte hier das, was ich gestern schon gesagt habe, wiederholen: Man muss nicht immer davon sprechen, die Krankenversicherer würden das bezahlen; die Krankenversicherer sind hier Zahlstelle, sie belasten das den Prämienzahlern. Wir müssen deutlich sagen, was der Nationalrat will: Der Prämienzahler soll die Vollkosten zahlen – das ist die Aussage.

Die Kommissionsmehrheit ist nun der Auffassung, dass man auch im Pflegebereich nicht die vollen Kosten der Akutpflege auf die Prämienzahler überwälzen soll, sondern dass ein Teil wie bisher über die Steuerzahler zu bezahlen ist, also über die öffentliche Hand, über den Träger usw. Da muss man jetzt schon klar die Frage beantworten: Wollen Sie wirklich alles auf die Prämienzahler überwälzen, oder sind Sie auch im Bereich der Pflege für eine gemischte Finanzierung?

Die Kommission hat im Weiteren festgehalten, dass es grundfalsch sei, wenn Sie nur im Spital eine Leistungsfinanzierung einführen. Sie verlangen von den Spitälern Effizienz, nachdem wir ja über Jahrzehnte hinweg mit der Kostenfinanzierung unmögliche Strukturen geschaffen haben, in einzelnen Spitälern übersetzte Preise haben. Wir korrigieren das jetzt bei den Spitälern. Und zum gleichen Zeitpunkt kommen wir und sagen: Aber wenn sie dann aus dem Spital entlassen werden, führen wir das alte Kostenprinzip Vollkostenfinanzierung bei der Pflege ein. Das mit entsprechenden Mehrkosten; das ist so. Das kann es nicht sein!

Ich meine, dass wir auch im Pflegebereich Effizienz durchsetzen müssen. Wir müssen auch die Kostentragung durch den Träger haben, also durch Gemeinden, Kantone, allenfalls Stiftungen, welche die Pflegeleistungen erbringen. Diese müssen eben auch einen Anteil bezahlen. Sonst haben sie überhaupt kein Interesse, effizient zu arbeiten. Dass wir in der Kommission die Frage der sozialen Abfederung mit der 20-Prozent-Beschränkung aufgenommen haben, ist meiner Meinung nach zu befürworten.

Ich habe es gesagt: Die Spitalfinanzierung, wie wir sie gestern geregelt haben, wirkt prämiertreibend; jetzt werden Prämien erhöhungen stattfinden. Ich bitte Sie einfach, bei der Pflegefinanzierung jetzt darauf zu achten, nicht wieder Beschlüsse zu fassen, die zu Prämien erhöhungen führen – und

zwar auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung, die auf uns zukommt. Machen wir uns nichts vor: Im Pflegebereich werden wir in den nächsten Jahren aus demografischen Gründen einiges an Kostensteigerungen erleben und irgendwann einmal auch über Sonderfinanzierungen reden müssen. Das Nationalratskonzept ist – ich möchte das feststellen – erstens nicht prämiennneutral, zweitens prämiertreibend und setzt drittens falsche Anreize.

Ich bitte Sie deshalb, dem Konzept der Mehrheit unserer Kommission zuzustimmen und an unserem Beschluss festzuhalten.

**Maissen Theo (C, GR):** Wir haben dieses Geschäft über die Pflegefinanzierung zum ersten Mal in der letzten Herbstsession in Flims behandelt, und Sie können sich erinnern, dass ich dort eine Reihe von Anträgen gestellt habe, die nicht angenommen worden sind. Der Nationalrat ist jetzt in die Richtung dieser Anträge gegangen, und auch die ständerätliche Kommission hat jetzt einzelne dieser Punkte, die ich damals unterbreitet habe, übernommen.

Jetzt gibt es allerdings einen Punkt, auf den ich aufmerksam gemacht hatte; die Kommissionssprecherin, Frau Forster, hat gesagt, man gehe dem näher auf den Grund. Das betrifft Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f, den Sie auf der Fahne auf Seite 11 oben links sehen. Hier geht es um den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung. Ich hatte damals den Antrag gestellt, das nicht zu streichen; es ist nun gestrichen. Aber es wurde damals gesagt, man müsse dieser Frage nachgehen, und ich erlaube mir nun, Herr Präsident, noch etwas zu Artikel 25a Absatz 1 zu sagen. Ich habe mich nämlich vorher gemeldet, und Sie haben mir das Wort nicht gegeben.

Ich stelle hier keinen Antrag zu Absatz 1. Es gibt hier nun eine Differenz zum Nationalrat, und ich möchte zuhänden des Amtlichen Bulletins sagen, dass der Nationalrat sich hier überlegen müsste, ob er nicht eine andere Formulierung, eine andere Regelung wählen sollte. Es geht mir immer an und für sich um ein Gesamtsystem, auch von den Kosten her. Es braucht eine Gesamtschau. Es ist nicht so, dass es nicht anderswo eine Auswirkung hat, wenn wir auf der einen Seite sparen. Wenn man zum Beispiel bei der Spitex spart, dann werden Sie einfach anderswo und dort allenfalls gar höhere Aufwendungen haben. Darum geht es auch bei dem nun gestrichenen Buchstaben f, Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung. Das wissen wir. Das wird in Zukunft noch mehr der Fall sein – Herr Brändli hat darauf hingewiesen –, das wird mit der demografischen Entwicklung ein Problem werden. Herr Couchepin hat jüngst den Vorschlag gemacht, dass man auch Pensionierte in den ganzen Pflegedienst einbinden sollte im Sinne von Freiwilligenleistung. Ich finde das einen positiven Ansatz.

Aber man muss dann natürlich Folgendes sehen: Wir haben bereits heute die sogenannte informelle Pflege. Das bedeutete im Jahre 2000 eine Kostenersparnis von 20 Prozent oder von 1,2 Milliarden Franken. Diese Pflege wird von Angehörigen oder Bekannten gemacht. Aber diese können das nicht 365 Tage lang machen, sondern sie müssen eine Möglichkeit haben, sich selber auch zu erholen und vielleicht für zwei oder drei Wochen die Person, die von ihnen gepflegt wird, in eine entsprechende Einrichtung zu geben. Das war an und für sich die Idee von Litera f im vorangehenden Artikel.

Nun hat der Nationalrat mit Absatz 1 wieder etwas in diese Richtung gemacht.

Wie ich gestern von der Kommissionspräsidentin, Frau Forster, erfahren habe, war das Problem in der Kommission bei der Regelung von Absatz 1, dass damit nicht nur die Pflegekosten finanziert werden sollen, sondern auch die Hotelkosten, also die Verpflegung usw. Ich möchte nun beliebt machen, dem Nationalrat das Anliegen weiterzugeben, also die Frage, ob man bei Absatz 1 nicht eine Formulierung finden könnte, mit der mindestens die Pflegekosten finanziert wären – ohne die Aufenthaltskosten als solche, die ja dann zu Hause wegfallen. Mein Anliegen bei Absatz 1 ist also, dass man eine angemessene Regelung findet.

Nun zu Absatz 1bis: Hier schliesse ich mich ganz klar der Kommissionsminderheit an. Auch hier muss man das Gesamtsystem sehen. Wir haben heute die Situation, dass in den Spitälern Fallpauschalen geplant sind. Diese zielen zu Recht auf eine Verkürzung der Aufenthalte im Spital ab. Damit werden wir Kosten sparen. Nun ist es so: Je mehr die Dauer der Aufenthalte im Spital verkürzt wird, umso mehr ist eine anschließende Pflege notwendig – sie wird hier als Übergangspflege bezeichnet –, die früher bei den längeren Spitalaufenthalten im Spital geleistet wurde, und zwar zu viel höheren Kosten. Wenn wir nun die Fallpauschalen einführen und die Spitalaufenthalte verkürzen, ist es konsequent, dass wir die dadurch bedingte nachgelagerte professionelle Akut- und Übergangspflege während einer beschränkten Zeit finanzieren. Es heisst ja hier, dass der Bundesrat die Dauer der Kostenübernahme bestimmt, es ist also nicht ein Fass ohne Boden, sondern es wird ganz klar beschränkt. Es ist auch so, dass bei der Finanzierung der weiteren Pflege die Steuerzahler mitmachen müssen. Wir haben ja Absatz 5, wo wir den Anteil der Leistungsbezüger bei höchstens 20 Prozent festlegen. Aber dort wird dann bei der Pflegeleistung gesagt, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln. Dort sind Kantone und Gemeinden also eingebunden. Es geht mir wirklich um die beschränkte Zeit der Akut- und Übergangspflege, die sich, nachdem wir nun die Spitalaufenthalte verkürzen, vermehrt ergibt. Ich empfehle Ihnen deshalb, bei Absatz 1bis der Minderheit zu folgen.

**Stähelin Philipp (C, TG):** Was Artikel 25a Absatz 1 anbetrifft, kann ich Kollege Maissen beruhigen: Wir sind hier schlicht und einfach daran, die teilstationäre Behandlung, die wir als Begriff im übrigen KVG jetzt weggelassen haben – davon sind wir weggekommen –, auch im Bereich der Pflegeleistungen zu eliminieren. Es ändert aber in der Sache gar nichts. Wenn man diesen Artikel anschaut, sieht man ja, dass der Bereich «ambulant oder im Pflegeheim» alles abdeckt. Das ist abgedeckt, es ist nicht ein Unterschied. Herr Maissen, wir wollen hier nicht irgendwie die Behandlung in Einrichtungen, Tages- oder Nachtstrukturen, quasi bestrafen und ausschliessen; das ist gar nicht der Fall. Das ist abgedeckt, entweder ist es ambulant oder stationär. Wir wollen einfach diesen ambivalenten Begriff der teilstationären Behandlung, der nirgends richtig definiert ist, nicht mehr im Gesetz haben; es geht nur darum. Wenn immer eine Pflegeleistung aufgrund einer ärztlichen Anordnung erfolgt – das ist hier der Fall, darum geht es hier –, wird diese auch abgegolten.

Noch ein letztes kurzes Wort zu den Bemerkungen zu Absatz 1bis beziehungsweise zur Systemwahl: Herr Maissen hat gesagt, wir müssten das Gesamtsystem sehen. Genau das machen wir mit dem Antrag der Mehrheit. Der Antrag der Mehrheit geht im Grunde genommen eben dahin, dass wir auch im Bereich der Pflegemassnahmen vom Kostendenken – Abgeltung der Kosten – zur leistungsbezogenen Entschädigung, zu einem Preisdanken übergehen. Das entspricht dem System, das wir nun generell im KVG gefunden haben. Wir wollen im Bereich der Pflegefinanzierung nicht wieder in eine andere Richtung gehen. Wir sehen exakt das Gesamtsystem, und darum geht es uns hier. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

**Fetz Anita (S, BS):** Kollege Stähelin hat mich noch einmal auf den Plan gerufen. Mir geht es auch darum, dass Sie wirklich verstehen, worüber wir hier abstimmen. Es ist mir gestern schon aufgefallen; es ist wirklich ein komplexes Gebiet: Wenn wir ausschliesslich von Systemen reden – wir sind gar nicht so verschiedener Meinung darüber –, dann möchte ich die Gelegenheit schon nochmals wahrnehmen und auch über die Menschen reden, die davon betroffen sind. Bei jedem System haben Sie Schnittstellen, bei welchen ein Übergang stattfindet. Darum geht es bei dieser Frage: Soll der Übergang zwischen Spital und Wiederselbstständigsein für eine kurze Zeit von der Krankenkasse bezahlt werden oder nicht? Das ist die Frage.

Kollege Maissen hat selbstverständlich Recht, wenn er sagt, der systemische Druck, den wir jetzt aufbauen, sei wichtig, damit die Spitalaufenthalte kürzer werden. Man darf aber doch nicht vergessen, was mit den Menschen passiert, die nachher nicht einfach wieder fit und auf den Beinen sind, sondern eine Übergangspflege brauchen, sei das nun im Heim oder zu Hause. Wir finden, es ist nicht gerechtfertigt, dass diese Pflege für eine kurze Zeit nicht von der Krankenkasse übernommen wird.

Ein letzter Punkt: Wir sind hier die Vertretung der Kantone. Wir mussten uns heute medial vorwerfen lassen, dass wir die Kantone gestern nicht optimal vertreten haben. Der Nachteil des Antrages der Kommissionsmehrheit ist relativ einfach zu formulieren: Das Beitragssystem, das die Mehrheit will, setzt voraus, dass es Auffangnetze für die sogenannten Härtefälle gibt, also z. B. die Ergänzungsleistung oder die Hilflosenentschädigung. Das ist auch richtig, diese gibt es. Das gilt allerdings nur für Personen, die entweder eine AHV- oder eine IV-Rente beziehen. Für die vielen Chronischkranken, die nicht berentet sind, gibt es diese Auffangnetze nicht. Was passiert mit ihnen, wenn sie die Kosten nicht übernehmen können? Die Sozialhilfe muss einspringen, das heisst, die Kosten werden einfach zur Sozialhilfe und damit zu den Kantonen und den Gemeinden verschoben. Das wird passieren. Ich finde es nicht richtig, dem Risiko ausgesetzt zu sein, ein Sozialfall zu werden, wenn man pflegebedürftig ist. Dafür haben wir die Krankenversicherung.

**Altherr Hans (RL, AR):** Ich ersuche Sie, dem Antrag der Mehrheit zu folgen, und ich möchte nur ganz kurz auf das Votum von Frau Fetz reagieren. Sie hat gesagt, jedes System habe Schnittstellen. Wenn Sie aber dem Antrag der Minderheit folgen, schaffen Sie zwei zusätzliche Schnittstellen: Wo beginnt die Akut- und Übergangspflege, und wo endet sie? Wo geht es dann weiter im System – davon abgesehen, worauf Frau Forster hingewiesen hat, dass die Definition der Akut- und Übergangspflege äusserst unsicher ist? Es kommt dazu, dass jedes System auch Anreize schafft. Überlegen Sie sich einmal etwas ganz Einfaches: Wir haben zuerst einen Spitalaufenthalt. Der wird mit DRG vermutlich kürzer. Das heisst, in den Spitälern werden Betten oder Abteilungen frei. Dann schaffen Sie ein System der Übergangspflege, mit welchem Sie die Kosten übernehmen, nicht irgendwelche Leistungen, sondern die Kosten. Jedes Spital, das vor diesem Problem – freie Betten – steht, wird eine Abteilung für Akut- und Übergangspflege schaffen. Das ist betriebswirtschaftlich völlig normal, man reagiert auf die Anreize. Aber volkswirtschaftlich ist das verheerend. Die Kosten werden weiter massiv steigen. Das kann nicht das richtige System sein. Für die Idee habe auch ich ein gewisses Verständnis, aber wenn schon, dann müsste man das anders machen. Ich mache Ihnen beliebt, selbst wenn Sie unsicher sind, der Mehrheit zuzustimmen. Damit schaffen Sie eine Differenz zum Nationalrat, und die Diskussion kann hier weitergeführt werden.

**Stadler Hansruedi (C, UR):** Schon gestern habe ich anständig zugehört, jetzt auch. Ich möchte als Nichtmitglied der Kommission eine Bemerkung aus der Praxis abgeben. Ich unterstütze in diesem Falle den Antrag der Kommissionsminderheit.

Früher sagte man in den Spitälern: «Ja, wir behalten Sie noch eine Weile.» Heute fragt man – etwas überspitzt formuliert – in den Spitälern: «Wann gehen Sie endlich?» Dies vor allem aufgrund der Fallpauschalen, die richtig sein mögen. Gerade in dieser Hinsicht spielt die ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege eine wichtige Rolle, ja gar eine segensreiche Rolle.

Ich wünsche niemandem unter uns, dass er ein Fall für eine Fallpauschale wird. Es sei einfach einmal gesagt: Auch wenn das System der Fallpauschalen richtig und gut sein mag, ist der Mensch nicht nur eine Maschine, bei welcher beispielsweise ein Ölwechsel vorzunehmen ist, sondern der



Mensch ist etwas komplexer. Es sei einfach gesagt, dass in solchen Fällen die Spitex und die ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege eine wichtige Rolle spielen. Deshalb unterstütze ich hier den Antrag der Kommission.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Dans le domaine de la santé, je ne connais pratiquement aucun prestataire de soins qui n'ait pas, dans son «carquois», l'argument suivant: «Si vous dépensez plus pour mes prestations, vous allez économiser ailleurs.» Tous les prestataires de soins utilisent cet argument. Lorsqu'on interroge les représentants de l'industrie pharmaceutique, ils disent: «Naturellement, on évite que les gens aillent à l'hôpital.» Lorsqu'on interroge les représentants des hôpitaux, ils affirment: «Nous sommes de plus en plus efficaces, et le système DRG va nous obliger à être encore plus efficaces à l'avenir. Ainsi, on va économiser de l'argent.»

Monsieur Altherr a dit avec raison qu'en soi, le système DRG ne signifie encore rien, parce qu'il est possible que la durée moyenne du séjour soit réduite et que, par conséquent, des lits soient libres. Mais avant qu'on accepte que la conclusion soit de fermer un hôpital ou de fermer une section, on inventera beaucoup de choses pour réussir à réoccuper ces lits. Or, une chose parmi les plus simples est de créer de nouvelles prestations telles que celle qui est proposée par le Conseil national.

Les médecins qui pratiquent en ambulatoire nous expliquent que, grâce à eux, on évite le traitement en «stationnaire ambulatoire», qui est plus cher; ceux qui pratiquent en «stationnaire ambulatoire» nous disent que, grâce à eux, on évite l'hospitalisation. Bref, dans le système de la santé, chacun prétend que si on fait un petit effort en faveur de sa corporation, on va avoir un bénéfice pour tous. En réalité, il y a toujours un peu de vrai dans ce discours; mais il ne faut jamais pousser ce système à l'extrême: un système aussi complexe que celui-là ne peut fonctionner de manière efficace s'il est modéré.

Les soins à domicile (Spitex) entrent exactement dans cette catégorie. C'est quelque chose de doux, de bienveillant: Madame Mörkofer ici présente est une personne sympathique, et s'attaquer aux coûts du Spitex est quelque chose qui est quasiment contre la morale. Or le Spitex est en train de nous coûter très cher. Les coûts ne sont pas sous contrôle. Et parmi les explosions de coûts auxquelles on assiste ces temps-ci, il y a ceux relatifs aux soins à domicile. Mais la somme absolue est encore relativement faible, si bien que les 10 ou 12 pour cent d'augmentation ne provoquent pas une catastrophe. Cependant, petit à petit, les soins à domicile deviendront un problème, car leurs coûts ne sont pas sous contrôle, malgré toute la sympathie que nous inspirent les personnes qui sont à la tête de cette organisation.

Par conséquent, il faut être très prudent et ne pas inscrire dans la loi des «moteurs à explosion» qui, un jour, tireront à conséquence et feront qu'on devra revenir en arrière. Personne ne conteste l'intérêt des soins à domicile ni leur importance accrue dans le futur aussi du fait du vieillissement de la population, du système DRG et, je l'espère, de la réduction du nombre de lits. Mais le système DRG seul n'aboutit à aucune économie. C'est seulement si, à la suite de l'introduction du système DRG, on peut réduire les prestations fournies par les hôpitaux et qu'on supprime des lits que cela se produira. Est-ce que ça aura lieu? J'ai quelques doutes à ce sujet. Par conséquent, personne ne peut affirmer qu'introduire des prestations supplémentaires en faveur du système des soins à domicile débouchera sur des économies, surtout lorsque, comme dans le cas présent, on introduit une terminologie qui n'a plus cours dans la loi, ce qui permettra, comme l'ont dit Monsieur Altherr et d'autres orateurs, sous cette terminologie, d'avoir des prestations extrêmement larges et généreuses.

Bien sûr, Madame Fetz, si le système DRG est bien appliqué, il faudra trouver des solutions, et on les trouvera, mais ça coûtera déjà plus. Si vous commencez à l'avance à ouvrir largement la porte à de nouvelles prestations, on va proba-

blement vers une catastrophe. Pendant les cinq, dix premières années, ça se passera bien, et puis tout à coup il faudra lancer des programmes urgents ou des programmes d'économies qui auront pour conséquence la suppression de certaines prestations.

Je dois dire que le Conseil des Etats et sa commission ont travaillé avec bon sens. Tout le monde est sensible aux avantages des soins à domicile, mais il vaut mieux une loi relativement sobre et modeste – il y a déjà 10 pour cent d'augmentation simplement sur la base de la loi actuelle –, qui, avec le temps, expérience faite, permettra d'améliorer des prestations, plutôt que de prévoir dans le texte dès le départ un élargissement des prestations, ce qui tout à coup nous placera devant un désastre qui nous obligera à revenir en arrière.

Selon nos calculs, la solution que préconise le Conseil national coûte au minimum 130 millions de francs de plus – ce qui n'est pas peu pour un seul secteur. Et surtout, elle introduit une certaine insécurité dans les termes et dans les définitions.

C'est pour cela que je suis convaincu que pour l'instant, les choses étant ce qu'elles sont – peut-être que dans cinq ou dix ans on pourra revoir les choses en fonction des expériences faites –, il faut faire preuve d'une certaine prudence dans les définitions inscrites dans la loi, s'en tenir à ce qui est sûr et soutenir la proposition de la majorité.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 26 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 12 Stimmen

#### *Abs. 2, 3 – Al. 2, 3*

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Präsident** (Bieri Peter, Präsident): Ich möchte an dieser Stelle Folgendes festhalten: Wir haben bei uns die Usanz, dass zuerst die Anträge der Mehrheit und dann diejenigen der Minderheit begründet werden. Danach haben die Mitglieder der Kommission, dann diejenigen des Rates und am Schluss der Bundesrat das Wort. Zudem sollte man sich in der Regel auf ein einziges Votum beschränken – auch im Hinblick auf den Zeitplan.

#### *Abs. 4 – Al. 4*

**Forster-Vannini** Erika (RL, SG), für die Kommission: Ganz kurz: Der Nationalrat hat entschieden, dass der Beitrag der Krankenversicherung alle zwei Jahre gemäss Mischindex angepasst werden muss. Die Mehrheit Ihrer Kommission vertritt die Auffassung, dass damit eine präjudizierende Wirkung einhergehen könnte, die auch anderswo ungewollte Automatismen nach sich ziehen würde. Es sei nicht opportun, einer einzelnen Gruppe von Leistungserbringenden eine Zusicherung bezüglich Index zu machen, die anderen nicht zusteht. Deshalb haben wir mit 9 zu 3 Stimmen entschieden, hier an unserem Beschluss festzuhalten. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

**Fetz** Anita (S, BS): Hier geht es um den Mischindex; im Prinzip brauche ich nicht viel zu sagen. Die Meinungen sind geteilt, die Frage ist: Will man die OKP alle zwei Jahre gemäss Mischindex anpassen? Die Minderheit und vor allem der Nationalrat finden, dass das richtig ist. Ich möchte Sie bitten, hier der Minderheit zu folgen. Es ist nämlich die Frage, was passiert, wenn die Beiträge der OKP nicht angepasst werden. Irgendwo entsteht dann eine Lücke, wenn nicht regelmässig an die Teuerung angepasst wird. Diese Frage ist letztendlich offen.

Jetzt können Sie sagen: Ja, okay, das gibt einen Druck auf die Lohnkosten usw. Aber dann muss man ehrlich sagen, dass der fehlende Teuerungsausgleich auf Kosten der Qualität geht. Wir haben in sämtlichen anderen Systemen auch die Regel, dass die Teuerung via Mischindex ausgeglichen wird.

Deshalb bitte ich Sie, dem Nationalrat und der Minderheit zu folgen.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Nous soutenons la proposition de la majorité.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 23 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 8 Stimmen

*Abs. 5 – Al. 5*

**Forster-Vannini** Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat will eine Begrenzung der Kostenbelastung für die Pflege einführen. Der Rest soll von den Kantonen bezahlt werden. Gemäss dem Zusatzbericht der Verwaltung teilen sich die Zusatzkosten auf einen Beitrag der Versicherung und einen Restbetrag auf, der prozentual vom Versicherten mitgetragen wird. Wenn im Sinne einer statistischen Schätzung die Gesamtkosten berechnet werden, muss man von einer Mehrbelastung von 630 Millionen Franken für die Kantone ausgehen, wobei 152 Millionen an Subventionen und 168 Millionen an EL-Beiträgen entfallen, sodass die tatsächliche Mehrbelastung rund 310 Millionen Franken beträgt. Dies deckt sich auch mit den Schätzungen der Kantone, die eine Mehrbelastung der Kantone im Umfang von 300 bis 340 Millionen Franken prognostizieren. Die GDK macht zudem geltend, dass es nicht Sache der Kantone sein kann, dass Personen ohne finanziellen Bedarf von ihnen subventioniert werden müssen. Der Finanzbedarf der Pflegebedürftigen sei über die EL hinreichend gedeckt.

Die Kommission kann sich dem Anliegen des Nationalrates insofern anschliessen, als der Anteil der Kostenbelastung für die versicherten Personen begrenzt werden soll. Sie ist aber der Meinung – da besteht eine Differenz zum Nationalrat –, dass die Restfinanzierung, das heisst die innerkantonalen Restkosten, von den Kantonen in eigener Kompetenz geregelt werden soll. Im KVG haben wir nur zu regeln, was von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen ist. Wie die Kantone die restlichen Kosten begleichen, soll in ihrer eigenen Kompetenz bleiben. Es ist damit aber gesichert, dass der Versicherte höchstens zu 20 Prozent des Höchsttarifs belangt werden kann.

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

**Ziff. Ia**

*Antrag der Mehrheit  
Festhalten*

*Antrag der Minderheit*

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates  
(= Streichen)

**Ch. Ia**

*Proposition de la majorité  
Maintenir*

*Proposition de la minorité*

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Adhérer à la décision du Conseil national  
(= Biffer)

**Forster-Vannini** Erika (RL, SG), für die Kommission: Absatz 1 besagt, dass die Beiträge an die Pflegeleistungen so festgesetzt werden, dass die Kostenneutralität beim Übergang gewahrt ist. Durch die gesamtschweizerische Festlegung der Beiträge werden in einzelnen Kantonen die Versicherer die Beiträge je nach Stufe erhöhen müssen; in anderen Kantonen werden die Beiträge nach unten angepasst werden müssen. Die Zahl 200X, die wir festhalten, macht klar, dass heute noch nicht absehbar ist, wann das Gesetz in Kraft treten wird. Sollte das Gesetz zum Beispiel im Jahr 2008 in

Kraft treten, was unwahrscheinlich ist, würde bei der Berechnung der Beiträge auf die Vergütung von 2006 abgestellt. Tritt es 2009 in Kraft, soll auf die Vergütung von 2007 abgestellt werden. Da ein Systemwechsel vorgesehen wird, ist eine Übergangsregelung vorzusehen, die einen gewissen Freiraum zulässt; deshalb auch die Regelung, dass der Bundesrat Anpassungen vorsehen kann, wenn die Regelung nicht im ersten Jahr erfolgen kann.

Absatz 2 besagt dann – wenn Sie gestatten, Herr Präsident –, dass die geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren anzupassen sind. Die Angleichung wird von den Kantonsregierungen bestimmt.

**Fetz** Anita (S, BS): Hier geht es ja bezüglich der gesamten Finanzierung der Pflege um die Kostenneutralität für die Krankenversicherer. Wir beantragen Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zu folgen und diese – ich sage einmal: – einseitige Kostenneutralität für die Krankenversicherer aus mehreren Gründen zu streichen.

Erstens möchte ich Sie daran erinnern, dass die Kosten für die Pflege ja über die vereinbarten Rahmentarife übernommen werden müssen. Wir alle – zumindest alle, die in diesem Bereich kundig sind – wissen aber, dass diese Rahmentarife seit 1997 nicht mehr angepasst worden sind und dass die Kosten trotzdem steigen, sodass hier eine Deckungslücke entsteht. Man muss sich wieder fragen, wer diese ungedeckten Kosten bezahlt. Mit der Vorlage über die Pflegefinanzierung ist die Kostenneutralität von Anfang an vorgegeben worden. Mir scheint es nicht nachvollziehbar, warum ausgerechnet nur für einen Kostenträger – die Kosten tragen ja verschiedene: die Haushalte, die öffentliche Hand und die Krankenversicherer – die Kostenneutralität gelten soll. Jetzt werden Sie natürlich sagen: «Ja, die Erhöhung der Kosten in der Krankenversicherung bedeutet auch eine Erhöhung der Prämien.» Ich bin diesbezüglich nicht so pessimistisch wie die Krankenversicherer, dass die Kosten derart stark steigen. Sie werden innerhalb der generellen Steigerung im Gesundheitswesen zunehmen. Aber wir müssen hier auch einmal zur Kenntnis nehmen, dass die Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen damit zu tun hat, dass wir mehr Bedarf haben, weil die Menschen älter werden – das kann man den Menschen nicht vorwerfen.

Deshalb meine ich: Wir sollten hier nicht nur für einen Kostenträger die Kostenneutralität definieren. Damit verlangen wir einfach die Kosten auf die Haushalte und die öffentliche Hand.

Ich bin mir darüber im Klaren: Sie werden hier sicher nicht der Minderheit zustimmen, wie Sie das schon die ganze Zeit nicht machen. Aber ich möchte klar darauf aufmerksam machen, dass das ein Kernproblem ist, und es wird sich vermutlich in unserem Differenzbereinigungsprozess noch irgendeine sinnvolle Lösung finden lassen. Ich denke schon über den heutigen Tag hinaus, denn diese einseitige Kostenneutralität ist jetzt wahrlich weder im Sinne der Mehrheit noch im Sinne der öffentlichen Hand oder der Patientinnen und Patienten.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Je vous recommande de soutenir la proposition de la majorité de la commission du Conseil des Etats. Ce que vient de dire Madame Fetz est faux, à savoir que les tarifs n'ont pas été réadaptés; ils l'ont été à plusieurs reprises. Dans la loi, dont on a prolongé la validité l'année dernière, il y a une invitation adressée au Conseil fédéral de réadapter les tarifs en fonction du renchérissement. Donc, prétendre qu'il n'y a pas eu de réadaptation est faux; on n'est pas «réalités-fremd» au point de ne pas réadapter les tarifs en fonction de l'évolution du coût de la vie.

Ce qui est vrai, c'est qu'il s'agit d'un point de départ: celui des tarifs. Ensuite, ils évolueront en fonction d'un certain nombre de facteurs. Mais je le répète, le Spitex, les soins à domicile ne sont pas sous contrôle actuellement du point de vue des coûts, ce qui ne veut pas dire qu'on gaspille – je n'en sais rien. Leurs coûts ont augmenté massivement au cours de ces derniers mois. Alors on partira non pas d'une

somme globale qui date d'une période historique, mais d'une somme globale qui sera fixée au dernier moment. Par conséquent, c'est déjà plus qu'aujourd'hui! Il y a déjà une augmentation. Si on fixe dès le départ, alors qu'on sait que dans ce domaine-là les dépenses progressent à un rythme soutenu, la base à un niveau plus élevé qu'au moment où cela entre en vigueur, dans la réalité on crée un double dynamisme et on «met le turbo». A la fin, il y a quelqu'un qui paie, mais ce ne sont pas les assurances-maladie. Elles ne sont pas des banques nationales irresponsables qui créeraient de la fausse monnaie.

Les assurances-maladie transfèrent les coûts et les frais aux citoyens et aux citoyennes. Et socialement, c'est probablement encore moins juste que si de temps en temps c'est le contribuable qui paie, car on sait que ce dernier paie en fonction de sa capacité contributive. Dans l'assurance-maladie, on paie par tête, ce qui est une bonne chose parce que ça implique une certaine responsabilité de tous, mais il est faux de prétendre que, si on met à la charge des caisses-maladie, c'est social et que, si on ne met pas à la charge des caisses-maladie, ce n'est pas social. C'est le citoyen ordinaire qui doit payer au nom d'une politique sociale saine, au nom d'une volonté de contenir le volume des coûts, sans bloquer l'évolution.

Nous vous invitons à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 25 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 7 Stimmen

**Ziff. Ib**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

mit Ausnahme von:

*Art. 10 Abs. 2 Bst. a*

a. .... werden. Die Kantone sorgen dafür, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird;

**Ch. Ib**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

à l'exception de:

*Art. 10 al. 2 let. a*

a. .... en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital. Les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médicosocial reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'aide sociale;

**Präsident** (Bieri Peter, Präsident): Die Berichterstatterin teilt mir mit, dass es sich lediglich um entsprechende Anpassungen infolge früherer Beschlüsse handelt.

*Angenommen – Adopté*

05.025

## Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

### Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

#### *Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)  
Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

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)

**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 Kommissionsmehrheit, 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 Kommissionsmehrheit 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.

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 Teuerung 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 kantonalen 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 kantonalen 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 Kommissionmehrheit 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. 1 bis 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.



**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. 1 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. 1 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. 1 Ziff. 3 Art. 25a**

##### *Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1, 1bis*

Festhalten

**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 Guscetti, Fasel, Fehr Jacqueline, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Rossini, Teuscher)

**Abs. 5**

... Pflegebeitrages, maximal aber das Anderthalbfache der ordentlichen Franchise, überwältigt 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

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 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; Beilage – Annexe 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 Prämien-schub führen könnte. Die Minderheit schlägt nun vor, die Kosten für die Übergangspflege gleich aufzuteilen wie die Spalkosten: Die Krankenversicherer und die Kantone sollen die Kosten zu gleichen Teilen übernehmen, wie dies auch die Spalkostenfinanzierung 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 Spalkosten. Damit binden wir auch die Kantone in die Finanzierung der Übergangspflege ein. Sie werden damit auch daran interessiert

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 25a al. 1

**Abstimmung vom / Vote du:** 04.12.2007 10:02:52

Abate Fabio	*	R	TI
Aebi Andreas	=	V	BE
Aeschbacher Ruedi	=	C	ZH
Allemand Evi	+	S	BE
Amacker-Amann Kathrin	=	C	BL
Amherd Viola	=	C	VS
Amstutz Adrian	*	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Baader Caspar	=	V	BL
Bader Elvira	=	C	SO
Baettig Dominique	=	V	JU
Bänziger Marlies	+	G	ZH
Barthassat Luc	+	C	GE
Baumann J. Alexander	=	V	TG
Bäumle Martin	*	C	ZH
Berberat Didier	+	S	NE
Bigger Elmar	=	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder Max	=	V	ZH
Bischof Pirmin	=	C	SO
Borer Roland F.	*	V	SO
Bortoluzzi Toni	=	V	ZH
Bourgeois Jacques	+	R	FR
Brélaz Daniel	+	G	VD
Bruderer Pascale	+	S	AG
Brunner Toni	=	V	SG
Brunschwig Graf Martine	+	R	GE
Büchler Jakob	=	C	SG
Bugnon André	#	V	VD
Carobbio Guscelli	+	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas Sep	=	C	GR
Caviezel Tarzsius	+	R	GR
Chevrier Maurice	*	C	VS
Daquet André	+	S	BE
Darbella Christophe	=	C	VS
de Buman Dominique	+	C	FR
Diener Verena	=	C	ZH
Donzé Walter	*	C	BE
Dunant Jean Henri	=	V	BS
Egger-Wyss Esther	+	C	AG
Eichenberger-Walther	+	R	AG
Engelberger Edi	+	R	NW
Estermann Yvette	=	V	LU
Fasel Hugo	+	G	FR
Fässler-Osterwaider	+	S	SG
Favre Charles	+	R	VD
Favre Laurent	+	R	NE
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH

Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fiala Doris	+	R	ZH
Flückiger-Bäni Sylvia	=	V	AG
Fluri Kurt	+	R	SO
Föhn Peter	*	V	SZ
Français Olivier	+	R	VD
Freysinger Oskar	=	V	VS
Frösch Therese	+	G	BE
Füglister Lieni	=	V	AG
Gadient Brigitta M.	*	V	GR
Galladé Chantal	+	S	ZH
Geissbühler Andrea	=	V	BE
Genner Ruth	+	G	ZH
Germanier Jean-René	+	R	VS
Giezendanner Ulrich	=	V	AG
Gilli Yvonne	=	G	SG
Girod Bastien	+	G	ZH
Glanzmann-Hunkeler Ida	=	C	LU
Glauser-Zufferey Alice	=	V	VD
Glur Walter	=	V	AG
Goll Christine	+	S	ZH
Graber Jean-Pierre	=	V	BE
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Grin Jean-Pierre	=	V	VD
Gross Andreas	+	S	ZH
Grunder Hans	*	V	BE
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Häberli-Koller Brigitte	=	C	TG
Haller Ursula	=	V	BE
Hämmerle Andrea	+	S	GR
Hany Urs	=	C	ZH
Hassler Hansjörg	=	V	GR
Heer Alfred	=	V	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hiltbold Hugues	+	R	GE
Hochreutener Norbert	=	C	BE
Hodgers Antonio	+	G	GE
Hofmann Urs	+	S	AG
Huber Gabi	+	R	UR
Humbel Ruth	=	C	AG
Hurter Thomas	=	V	SH
Hutter Jasmin	=	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Ineichen Otto	+	R	LU
Joder Rudolf	+	V	BE
John-Calame Francine	*	G	NE
Jositsch Daniel	+	S	ZH
Kaufmann Hans	=	V	ZH

Kiener Nellen Margret	+	S	BE
Killer Hans	=	V	AG
Kleiner Marianne	+	R	AR
Kunz Josef	=	V	LU
Lachenmeier-Thüring	+	G	BS
Lang Josef	+	G	ZG
Leuenberger Ueli	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat Christian	+	S	FR
Loepfe Arthur	=	C	AI
Lumengo Ricardo	+	S	BE
Lüscher Christian	+	R	GE
Lustenberger Ruedi	=	C	LU
Malama Peter	+	R	BS
Markwalder Bär Christa	+	R	BE
Marra Ada	+	S	VD
Marti Werner	*	S	GL
Maurer Ueli	=	V	ZH
Meier-Schatz Lucrezia	+	C	SG
Messmer Werner	+	R	TG
Meyer-Kaelin Thérèse	+	C	FR
Miesch Christian	=	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli Christoph	=	V	ZH
Moser Tiana Angelina	=	C	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	*	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müri Felix	=	V	LU
Neirynek Jacques	=	C	VD
Nidegger Yves	=	V	GE
Nordmann Roger	*	S	VD
Noser Ruedi	*	R	ZH
Nussbaumer Eric	+	S	BL
Parmelin Guy	=	V	VD
Pedrina Fabio	+	S	TI
Pelli Fulvio	+	R	TI
Perrin Yvan	=	V	NE
Perrinjaquet Sylvie	+	R	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	=	V	SG
Rechsteiner Paul	*	S	SG
Rechsteiner Rudolf	*	S	BS
Reimann Lukas	*	V	SG
Rennwald Jean-Claude	+	S	JU
Reymond André	=	V	GE
Rickli Natalie	=	V	ZH
Rielle Jean-Charles	+	S	GE

Riklin Kathy	=	C	ZH
Rime Jean-François	=	V	FR
Robbiani Meinrado	*	C	TI
Rossini Stéphane	+	S	VS
Roth-Bernasconi Maria	+	S	GE
Ruey Claude	+	R	VD
Rutschmann Hans	=	V	ZH
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk Simon	=	V	BE
Schenker Silvia	+	S	BS
Scherer Marcel	=	V	ZG
Schibli Ernst	=	V	ZH
Schmid-Federer Barbara	=	C	ZH
Schmidt Roberto	+	C	VS
Schneider Johann N.	+	R	BE
Schwander Pirmin	*	V	SZ
Segmüller Pius	=	C	LU
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spuhler Peter	*	V	TG
Stahl Jürg	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	V	AG
Steiert Jean-François	+	S	FR
Stöckli Hans	+	S	BE
Stump Doris	+	S	AG
Teuscher Franziska	+	G	BE
Thanei Anita	+	S	ZH
Theiler Georges	*	R	LU
Thorens Goumaz Adèle	+	G	VD
Triponoz Pierre	+	R	BE
Tschümperlin Andy	*	S	SZ
van Singer Christian	+	G	VD
Veillon Pierre-François	=	V	VD
Vischer Daniel	+	G	ZH
von Graffenried Alec	*	G	BE
von Rotz Christoph	=	V	OW
von Siebenthal Erich	=	V	BE
Voruz Eric	+	S	VD
Waber Christian	=	V	BE
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandfluh Hansruedi	=	V	BE
Wasserfallen Christian	+	R	BE
Wehrli Reto	=	C	SZ
Widmer Hans	+	S	LU
Wobmann Walter	*	V	SO
Wyss Brigit	*	G	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zemp Markus	=	C	AG
Zisvadis Josef	+	G	VD
Zuppiger Bruno	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	7	18	31	38	0	1	0	95
nein / non / no	23	1	0	0	0	51	0	75
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	6	3	4	5	0	11	0	29
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

\* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

 Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Humbel Näf

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 gehören 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; Beilage – Annexe 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 Mehr-



**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

art. 25a al. 1bis

**Abstimmung vom / Vote du:** 04.12.2007 10:15:23

Abate Fabio	=	R	TI	Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen Margret	+	S	BE	Riklin Kathy	=	C	ZH
Aebi Andreas	*	V	BE	Fehr Mario	+	S	ZH	Killier Hans	=	V	AG	Rime Jean-François	=	V	FR
Aeschbacher Ruedi	=	C	ZH	Fiala Doris	*	R	ZH	Kleiner Marianne	=	R	AR	Robbiani Meinrado	=	C	TI
Allemann Evi	+	S	BE	Flückiger-Bäni Sylvia	=	V	AG	Kunz Josef	=	V	LU	Rossini Stéphane	+	S	VS
Amacker-Amann Kathrin	=	C	BL	Fluri Kurt	*	R	SO	Lachenmeier-Thüning	+	G	BS	Roth-Bernasconi Maria	+	S	GE
Amherd Viola	=	C	VS	Föhn Peter	=	V	SZ	Lang Josef	+	G	ZG	Ruey Claude	=	R	VD
Amstutz Adrian	*	V	BE	Français Olivier	=	R	VD	Leuenberger Ueli	+	G	GE	Rutschmann Hans	=	V	ZH
Aubert Josiane	+	S	VD	Freysinger Oskar	=	V	VS	Leutenegger Filippo	=	R	ZH	Schelbert Louis	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Frösch Therese	+	G	BE	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	=	C	SO	Füglistaller Lieni	=	V	AG	Levrat Christian	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig Dominique	=	V	JU	Gadiet Brigitta M.	=	V	GR	Loepfe Arthur	=	C	AI	Scherer Marcel	=	V	ZG
Bänziger Marlies	+	G	ZH	Galladé Chantal	*	S	ZH	Lumengo Ricardo	+	S	BE	Schibli Ernst	=	V	ZH
Barthassat Luc	=	C	GE	Geissbühler Andrea	=	V	BE	Lüscher Christian	=	R	GE	Schmid-Federer Barbara	=	C	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Genner Ruth	+	G	ZH	Lustenberger Ruedi	=	C	LU	Schmidt Roberto	=	C	VS
Bäumle Martin	*	C	ZH	Germanier Jean-René	=	R	VS	Malama Peter	=	R	BS	Schneider Johann N.	=	R	BE
Berberat Didier	+	S	NE	Giezendanner Ulrich	*	V	AG	Markwalder Bär Christa	=	R	BE	Schwander Pirmin	*	V	SZ
Bigger Elmar	*	V	SG	Gilli Yvonne	=	G	SG	Marra Ada	*	S	VD	Segmüller Pius	o	C	LU
Bignasca Attilio	*	V	TI	Girod Bastien	+	G	ZH	Marti Werner	+	S	GL	Simoneschi-Cortesi	=	C	TI
Binder Max	=	V	ZH	Glanzmann-Hunkeler Ida	*	C	LU	Maurer Ueli	=	V	ZH	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bischof Pirmin	=	C	SO	Glauser-Zufferey Alice	*	V	VD	Meier-Schatz Lucrezia	=	C	SG	Spuhler Peter	=	V	TG
Borer Roland F.	*	V	SO	Glur Walter	=	V	AG	Messmer Werner	=	R	TG	Stahl Jürg	=	V	ZH
Bortoluzzi Toni	=	V	ZH	Goll Christine	+	S	ZH	Meyer-Kaelin Thérèse	=	C	FR	Stamm Luzi	=	V	AG
Bourgeois Jacques	=	R	FR	Grabner Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch Christian	=	V	BL	Steiert Jean-François	+	S	FR
Brélaz Daniel	+	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret Isabelle	=	R	VD	Stöckli Hans	+	S	BE
Bruderer Pascale	+	S	AG	Graf-Litscher Edith	+	S	TG	Mörgeli Christoph	=	V	ZH	Stump Doris	+	S	AG
Brunner Toni	=	V	SG	Grin Jean-Pierre	=	V	VD	Moser Tiana Angelina	=	C	ZH	Teuscher Franziska	+	G	BE
Brunschwig Graf Martine	=	R	GE	Gross Andreas	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Thanei Anita	+	S	ZH
Büchler Jakob	=	C	SG	Grunder Hans	*	V	BE	Müller Philipp	=	R	AG	Theiler Georges	=	R	LU
Bugnon André	#	V	VD	Gysin Hans Rudolf	*	R	BL	Müller Thomas	*	C	SG	Thorens Goumaz Adèle	+	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Häberli-Koller Brigitte	=	C	TG	Müller Walter	=	R	SG	Triponoz Pierre	=	R	BE
Cassis Ignazio	=	R	TI	Haller Ursula	=	V	BE	Müri Felix	=	V	LU	Tschümperlin Andy	+	S	SZ
Cathomas Sep	=	C	GR	Hämmerle Andrea	+	S	GR	Neiryck Jacques	=	C	VD	van Singer Christian	+	G	VD
Caviezal Tarzsius	=	R	GR	Hany Urs	=	C	ZH	Nidegger Yves	*	V	GE	Veillon Pierre-François	=	V	VD
Chevrier Maurice	=	C	VS	Hassler Hansjörg	=	V	GR	Nordmann Roger	+	S	VD	Vischer Daniel	+	G	ZH
Daquet André	+	S	BE	Heer Alfred	=	V	ZH	Noser Ruedi	*	R	ZH	von Graffenried Alec	*	G	BE
Darbelleay Christophe	=	C	VS	Heim Bea	+	S	SO	Nussbaumer Eric	+	S	BL	von Rotz Christoph	=	V	OW
de Buman Dominique	=	C	FR	Hiltbold Hugues	=	R	GE	Parmelin Guy	=	V	VD	von Siebenthal Erich	=	V	BE
Diener Verena	=	C	ZH	Hochreutener Norbert	=	C	BE	Pedrina Fabio	+	S	TI	Voruz Eric	+	S	VD
Donzé Walter	=	C	BE	Hodgers Antonio	*	G	GE	Pelli Fulvio	=	R	TI	Waber Christian	=	V	BE
Dunant Jean Henri	=	V	BS	Hofmann Urs	+	S	AG	Perrin Yvan	=	V	NE	Walter Hansjörg	=	V	TG
Egger-Wyss Esther	*	C	AG	Huber Gabi	=	R	UR	Perrinjacquet Sylvie	=	R	NE	Wandfuh Hansruedi	=	V	BE
Eichenberger-Walther	=	R	AG	Humbel Ruth	=	C	AG	Pfister Gerhard	=	C	ZG	Wasserfallen Christian	=	R	BE
Engelberger Edi	=	R	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wehrli Reto	=	C	SZ
Estermann Yvette	=	V	LU	Hutter Jasmin	=	V	SG	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Widmer Hans	+	S	LU
Fasel Hugo	*	G	FR	Hutter Markus	=	R	ZH	Rechsteiner Rudolf	+	S	BS	Wobmann Walter	=	V	SO
Fässler-Osterwalder	+	S	SG	Ineichen Otto	=	R	LU	Reimann Lukas	=	V	SG	Wyss Brigit	+	G	SO
Favre Charles	=	R	VD	Joder Rudolf	=	V	BE	Rennwald Jean-Claude	+	S	JU	Wyss Ursula	+	S	BE
Favre Laurent	=	R	NE	John-Calame Francine	+	G	NE	Reymond André	=	V	GE	Zemp Markus	=	C	AG
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch Daniel	+	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Zisayadis Josef	+	G	VD
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann Hans	=	V	ZH	Rielle Jean-Charles	*	S	GE	Zuppiger Bruno	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	0	18	0	40	0	0	0	58
nein / non / no	31	1	31	0	0	53	0	116
enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	0	0	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	3	4	3	0	10	0	24
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Hassler

heit 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 preisteigernd. 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.

**Göll 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 zuzugeden, 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.

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 Loepele.

#### Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.025/29)

Für den Antrag der Kommission ... 151 Stimmen

Für den Antrag Loepele ... 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 Kostenbeitrages 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 Kostenbeitrages 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

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 25a al. 4

**Abstimmung vom / Vote du:** 04.12.2007 10:29:36

Abate Fabio	+	R	TI
Aebi Andreas	*	V	BE
Aeschbacher Ruedi	+	C	ZH
Allemann Evi	+	S	BE
Amacker-Amann Kathrin	+	C	BL
Amherd Viola	+	C	VS
Amstutz Adrian	*	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Baader Caspar	*	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Baettig Dominique	=	V	JU
Bänziger Marlies	+	G	ZH
Barthassat Luc	+	C	GE
Baumann J. Alexander	*	V	TG
Bäumle Martin	*	C	ZH
Berberat Didier	+	S	NE
Bigger Elmar	+	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder Max	+	V	ZH
Bischof Pirmin	+	C	SO
Borer Roland F.	=	V	SO
Bortoluzzi Toni	+	V	ZH
Bourgeois Jacques	+	R	FR
Brélaz Daniel	*	G	VD
Bruderer Pascale	+	S	AG
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf Martine	+	R	GE
Büchler Jakob	*	C	SG
Bugnon André	#	V	VD
Carobbio Gussetti	+	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas Sep	+	C	GR
Caviezel Tarzsius	+	R	GR
Chevrier Maurice	+	C	VS
Daguet André	+	S	BE
Darbella Christophe	+	C	VS
de Buman Dominique	+	C	FR
Diener Verena	+	C	ZH
Donzé Walter	+	C	BE
Dunant Jean Henri	=	V	BS
Egger-Wyss Esther	+	C	AG
Eichenberger-Walthert	+	R	AG
Engelberger Edi	=	R	NW
Estermann Yvette	+	V	LU
Fasel Hugo	*	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Favre Charles	+	R	VD
Favre Laurent	+	R	NE
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH

Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fiala Doris	*	R	ZH
Flückiger-Bäni Sylvia	=	V	AG
Fluri Kurt	*	R	SO
Föhn Peter	=	V	SZ
Français Olivier	+	R	VD
Freysinger Oskar	+	V	VS
Frösch Therese	+	G	BE
Füglister Lieni	+	V	AG
Gadient Brigitta M.	+	V	GR
Galladé Chantal	*	S	ZH
Geissbühler Andrea	+	V	BE
Genner Ruth	+	G	ZH
Germanier Jean-René	+	R	VS
Giezendanner Ulrich	*	V	AG
Gilli Yvonne	+	G	SG
Girod Bastien	+	G	ZH
Glanzmann-Hunkeler Ida	+	C	LU
Glauser-Zufferey Alice	+	V	VD
Giur Walter	*	V	AG
Goll Christine	+	S	ZH
Graber Jean-Pierre	+	V	BE
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Grin Jean-Pierre	+	V	VD
Gross Andreas	+	S	ZH
Grunder Hans	*	V	BE
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Häberli-Koller Brigitte	=	C	TG
Haller Ursula	+	V	BE
Hämmerle Andrea	+	S	GR
Hany Urs	o	C	ZH
Hassler Hansjörg	+	V	GR
Heer Alfred	=	V	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hiltbold Hugues	+	R	GE
Hochreutener Norbert	=	C	BE
Hodgers Antonio	+	G	GE
Hofmann Urs	+	S	AG
Huber Gabi	+	R	UR
Humbel Ruth	*	C	AG
Hurter Thomas	+	V	SH
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Ineichen Otto	+	R	LU
Joder Rudolf	+	V	BE
John-Calame Francine	+	G	NE
Jositsch Daniel	+	S	ZH
Kaufmann Hans	=	V	ZH

Kiener Nellen Margret	+	S	BE
Killer Hans	=	V	AG
Kleiner Marianne	+	R	AR
Kunz Josef	+	V	LU
Lachenmeier-Thüning	+	G	BS
Lang Josef	+	G	ZG
Leuenberger Ueli	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat Christian	*	S	FR
Loepfe Arthur	=	C	AI
Lumengo Ricardo	+	S	BE
Lüscher Christian	+	R	GE
Lustenberger Ruedi	=	C	LU
Malama Peter	+	R	BS
Markwalder Bär Christa	*	R	BE
Marra Ada	+	S	VD
Marti Werner	+	S	GL
Maurer Ueli	+	V	ZH
Meier-Schatz Lucrezia	+	C	SG
Messmer Werner	+	R	TG
Meyer-Kaelin Thérèse	+	C	FR
Miesch Christian	=	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli Christoph	+	V	ZH
Moser Tiana Angelina	+	C	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	*	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Mürli Felix	+	V	LU
Neiryck Jacques	+	C	VD
Nidegger Yves	+	V	GE
Nordmann Roger	+	S	VD
Noser Ruedi	*	R	ZH
Nussbaumer Eric	+	S	BL
Parmelin Guy	+	V	VD
Pedrina Fabio	+	S	TI
Pelli Fulvio	+	R	TI
Perrin Yvan	+	V	NE
Perrinjaquet Sylvie	+	R	NE
Pfister Gerhard	=	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner Rudolf	+	S	BS
Reimann Lukas	*	V	SG
Rennwald Jean-Claude	+	S	JU
Reymond André	=	V	GE
Rickli Natalie	=	V	ZH
Rielle Jean-Charles	*	S	GE

Riklin Kathy	+	C	ZH
Rime Jean-François	+	V	FR
Robbiani Meinrado	+	C	TI
Rossini Stéphane	+	S	VS
Roth-Bernasconi Maria	+	S	GE
Ruey Claude	+	R	VD
Rutschmann Hans	+	V	ZH
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk Simon	+	V	BE
Schenker Silvia	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli Ernst	+	V	ZH
Schmid-Federer Barbara	+	C	ZH
Schmidt Roberto	+	C	VS
Schneider Johann N.	+	R	BE
Schwander Pirmin	*	V	SZ
Segmüller Pius	+	C	LU
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spühler Peter	+	V	TG
Stahl Jürg	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiert Jean-François	+	S	FR
Stöckli Hans	+	S	BE
Stump Doris	+	S	AG
Teuscher Franziska	+	G	BE
Thanei Anita	+	S	ZH
Theiler Georges	+	R	LU
Thorens Goumaz Adèle	+	G	VD
Triponez Pierre	+	R	BE
Tschümperlin Andy	+	S	SZ
van Singer Christian	+	G	VD
Veillon Pierre-François	+	V	VD
Vischer Daniel	+	G	ZH
von Graffenried Alec	*	G	BE
von Rotz Christoph	+	V	OW
von Siebenthal Erich	+	V	BE
Voruz Eric	+	S	VD
Waber Christian	=	V	BE
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandfuh Hansruedi	+	V	BE
Wasserfallen Christian	+	R	BE
Wehrli Reto	+	C	SZ
Widmer Hans	+	S	LU
Wobmann Walter	=	V	SO
Wyss Brigit	+	G	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zemp Markus	=	C	AG
Zisvadis Josef	*	G	VD
Zuppiger Bruno	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	25	18	29	40	0	39	0	151
nein / non / no	6	0	1	0	0	14	0	21
enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	0	0	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	4	5	3	0	10	0	26
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si

= nein / non / no

o enth. / abst. / ast.

% entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4

\* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato

# Der Präsident stimmt nicht

Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

 Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition Loepfe (= CE = biffer)



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 Kommissionsmehr-

heit 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; Beilage – Annexe 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*

04.062

## **Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care**

### **Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed Care**

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBl 2004 5599)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5257)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

**Stahl Jürg** (V, ZH), für die Kommission: Wir entscheiden heute über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die für die Vergütung von Arzneimitteln durch die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung gelten. Der Bundesrat hat bereits in seiner Botschaft vom 15. September 2004 zur Änderung des KVG Massnahmen im Arzneimittelbereich vorgeschlagen. Inzwischen hat sich der Ständerat intensiv mit diesem Geschäft befasst; die Vorschläge des Bundesrates genügen ihm nicht. Er hat beschlossen, für den Arzneimittelbereich eine eigene Vorlage auszuarbeiten und sie getrennt vom Managed-Care-Paket in einem Paket 2 zu behandeln. In der vergangenen Sommersession hat der Ständerat das KVG entsprechend ergänzt und auch verschärft, d. h. neue Eckwerte ins Gesetz eingeführt.

Ihre Kommission hat sich mit der neuen Arzneimittelregelung, wie sie der Ständerat beschlossen hat, intensiv auseinandergesetzt. Sie hat auch die Verwaltung dazu konsultiert und von ihr hilfreiche Unterstützung erfahren. Anlass zur kri-



cessitera une jurisprudence. Que signifie «prendre en considération de manière appropriée»? Que sont les «coûts de recherche et de développement»? Je vous rappelle encore une fois que l'industrie pharmaceutique a des coûts de recherche, mais que ceux-ci sont généralement couverts par ce que rapportent quelques médicaments qui sont des succès de vente, appelés «blockbusters». C'est ce que rapportent ces médicaments qui couvre l'ensemble des coûts. Alors, comment prendra-t-on en considération les coûts de recherche et de développement de manière appropriée? Chaque endroit de cette phrase permet une certaine latitude dans l'appréciation qui ouvre la porte aux recours.

La solution du Conseil des Etats prévoit tout simplement qu'il faut veiller à «garantir un approvisionnement avantageux en médicaments dans l'assurance obligatoire des soins». Comme l'a dit Monsieur Stähelin, cela ne signifie pas que l'on impose à toutes les pharmacies de Suisse d'avoir tel ou tel médicament qui existe dans le monde, mais qu'on a un mandat pour admettre dans la liste des spécialités des médicaments dont le prix est avantageux.

Ensuite, au niveau de l'ordonnance, il faut fixer un certain nombre de règles. En particulier, comme l'a aussi dit Monsieur Stähelin, l'ordonnance stipule qu'une prime à l'innovation est prise en compte si le médicament représente un progrès pour le traitement médical. C'est plus l'innovation qui est prise en compte que les coûts de recherche, et une prime est accordée, car on veut un marché qui soit approvisionné en médicaments innovateurs. Ces dernières années, si vous regardez l'évolution des prix des médicaments, il y a eu une forte pression sur les anciens médicaments et sur les génériques, il y a eu un effort pour développer les génériques. On a été plutôt généreux, mais c'est ce qu'on souhaite pour les médicaments innovateurs, de telle sorte que les patients de Suisse puissent profiter le plus rapidement possible des progrès thérapeutiques. C'est ce qu'on a prévu dans l'ordonnance pertinente.

Si vous inscrivez trop de détails dans la loi, vous n'arriverez jamais à faire en sorte qu'elle soit adaptée à l'innovation commerciale. En effet, les partenaires sont toujours en train de trouver une idée nouvelle pour qu'en fonction de la loi, on tienne compte encore de telle ou telle chose. Je crois qu'il faut un article simple, court. On a dit qu'il n'avait pas été traité longuement. Si je ne craignais pas de choquer un peu, je dirai même qu'il a été traité un peu plus longtemps que l'article constitutionnel que les commissions adopteront en juin prochain – ce qui n'est déjà pas mal! L'article en question a été traité suffisamment longtemps, et je crois que les choses sont claires.

Si par hasard quelqu'un a encore des doutes, il faut bien sûr adopter la solution du Conseil des Etats, de telle sorte qu'il y ait un nouveau débat. Adhérer à la solution du Conseil national, après avoir entendu toutes les questions qui ont été posées par ceux qui l'ont défendue, revient à dire: «Dans le doute, je me rallie à quoi? à l'article le plus obscur? le plus difficile?»

Il faut soutenir la version du Conseil des Etats et, s'il y a lieu, il faudra la compléter, mais je ne crois pas qu'il soit juste de faire un article compliqué. Je crois que votre solution est la meilleure et, dans tous les cas, je souhaite qu'elle soit adoptée ultérieurement par le Conseil national. Si elle doit être complétée, on verra cela en temps utile. Je pense toutefois qu'elle est bien meilleure que celle du Conseil national; dans tous les cas, elle permet d'éclaircir le problème, si problème il y a encore.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la proposition de votre commission.

Art. 52 Abs. 1bis–1septies – Art. 52 al. 1bis–1septies  
Angenommen – Adopté

Art. 52a1

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 25 Stimmen  
Für den Antrag Schweiger ... 13 Stimmen

05.025

## Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

### Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

#### Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBI 2005 2033)

Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

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)

## Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

### Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Im Geschäft der Pflegefinanzierung haben wir heute noch vier inhaltliche Differenzen zur Fassung des Nationalrates zu diskutieren. Unsere SGK ist vor allem aus Kostengründen davon ausgegangen, dass

1. die Karenzfrist von einem Jahr bei der Koordination zwischen Pflegeleistungen und Hilflosenentschädigung beibehalten werden soll;
2. davon abzusehen sei, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Vollkosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege trägt, die ambulant oder im Pflegebereich angeboten wird;
3. der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht automatisch alle zwei Jahre der Kostenentwicklung der Pflege anzupassen sei;
4. der Übergang zur neuen Pflegeversicherung kostenneutral zu erfolgen habe.

Es ist schwierig abzuschätzen, welches die genauen Kostenunterschiede zwischen den Lösungen des Nationalrates und des Ständerates sind. Wenn ich bei Wegfall der Karenzfrist von den genannten und zwei- oder dreimal wiederholten 90 Millionen Franken ausgehe, wenn ich bei der vollen Kostenübernahme der Übergangspflege von den vom Bundesamt berechneten mindestens 130 Millionen Franken ausgehe und dann auch noch die automatische Kostenanpassung und die nicht kostenneutrale Überführung in die neue Pflegeversicherung mit einrechne, dürften mindestens 300 bis 400 Millionen Franken zusätzlicher Kosten anstehen. Aber, wie gesagt, es ist eine Schätzung, die sich hier aus den verschiedenen Diskussionen der Kommission ergeben hat.

Die SGK unseres Rates schlägt nun in ihrer Mehrheit vor, heute an den früher gefassten Beschlüssen unseres Rates festzuhalten. Nach meiner Einschätzung müssten wir dann vielleicht im letzten Umgang zusammen mit dem Nationalrat höchstens noch eine Lösung für eine befristete Übernahme der Kosten der Übergangspflege finden.

Ich komme bei der Diskussion über Artikel 25a KVG, d. h. bei den Pflegeleistungen bei Krankheit, auf diese Frage zurück.

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

Antrag der Kommission

Festhalten, aber:

... schweren, mittleren oder leichten Grades ununterbrochen während mindestens eines Jahres ...

**Ch. I ch. 1 art. 43bis al. 2***Proposition de la commission*

Maintenir, mais:

... grave, moyenne ou faible sans interruption durant une année au moins ...

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Es geht hier um die Beibehaltung der einjährigen Karenzfrist beim Bezug der Hilflosenentschädigung. Unsere Argumentation für die Beibehaltung dieser Karenzfrist war und ist folgende: Die Hilflosenentschädigung ist eine Geldleistung; sie bezieht sich auf den Zustand des Patienten, während sich die Pflegeleistungen gemäss KVG auf Sachleistungen beziehen, welche dann auch effektiv erbracht werden. Aufgrund der unterschiedlichen Art und Zweckbestimmung der Pflegeleistungen nach KLV und der Hilflosenentschädigung der AHV/IV kann keine wesentliche Vereinheitlichung der Grundlagen zur Abklärung der verschiedenen Anspruchsvoraussetzungen vorgenommen werden. Präzisierend haben wir aber auch die Hilflosigkeit leichten Grades in den Text mit einbezogen; es ist dies eine Ergänzung redaktioneller Art.

**Couchepin Pascal**, président de la Confédération: Il n'y a pas d'opposition. Je ne pense pas qu'il vaut la peine de faire un long débat sur ce sujet.

J'adhère à la solution du Conseil des Etats.

*Angenommen – Adopté***Ziff. I Ziff. 3 Art. 25a***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

... ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

*Abs. 1bis, 4*

Festhalten

(= Streichen)

*Antrag der Minderheit*

(Maury Pasquier, Egerszegi-Obrist, Fetz, Ory)

*Abs. 1bis*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, aber:

... Vertragsparteien Zeit- oder Pauschaltarife.

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag Maissen**Abs. 1bis*

... von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Kanton übernommen. Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme. Für die Vergütung der Leistungen ...

**Ch. I ch. 3 art. 25a***Proposition de la majorité**Al. 1*

... ambulatoire, également dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans un établissement médicosocial.

*Al. 1bis, 4*

Maintenir

(= Biffer)

*Proposition de la minorité*

(Maury Pasquier, Egerszegi-Obrist, Fetz, Ory)

*Al. 1bis*

Adhérer à la décision du Conseil national, mais:

... conviennent de tarifs au temps consacré ou forfaitaires pour ces prestations.

*Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition Maissen**Al. 1bis*

... 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 (ou art. 49a al. 2 de la révision partielle de la LAMal concernant le financement hospitalier). Le Conseil fédéral détermine la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge. Les parties à une convention ...

*Abs. 1 – Al. 1*

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: In der Sache haben wir uns hier dem Nationalrat angeschlossen. Dieser hat daran festgehalten, dass die ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen bzw. das Pflegeheim im Text ausdrücklich erwähnt werden. Unsere Differenz war von jeher eher redaktioneller als inhaltlicher Natur. Mit unserem Antrag sollte nun diese Differenz ausgeräumt sein.

In der Kommission kam dabei klar zum Ausdruck, dass es sich hier nur um die ambulante Behandlung und die Grundpflege und nicht um Übernachtungspauschalen oder -beiträge handelt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit**Adopté selon la proposition de la majorité**Abs. 1bis – Al. 1bis*

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Wir haben hier wahrscheinlich die wichtigste Differenz. Im Gegensatz zum Nationalrat wollten wir bis anhin keine volle Kostenübernahme der ärztlich angeordneten Übergangspflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) während einer noch zu bestimmenden Dauer. Unser Modell sah im Gegensatz dazu immer rund 60 Prozent zulasten der OKP, 20 Prozent zulasten der öffentlichen Hand und im Maximum 20 Prozent zulasten des Patienten vor. Der Nationalrat ist immer von einem anderen Konzept, nämlich von einem Konzept der vollen Kostenübernahme durch die Versicherungen, ausgegangen.

Im letzten Umgang hat nun der Nationalrat die Kostenübernahme insofern noch einmal geändert, als er nun vorschlägt, die Kostenaufteilung nach den Regeln der Spitalfinanzierung vorzunehmen, das heisst 55 Prozent zulasten der Kantone und 45 Prozent zulasten der Versicherungen. Mit seinem Schreiben vom 19. Februar, das ich erst nach der Kommissionssitzung erhalten habe, hat der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) auf unsere Anfrage hin geantwortet, der neue Vorschlag des Nationalrates – das heisst die Kostenaufteilung nach dem System, welches für die Spitalfinanzierung gilt – sei verantwortlich, wenn gleichzeitig die Tarife der OKP regelmässig der Kostenentwicklung angepasst würden. Der Vorstand der GDK führte ebenfalls aus, dass die Dauer der Kostenübernahme maximal dreissig Tage betragen dürfe, eventuell mit einmaliger Verlängerung um maximal weitere dreissig Tage. Die SGK unseres Rates war bis heute immer sehr zurückhaltend bei neuen Leistungen, wie sie sich auch immer gegen automatische Anpassungen von Tarifen und Preisen ausgesprochen hat. Dieser Automatismus, wie er nun vom Vorstand der GDK als Voraussetzung für die finanzielle Regelung nach den Regeln der Spitalfinanzierung genannt wird, scheint uns zu kostentreibend zu sein.

Ich beantrage Ihnen daher für heute, an unserem ersten Entscheid festzuhalten; dieser Antrag wurde mit 7 zu 4 Stimmen in der Kommission beschlossen.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Comme vous l'avez constaté, ma proposition de minorité comporte en fait deux éléments. Le premier, qui prévoit de reprendre la version du Conseil national, consiste à garder dans la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins une réglementation claire du financement des soins aigus et de transition

prescrits par un médecin. Dans la mesure où les soins de ce type sont la conséquence de maladies aiguës, il est à mes yeux nécessaire de garantir une prise en charge de ces soins compatible avec la LAMal. De plus, la nouvelle répartition des coûts proposée par le Conseil national, qui met sur pied d'égalité le financement hospitalier et celui des soins aigus et de transition, devrait permettre de diminuer le risque de fausses incitations, risque notablement augmenté par l'introduction des forfaits par cas.

En effet, les forfaits par cas, le fameux système des DRG, ont pour but de diminuer le coût des hospitalisations, de les rendre plus efficaces et ils ont donc pour effet de raccourcir la durée des séjours hospitaliers. Dans ces conditions, les patients ont encore besoin, le plus souvent en tout cas, de soins à leur retour à domicile ou dans leur EMS, et il convient que ces soins ne soient pas à la charge des personnes malades ou convalescentes mais bien de l'assurance-maladie et, pour éviter tout effet pervers, du canton. La Communauté d'intérêts «Financement des soins» et le comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) soutiennent cette proposition.

Le deuxième élément de ma proposition consiste à reprendre une formulation précédente du Conseil national en ce qui concerne le mode de rémunération des soins aigus et de transition. En effet, s'il peut être possible, dans certaines situations, de fixer des forfaits par cas pour ces prestations, il faut parfois passer par des forfaits au temps consacré, seuls à même de garantir une prise en charge adéquate et adaptée à l'évolution de la situation. Les soins dispensés à une personne qui rentre à la maison peuvent grandement varier en fonction de son état de santé et, bien sûr, selon qu'elle quitte l'hôpital au quatrième jour ou au sixième jour après l'opération. Je rappelle qu'il s'agit toujours ici de soins prescrits par un médecin.

Dans ce sens, je vous invite à soutenir ma proposition de minorité, ce qui permet de se rapprocher grandement de la décision du Conseil national dans une des dernières divergences que nous avons encore dans cette loi.

Monsieur Schwaller l'ayant déjà évoquée, je dirai juste quelques mots au sujet de ma proposition de minorité à l'alinéa 4. En faisant mention dans la loi de l'adaptation des tarifs tous les deux ans par le Conseil fédéral, en fait on tire la conséquence logique d'une réglementation sur le financement des soins aigus et de transition, comme le reconnaît d'ailleurs le comité de la CDS. Cette proposition est en fait la seule à même d'empêcher avec les années le développement d'une situation financière qui ne permettrait plus la complète mise en oeuvre de la loi.

Pour cette raison, je vous invite aussi à soutenir cette proposition.

**Maissen** Theo (CEg, GR): Wir führen hier ja immer noch die gleiche Diskussion wie an der Flimser Session vor einhalb Jahren; haben wir uns doch bereits damals mit diesen Fragen befasst. Ich möchte vorerst einfach darauf hinweisen, dass wir von der Situation der Patienten, also von den Betroffenen, ausgehen sollten. Wenn man von dieser Situation ausgeht, ist klar, dass wir uns dem Antrag der Minderheit bzw. dem Beschluss des Nationalrates anschliessen müssen, mit zwei Korrekturen, auf die ich noch kurz eingehen werde.

Wir haben mit der neuen Spitalfinanzierung die Fallpauschalen eingeführt. Damit ist das Interesse der Spitäler ganz klar so: Um Kosten zu sparen, will man den Spitalaufenthalt der Patienten möglichst kurzhalten. Das ergibt generell eine Kostenersparnis. Diese frühen Spitalentlassungen haben aber zur Folge, dass ein Teil sowohl der medizinischen als auch der pflegerischen Leistungen nachträglich spitalextern, im Sinne der Akut- und Übergangspflege, erbracht werden muss. Mit anderen Worten: Etwas, das über Jahrzehnte im Spital gemacht worden ist, bis der Patient jeweils entlassen wurde, wird heute ersetzt durch eine Aufgabenteilung. Was wirklich notwendigerweise im Spital gemacht werden muss, wird dort gemacht – medizinisch, pflegerisch –, und

was nicht mehr zwingend im Spital erfolgen muss, wird spitalextern gemacht.

Damit ist aber auch deutlich, dass diese Akut- und Übergangspflege sich klar abgrenzt von der sogenannten Langzeitpflege. Von der Logik des KVG her haben wir damit aber zwei Bereiche, nämlich den Spitalaufenthalt mit der nachfolgenden Akut- und Übergangspflege einerseits und die sogenannte Langzeitpflege andererseits. Diese beiden Bereiche sollten auch von der Finanzierung her unterschiedlich behandelt werden; diese beiden Pakete sind nämlich unter dem Aspekt der Finanzierung verschieden geregelt und sollten es auch durchwegs sein.

Deshalb ist es richtig, dass die Akut- und Übergangspflege wie die Spitalaufenthalte als Kernbereich der Krankenversicherung betrachtet werden. Dieser Auffassung haben sich nun auch eindeutig die Kantone angeschlossen. Sie verlangen zwar, dass man den Begriff der Akut- und Übergangspflege klar definieren soll, was möglich sein wird. So soll vor allem die Abgrenzung zwischen akutstationärer Behandlung und Langzeitbehandlung klar geregelt sein. Dies ist insbesondere auch dann notwendig, wenn zum Beispiel einem Regionalspital ein Pflegeheim angegliedert ist. Da braucht es ganz klare Abgrenzungen und Definitionen, wie im Übrigen auch bei der Spitex, die sowohl Akut- und Übergangspflege wie auch Langzeitpflege macht.

Es ist deshalb wichtig – damit komme ich auf meinen Antrag zu sprechen, den ich gestellt habe –, dass einerseits diese Akut- und Übergangspflege ärztlich verschrieben und andererseits zeitlich limitiert ist. Da ist wahrscheinlich im Gesetzgebungsverfahren etwas passiert, denn bei der heute vorliegenden nationalrätlichen Fassung, welche von der Kommissionsminderheit unterstützt wird, fehlt nämlich der Satz in der Mitte des Absatzes, der vorher in der nationalrätlichen Fassung enthalten war: «Der Bundesrat bestimmt die Dauer der Kostenübernahme.» Ich beantrage Ihnen, den Antrag der Kommissionsminderheit mit diesem Text zu ergänzen. Das liegt auch im Interesse der Kantone; die haben eindeutig unterstützt, dass der Bundesrat diese Dauer limitieren könne. Die GDK spricht hier von maximal dreissig Tagen mit einer einmaligen Verlängerung um weitere maximal dreissig Tage. Das ist ein Vorschlag der GDK, den man dann noch genauer ansehen müsste.

Was zudem wichtig ist, damit der Antrag der Kommissionsminderheit dann auch in der Praxis funktioniert, ist die Frage der Definition der Pauschalen. Diese sind heute als Fallpauschalen bei der Akut- und Übergangspflege nicht möglich, dazu fehlen heute die Grundlagen. Aber es sollte möglich sein, dass man mit Zeitpauschalen im Spitex-Bereich und bei den Tagespauschalen in Pflegeheimen eine angemessene Lösung findet.

Ich fasse zusammen:

1. Es ist systemkonform nach KVG, wenn wir die Akut- und Übergangspflege als Teilbereich der Akutbehandlung im Spital betrachten, die im Gegensatz zur Langzeitpflege steht. Wir unterscheiden hier und machen einen Schnitt, auch in Bezug auf die Finanzierung.

2. Zu den finanziellen Konsequenzen, die auch von Kollege Schwaller angesprochen worden sind: Ich bin davon überzeugt, dass es im gesamten System mittel- und langfristig richtig ist, wenn bei den Spitälern mit den Fallpauschalen gearbeitet und die Akut- und Übergangspflege gleich finanziert wird wie die spitalinterne Behandlung. Denn je klarer wir das als ein einziges Paket, als Einheit betrachten, umso mehr wird man dazu übergehen, die Dauer der Spitalaufenthalte möglichst kurz zu halten, weil über die Akut- und Übergangspflege die fortgesetzt notwendige Pflege geregelt ist. Dies geschieht, ohne dass für die Beteiligten bezüglich der Finanzierung ein Nachteil entstünde. Also ist vom System, von der Logik her klar, dass es mittel- und längerfristig einen kostensparenden Effekt hat, wenn wir der Minderheit und dem Nationalrat mit den erwähnten erforderlichen Anpassungen folgen.

Ich bitte Sie also, die Minderheit zu unterstützen.

**Forster-Vannini Erika (RL, SG):** Ich möchte Sie ebenfalls bitten, dem Minderheitsantrag zuzustimmen, dies aber klar mit der Zusatzformulierung, wie sie jetzt von Kollege Maissen beantragt wird. Sie müssen wissen, dass ich nicht etwa die Seite gewechselt habe, aber ich war in der Kommission leider nicht anwesend, sonst hätte ich mich nämlich bereits an der Sitzung für den Minderheitsantrag ausgesprochen. Ich hätte aber auch dort bereits die Ergänzung gemäss Antrag Maissen verlangt, nämlich dass die Dauer der Kostenübernahme bei Akut- und Übergangspflege vom Bundesrat zu bestimmen ist. Herr Maissen hat Ihnen Ausführungen dazu gemacht, die ich nur bestätigen kann. Ich bitte Sie also, vorerst einmal seinem Antrag zuzustimmen, denn es scheint mir ganz wichtig, dass wir hier eine Bestimmung aufnehmen, wonach die Dauer der Akut- und Übergangspflege durch den Bundesrat zu bestimmen ist.

Ich begründe kurz, weshalb ich der Meinung bin, dass der Minderheit zu folgen ist: In Absatz 1 wird ja festgelegt, dass die Pflegeleistungen aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs zu geschehen haben, und dies sowohl für Pflegeleistungen, die im ambulanten Bereich, wie auch für solche, die im Pflegeheim erbracht werden. Es wird weiter festgehalten, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen zu leisten hat. Der Nationalrat – Sie ersehen das aus der Fahne, und es wurde jetzt auch mehrmals darauf hingewiesen – hat sich ja in seiner ersten Fassung für die volle Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege durch die Krankenpflegeversicherung ausgesprochen, was zu einem markanten Prämienanstieg in der Grundversicherung geführt hätte. Deshalb hat ja unser Rat dieses Ansinnen klar zurückgewiesen. Aufgrund unseres Widerstandes hat sich nun der Nationalrat von der Idee der vollen Übernahme durch die Versicherungen verabschiedet und will neu eben die Finanzierungsregelung der Akut- und Übergangspflege der Finanzierung von Spitalaufenthalten gleichstellen. Die Kosten sollen damit auf die öffentliche Hand und die Krankenpflegeversicherung aufgeteilt und nicht mehr einseitig dem Prämienzahlenden belastet werden.

Die Patientenbeteiligung, wie sie in dieser Vorlage mit Artikel 25a KVG für die Pflege eingeführt worden ist, soll damit auf die Langzeitpflege beschränkt werden – das ist für mich der springende Punkt, da geht es mir wie Herrn Maissen und Frau Maury Pasquier. In der Debatte habe ich bereits in der letzten Runde ein gewisses Verständnis für das Anliegen des Nationalrates signalisiert, da die Akutpflege eher eine Kernaufgabe des KVG darstellt. Die Übergangspflege ist ein speziell medizinisch-pflegerichtetes Konzept innerhalb der Akutpflege. Diese Gründe sprechen dafür, die Übergangspflege nicht als Langzeitpflege zu entschädigen; deshalb sollte auch die Patientenbeteiligung hier keinen Eingang finden.

Es wurde auch bereits darauf hingewiesen – ich möchte das nicht wiederholen –, dass die DRG sicher dazu führen, dass frühere Entlassungen aus dem Spital stattfinden werden. Entsprechend den früheren Entlassungen gibt es nachfolgend auch mehr Akut- und Übergangspflege zu Hause – sei es durch Spitex oder in den Pflegeheimen –, deren Dauer kaum beeinflusst werden kann. Deshalb bin ich der Meinung, dass man hier dem Beschluss des Nationalrates folgen kann, dies umso mehr, als man in der Kommission – ich habe das zumindest so im Protokoll nachgelesen – davon ausgegangen ist, dass die Kantone sich klar gegen diesen Minderheitsantrag und gegen die nationalrätliche Lösung aussprechen werden. Sie, Herr Kommissionspräsident, haben bereits ausgeführt, dass die GDK in einem Brief bekanntgibt, dass sie der Lösung zustimmen kann. Auch ich habe den Brief der GDK eigentlich mit Verwunderung zur Kenntnis genommen. Damit kann ich mich jetzt auch als Kantonsvertreterin mit gutem Gewissen hinter diesen Minderheitsantrag mit dem Zusatzantrag Maissen stellen.

**Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG):** Sie finden mich ebenfalls auf der Seite der Minderheit. Ich finde es nicht richtig, die Akut- und Übergangspflege zu streichen. Die Argumen-

te, die uns der Kommissionspräsident dargelegt hat – keine neue Behandlungskategorie, keine Ausweitung der Leistungen –, sind zwar vordergründig überzeugend, aber in der Praxis sieht das eben anders aus. Diese intensive Pflege wird nach einem Spitalaufenthalt oder einer schweren Akuterkrankung benötigt, und sie dient einzig dazu, den Patienten oder die Patientin möglichst rasch wieder in die Selbstständigkeit zu führen. Sie beinhaltet zwar für eine kurze Zeit einen grösseren pflegerischen Aufwand – es kann den Verbandswechsel fast rund um die Uhr bedeuten oder auch die ganze Körperpflege beinhalten –, aber das Ziel ist klar, die Betroffenen wieder in ihre gewohnte Umgebung mit ihrem selbstbewältigbaren Alltag zurückzuführen. Damit geben wir doch für eine bestimmte Zeit bewusst mehr zulasten der Krankenversicherung aus, aber wir können in vielen Fällen eine chronische Krankheit verhindern, einen Pflegeheimtritt vermeiden oder zumindest verschieben, und wir reduzieren die Notwendigkeit eines erneuten Spitalaufenthalts.

In der früheren Fassung – Herr Maissen hat es gesagt – war der Umfang zeitlich auf dreissig Tage begrenzt. Das ist abhandengekommen, deshalb ist der Antrag Maissen, mit welchem diese Zeit wieder beschränkt und die entsprechende Kompetenz dem Bundesrat überlassen werden soll, sinnvoll. Die Mitglieder der SGK haben von Santésuisse eine Broschüre mit dem Titel «Brennpunkt Gesundheit» erhalten. Dort lautete eine reisserische Schlagzeile zu diesem Bereich: «Gefährliche Entwicklung für die Prämienzahler und Patienten.» Gerade das möchte ich widerlegen: Als Folge der Fallpauschale werden die Patienten in Zukunft früher aus dem Spital entlassen, was – zu Recht – eine Kostensenkung zur Folge hat. Die noch benötigte intensive Pflege muss durch die Spitex oder im Pflegeheim als Übergang gewährleistet sein, und zwar um Folgekosten zu sparen. Das dient wiederum den Patientinnen und Patienten, aber auch den Prämienzahlenden.

Es wurde von Kosten in der Höhe von 300 bis 400 Millionen Franken gesprochen. In der Kommission hatten wir noch viel höhere Angaben vonseiten der Santésuisse: 700 bis 800 Millionen Franken. Das ist völlig überrissen. Diese Pflege muss gewährleistet sein. Es ist nur die Frage, wer sie bezahlt. Wir haben bei der Einführung der Krankenversicherung klar gesagt: Jede medizinisch verordnete Leistung, sei es im Pflegeheim, im Spital oder ambulant, muss von der Krankenversicherung übernommen werden. Ohne diesen Passus wäre dieses neue Gesetz damals von der Bevölkerung nie angenommen worden. Dem müssen wir jetzt nachleben. Es ist so: Das ist eine Pflege, die vom Arzt verordnet wird. Sie kann und würde uns Folgekosten ersparen. Deshalb wird sie auch von der GDK unterstützt.

Ich bitte Sie, hier dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

**Ory Gisèle (S, NE):** Je vous propose aussi d'accepter la version du Conseil national, avec la modification supplémentaire que vous propose la minorité Maury Pasquier. Le Conseil national prévoit de prendre en compte les soins aigus et de transition, et ce point me paraît très important. Il introduit aussi une certaine cohérence en rappelant la disposition que nous avons adoptée sur le financement hospitalier.

Cependant, la version du Conseil national introduit la notion de «tarifs forfaitaires pour ces prestations», tarifs qui seraient à négocier. Or, il est actuellement encore très difficile de fixer des tarifs forfaitaires par cas, car il nous manque les bases nécessaires pour les calculer. Les cas peuvent être très différents si l'on sort de l'hôpital un peu plus tôt ou un peu plus tard. Plus on sort tôt de l'hôpital, plus le cas est lourd ensuite. Il paraît donc très aléatoire et même très risqué de vouloir fixer des tarifs forfaitaires par cas, car on risque d'induire des effets pervers sur la date de sortie de l'hôpital pour alléger les cas ou de mettre les prestataires de soins dans des situations inextricables si le patient sort de l'hôpital trop tôt et que le forfait mis à disposition ne suffit pas à couvrir les besoins en soins. Il me paraît donc judicieux de prévoir aussi de fixer des tarifs horaires qui correspondent beaucoup mieux à la réalité.



La proposition Maissen reprend aussi la version du Conseil national. L'auteur y ajoute cependant une détermination par le Conseil fédéral de la durée pendant laquelle les coûts sont pris en charge et cela me paraît tout à fait compatible avec les objectifs que poursuit la minorité Maury Pasquier. Cela me paraît tout à fait acceptable.

Je vous propose donc aussi, si Monsieur Maissen y est favorable, d'intégrer sa proposition dans celle de la minorité, et donc d'adopter les deux propositions.

**Stähelin Philipp** (CEg, TG): Wir haben letzte Woche erstaunliche Post von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren erhalten. Ich habe sehr gestaunt – das muss ich Ihnen sagen –, als wir hier plötzlich zur Kenntnis nehmen durften, dass die Kantone geradezu gerne 55 Prozent der hier anfallenden Kosten übernehmen würden. Ich weiss zwar nicht, wer dahintersteckt – es heisst «Gesundheitsdirektorenkonferenz»; ich war auch einmal deren Mitglied und auch Präsident. Möglicherweise ist es der Vorstand, möglicherweise der Präsident – ich weiss das nicht. Es sind nicht die Kantone. Ich nehme nicht an, dass die Finanzdirektoren hier ohne Weiteres mitunterschrieben hätten. Aber wir haben diesen Brief. Eigentlich – ich staune – müsste damit für uns ja alles in Ordnung, okay sein: Wir haben jemanden, der das zahlt – und wer will da dagegen sein? Wir haben jemanden, tipp-top!

Ich habe aber ein Problem mit dem Antrag der Minderheit. Nicht damit, dass man hier diese verordnete Akut- und Übergangspflege finanzieren will; mein Problem ist vielmehr das System. Diese Übergangspflege, diese Akutpflege, kann stationär oder ambulant sein – die Spitex ist ambulant –; es kann beides sein. Damit machen wir aber einen echten Bruch zum bisherigen Finanzierungssystem. Die sogenannte Lösung nach den Regeln der Spitalfinanzierung gilt jetzt in den Spitälern nur für den stationären Behandlungsteil. Nirgends, in keinem Bereich, sind bis heute auch ambulante Massnahmen mitbezahlt worden. Das ist ein Systembruch, den wir jetzt begehen. Hier frage ich mich, was dann künftig noch gelten soll. In der gleichen Behandlung haben Sie künftig Pflege, gleichzeitig aber ohne Zweifel vielleicht auch einmal die Mitwirkung eines Arztes. Das wird dann nach den Regeln für die ambulante Behandlung, die Pflege nach den Regeln für die stationäre Behandlung bezahlt. Ich sehe hier kein System mehr. Davor habe ich – das muss ich Ihnen ehrlich sagen – auch etwas Angst.

Wenn man in den Finanzierungen keine sauberen Regeln mehr einhält, dann wachsen die Ausgaben. Davon können Sie hundertprozentig ausgehen. Davor habe ich wirklich Angst. Wo ziehen Sie die Grenzen? Im Gesetz finden Sie sie nie mehr, im Gesetz haben Sie kein sauberes System mehr. Ja, der Bundesrat kann da noch mit Verordnungen mitwirken; er wird aber laufend unter Druck kommen. Ich habe Mühe mit diesem Antrag der Kommissionsminderheit. Für mich ist er noch nicht sauber durchdacht. Ich möchte ein System bei der Finanzierung. Ohne ein solches System kann ich hier nicht zustimmen.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

**David Eugen** (CEg, SG): Wenn ich die Diskussion verfolge, erhalte ich den Eindruck, als ob die Pflege nicht finanziert wäre. Die Pflege ist aber nach Absatz 1 finanziert; das ist die Grundregel. Es geht jetzt nur darum, ob wir für bestimmte Fälle der Pflege noch eine Zusatzleistung aus der Krankenversicherung erbringen. Ich muss einfach darauf hinweisen: Jede zusätzliche Leistung der Krankenversicherung wird den Prämienendruck erhöhen. Ich vertrete heute tatsächlich den Standpunkt: Bevor wir bei der Prämienentwicklung keine Abflachung erreichen, sollten wir darauf verzichten, der Krankenversicherung neue Leistungen aufzuladen. Ich finde die Stossrichtung grundsätzlich falsch, wenn man das immer wieder macht. Ich gebe allen, die sich jetzt dafür ausgesprochen haben, Recht: Es gibt x Orte, wo man zu Recht Mehrleistungen fordern kann – denken Sie an die Psycho-

therapie, denken Sie an die Komplementärmedizin. In allen diesen Bereichen gibt es durchaus berechnete Forderungen; man sagt, dass das auch die Krankenversicherung bezahlen sollte.

Ich finde auch, dass wir uns all diesen Gesuchstellern gegenüber einigermaßen gleich verhalten müssen. Entweder gehen wir zum Prinzip über, dass wir im Moment – solange die Entwicklung der Prämien nicht abflacht – keinen Ausbau der Leistungen vornehmen, oder wir fangen an und sagen: Da machen wir einen Ausbau. Dann müssen wir aber ehrlicherweise sagen, warum wir das andernorts nicht tun wollen. Das ist für mich das Grundprinzip.

Die Befürworter dieses Antrages können nicht mit dem Argument daherkommen, dass die Abflachung bereits eingetreten sei. Die Entwicklung, die sich im Jahr 2006 gezeigt hat, ist leider eine einmalige Erscheinung. Die heutigen Zahlen deuten in eine ganz andere Richtung. Wir sind leider wieder im alten Fahrwasser, und wir müssen alles unternehmen, damit wir diese Steigerung in den Griff kriegen.

Aus diesen Gründen bin ich der Meinung, dass wir auch hier nicht einer Ausweitung der Leistungen zustimmen sollten. Es geht ja nicht darum, dass wir etwas abbauen, was heute nicht zugesprochen wird, sondern wir bauen aus.

Eine weitere Frage: Ist es angemessen, hier Nein zu sagen? Frau Forster hat gesagt, es störe sie, dass die Beteiligten eine Eigenleistung erbringen müssten. Wir haben die Eigenleistung fixiert – Sie erinnern sich an das letzte Mal: Absatz 5, Seite 9 der Fahne –: Das sind 20 Franken pro Tag. Ist es unangemessen, nach der jetzt beschlossenen und von der ständerätlichen Kommission vorgeschlagenen Fassung 20 Franken pro Tag vom Betreffenden zu verlangen? Wir haben die Begrenzung ja gemacht.

Nehmen wir jetzt den Fall von zehn Tagen Pflege nach einem Spitalaufenthalt. Dann wäre der Betrag nach der jetzigen Lösung, die hier vorgesehen ist, 200 Franken. Ich denke, es ist angemessen, dass wir diesen Beitrag verlangen. Ich sehe auch nicht ein, warum wir von den Chronischkranken den Beitrag verlangen, bei denen es ja eigentlich viel härter ist, weil die Situation viel länger dauert, und bei dieser Kurzpflege den Beitrag nicht verlangen.

Ein weiterer Punkt, weshalb ich diesen Lösung kritisch gegenüberstehe – es wurde auch verschiedentlich angesprochen –: Es ist die Fortsetzung des Aufenthaltes im Spital. Ich habe mit Spitalärzten darüber diskutiert. Sicher könnten fünf bis sechs Tage Pflege als direkte Folge des Spitalaufenthaltes akzeptiert werden. Wenn wir das dem Spital zuordnen, ist das noch okay; aber hier geht es um andere Grössenordnungen. Herr Maissen und andere haben es gesagt: Es sind dreissig bis sechzig Tage, die man so finanzieren müsste. Das hat mit der spitalnachfolgenden Pflege eigentlich nichts mehr zu tun. Wenn man festlegen könnte, dass wirklich die spitalnachfolgenden Tage in diesem Bereich angerechnet würden, wäre das etwas ganz anderes. Jetzt ist die Frist offen. Herr Maissen beantragt, dass der Bundesrat sie festlegt; er hat aber auch darauf hingewiesen, dass man dreissig bis sechzig Tage meint. Das ist meiner Meinung nach weit über dem, was mit der Spitalversorgung zu tun hat.

Ich möchte auch jetzt gelegentlich zu hörenden Vorwürfen entgegentreten und bestreiten, dass Leute einfach «blutig» aus dem Spital entlassen werden. Die Ärzte werden ihre Verantwortung wahrnehmen und medizinisch korrekte Entscheide fällen.

Letzter Punkt – Herr Stähelin hat das angesprochen –: Wir können ja eigentlich froh sein, dass sich hier ein Zahler gemeldet hat. Die Kantone – jedenfalls die GDK – haben offenbar gesagt, sie akzeptierten diese Zahlungen zulasten der kantonalen Steuerzahler. Persönlich kann ich, ehrlich gesagt, diesen Entscheid nicht ganz nachvollziehen. Nichtsdestotrotz tragen wir hier im Bundesparlament die Gesamtverantwortung für die Krankenversicherung und ihre Entwicklung. Aus dieser Sicht – trotz dieser kantonalen Grosszügigkeit, die hier plötzlich aufscheint – bitte ich Sie, der Lösung zuzustimmen, die wir in der ersten Behandlungsrunde beschlossen haben, nämlich in diesem Punkt keine Ausweitung der bisherigen Leistungen vorzunehmen.



**Fetz Anita** (S, BS): Ich wollte mich eigentlich nicht auch noch einbringen, weil meine Kolleginnen glasklar, kompetent und vertieft dargestellt haben, warum der Minderheitsantrag der richtige ist. Aber nach den gehörten Voten glaube ich, Ihnen doch noch zwei Dinge mitgeben zu müssen.

All jenen, die sich nicht mit dem Spezialdossier befassen – das ist ja bei den Gesundheitsvorlagen immer das Problem, dass sie kompliziert sind –, möchte ich versuchen zu zeigen, was, vereinfacht gesagt, der Unterschied zwischen den Fassungen von Mehrheit und Minderheit ist. Beide wollen die Kostenwirksamkeit und die Effizienz in der Pflege zwischen Spitalaufenthalt und Wiedergenesung erhöhen bzw. Langzeitpflege und chronische Krankheiten vermeiden, also kostengünstig handeln. Die Minderheit sieht einfach etwas mehr die praktische Seite, wie dies geschehen soll. Kollege Stähelin hat die Angst zum Ausdruck gebracht, dass dieser Systembruch nicht mehr kontrolliert werden könne. Dazu möchte ich einfach sagen: Wenn wir die Akut- und Übergangspflege, die ja ärztlich verordnet und mit dem Antrag Maissen erst noch zeitlich beschränkt wird, nicht anders behandeln als die Langzeitpflege, dann entsteht ein gewaltiger Anreiz für eine «Rück-Hospitalisierung» – das passiert nämlich in der Praxis! Kollege David, die Beteiligung beträgt dann nicht 20 Franken, sondern 20 Prozent! Das können gewaltige finanzielle Unterschiede sein.

Das muss man sich einmal praktisch vorstellen, wie es ist, wenn jemand aus dem Spital kommt. Wir wollen ja, dass die Spitalaufenthalte durch die DRG-Fallpauschalen kürzer werden, und zwar aus Kostengründen, aber auch aus menschlichen Gründen, weil es sinnvoller ist, wenn man im gewohnten Umfeld gepflegt wird. Ganz abgesehen davon ist die Spitex-Pflege und die Pflege zu Hause wesentlich günstiger als die Pflege im Spital. Also, da kommt jetzt jemand aus dem Spital, und dann muss er betreut werden. Wenn jetzt der Kostendruck durch die Beteiligung zu hoch wird, dann ist das Risiko, dass er wieder hospitalisiert werden muss, enorm gross. Sie blenden nämlich bei Ihren Systemüberlegungen dauernd das menschliche Umfeld aus, das erlaube ich mir hier einmal zu sagen. Es sind die Angehörigen, die dann entsprechend einspringen müssen, um das abzusichern. Und alle diejenigen, die in ihrem Umfeld selber davon betroffen sind, kennen das – wir sind ja in einem Alter, in dem das jetzt häufiger passiert, weil wir ja die «Sandwich-Generation» sind: Man hat meistens Eltern, die jetzt zum Teil in diese Phase kommen können. Die Dauerbelastung für die Angehörigen ist also auch zu berücksichtigen, denn dies wird einen Anreiz schaffen, wieder zu hospitalisieren, anstatt die Übergangspflege wirklich wahrzunehmen. Aus all diesen praktischen Überlegungen heraus bin ich der tiefen Überzeugung, dass der Minderheitsantrag der kostengünstigere ist. Er ist nicht nur für die Betroffenen der wirksamere und menschlichere, sondern er ist auch kostengünstiger, weil er keine falschen Anreize schafft.

Noch zum Prämienargument: Santésuisse oder auch Eugen David – Sie werden mir das verzeihen – bringen bei jeder Änderung, die wir machen, immer den Prämien Schub als das Killerargument. Man kann es aber nicht beweisen, man kann es nur approximativ berechnen. Ich würde darum sehr dafür plädieren anzuschauen, wie in der Praxis die Anreize optimiert werden können, damit die Menschen im kostengünstigen Umfeld der Hauspflege und der Angehörigenpflege verbleiben und kein Anreiz entsteht, in den teuren Spitalbereich zu gehen. Das ist für mich die Hauptrichtung, die wir mit dem Minderheitsantrag fahren.

Deshalb bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen.

**Diener Verena** (CEg, ZH): Wir sind uns wahrscheinlich alle einig, dass eine Übergangspflege in einer guten Qualität für unsere Bevölkerung wünschbar ist. Das wird aber auch heute schon gemacht. Ich denke, dass die Spitex einer der grösseren Wachstumsbereiche ist. Das heisst, die Spitex-Leistungen werden zunehmend hochprofessionell erbracht. Sie werden umfassend erbracht. Die Organisation in den Kantonen ist professioneller geworden. Diesem Anliegen der Übergangspflege wird in diesem Bereich, im ambulanten

Bereich, bei der Pflege zu Hause seit Jahren Rechnung getragen. Da hat sich eine markante Verbesserung ergeben. Es ist auch bei den Institutionen üblicher geworden, eine Übergangspflege anzubieten. Inhaltlich sind wir uns einig, da sind wir auf dem richtigen Wege.

Jetzt geht es ja nur noch darum zu fragen, wer diese ganze Sache bezahlt. Wir haben heute ein Bezahlungssystem, bei dem die Eigenleistungen – ich spreche hier vor allem von den älteren Leuten – recht gross sind. Jetzt stellt sich die Frage, ob das etwas Schlechtes, etwas Ungerechtes ist. Wenn wir das System ändern und die Kostenübernahme anders regeln, dann muss man sich auch fragen: Wen trifft es dafür stärker? Bei der Fassung der Minderheit und der Regelung des Nationalrates ist es klar so, dass die Prämien- und die Steuerzahlenden mehr Kosten übernehmen und das Individuum entlastet wird. Bei den Steuerfragen – das lasse ich einmal beiseite – besteht mindestens mit der Progression eine gewisse Solidarität oder eine Unterschiedlichkeit der Belastung. Aber was die Krankenkassenprämien angeht, besteht heute die Situation, dass die jungen Menschen mit ihren Prämien die älteren und alten Menschen quersubventionieren. Das finde ich persönlich eine grosse, störende Ungerechtigkeit. Wir wissen auch, dass die älteren Menschen in unserem Lande eigentlich grossmehrheitlich die Vermögenswerte besitzen. Nun stellt sich für mich schon die Frage: Wen wollen wir in diesem System nochmals zusätzlich belasten? Sind das die jungen Menschen, oder ist es zuzumuten – neben der Tatsache, dass die Erbschaftsteuer praktisch überall abgeschafft wurde –, dass die älteren Menschen hier vielleicht ein gewisses Mass an Solidarität auch in diesem gesellschaftlichen Bereich übernehmen, indem sie bei der Übergangspflege mehr bezahlen?

Da muss ich sagen: Das finde ich nicht störend. Mich stört vielmehr, dass die jungen Menschen und die jungen Familien mit den Krankenkassenprämien Belastungen erleiden, die immer häufiger zu unhaltbaren Zuständen führen. In dieser Güterabwägung bin ich klar bei der Mehrheit – das hat nichts mit der medizinischen Versorgung zu tun, dort sind wir uns ja einig; es geht nur darum, wer welche Solidarität lebt. Ich denke nicht, dass es angeht, dass man dreissig bis sechzig Tage Übergangspflege gemäss Verteilschlüssel der Kantone und Krankenkassen bezahlt. Das ist ein Schritt in eine Richtung, die für mich nicht Solidarität, sondern eine Entsolidarisierung gegenüber den jüngeren Menschen in unserer Gesellschaft bedeutet.

Noch kurz zum Schreiben der GDK: Meines Wissens hat nicht das Plenum, sondern der Vorstand der GDK diesen Entscheid gefällt.

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Erlauben Sie mir noch ein paar Bemerkungen.

Zum Antrag Maissen: Wir haben diesen nicht diskutiert. Mir scheint es – immer auf der Linie der Kommissionsmehrheit bleibend –, dass es richtig ist, wenn man mindestens eine Bestimmung vorsieht, mit welcher es möglich wäre, die Dauer zu beschränken, und diese Kompetenz dem Bundesrat einräumen würde.

Zum Antrag der Minderheit Maury Pasquier: Diesen Antrag haben wir diskutiert, wir haben auf unsere Nachfrage auch folgende Präzisierungen erhalten: «Im Gesetz spricht man tatsächlich von Zeittarif oder Pauschaltarif. Zeittarife sind vor allem bei der Spitex üblich, Pauschaltarife beziehen sich eher auf Tagespauschalen im Pflegeheim.» Bei der ursprünglichen Diskussion im Nationalrat hat man die volle Kostenübernahme nicht nur auf die Pflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt bezogen, sondern allenfalls auch auf den Fall einer schwerwiegenden Erkrankung; jetzt bezieht es sich klar nur noch auf den Spitalaufenthalt. Wir haben uns nachher mit 6 zu 2 Stimmen gegen diesen Antrag ausgesprochen.

Noch eine abschliessende Bemerkung: Wir streichen ja die Übergangspflege nicht; das wurde verschiedentlich gesagt. Es ist nicht so, dass wir überhaupt nichts mehr bezahlen wollen, sondern wir haben für diese Übergangspflege – soweit diese bei einer Rehospitalisierung nicht wieder voll

übernommen werden muss – nur einen anderen Schlüssel: 60 Prozent über die Versicherung, 20 Prozent über die öffentliche Hand und maximal 20 Prozent bzw. 20 Franken durch den Privaten. Im ersten Vorschlag des Nationalrates war vorgesehen, die Kosten der Übergangspflege voll und ganz von der Versicherung übernehmen zu lassen.

Nun, man kann auch 55 Jahre alt werden und trotzdem jeden Tag Neues erleben und staunen. Das ist mir passiert, als wir den Brief der GDK erhalten haben. Da haben wir während Jahren Ordner mit Briefen vonseiten der GDK, vonseiten der Finanzdirektoren, vonseiten der Konferenz der Kantonsregierungen gefüllt, in denen sich diese strikt dagegen gewandt haben, dass wir im Ständerat irgendeine Kostenverschiebung zulasten der Kantone vornehmen – und plötzlich geht das, plötzlich ist man bereit, 55 Prozent – von 100, 200, 300 Millionen Franken oder von wie viel auch immer – zu übernehmen.

Weiter mischen sich die Kantone nun auch in den Bereich der ambulanten Versorgung ein. Meines Erachtens ist das nicht angängig. Ich bitte Sie, beim Konzept der Mehrheit bzw. bei unserem Konzept zu bleiben.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil national a décidé d'introduire dans la loi une réglementation séparée pour la répartition de la prise en charge des soins aigus et des soins de transition. Cette répartition se ferait entre les cantons et l'assurance obligatoire des soins, selon les règles adoptées dans le cadre du financement hospitalier.

La majorité de la commission, à notre avis avec raison, considère qu'il n'est pas souhaitable de faire une distinction entre soins aigus et de transition et soins de longue durée. En effet, les premiers – soit les soins aigus et de transition – relèvent également de la contribution prévue à l'article 25 alinéa 1. La majorité de la commission a raison de s'opposer à la solution du Conseil national: en effet, une réglementation séparée pour les soins aigus et de transition entraînerait une inégalité de traitement dans le domaine des prestations des soins pour des cas graves, si vous adoptiez la solution du Conseil national, et le fait que des prestations seraient prescrites le plus souvent possible à titre de soins de transition. Plusieurs orateurs partisans de la solution de la minorité ont évoqué le problème du système des DRG. Premièrement, ce n'est pas encore tout à fait demain qu'il entrera en vigueur. On est en pleine étude sur le sujet, et le système des DRG comprendra évidemment aussi une disposition «punitif» pour les cas où on ferait sortir un patient beaucoup trop tôt de l'hôpital, provoquant ainsi le risque d'un retour à l'hôpital. C'est un problème qui devra être discuté lorsqu'on adoptera concrètement un système de DRG. Ce n'est pas un problème qui doit être résolu au stade actuel.

Deuxièmement – et là, je ne peux que remercier Madame Diener d'être intervenue pour dire qu'à la fin quelqu'un paie, et que le problème, c'est de savoir qui le fait: est-ce que c'est le contribuable et/ou l'assuré – ce qui revient au même, dans la pratique? ou bien est-ce que le patient paie lui-même en fonction de ses moyens?

Il est vrai qu'on a constaté qu'au cours de ces dernières années, ce qui était social autrefois ne l'est plus, parce que toutes les études montrent que les gens de notre génération ont profité d'une situation économique fantastique. Ils ont bâti un système qui leur permet d'envisager l'avenir avec une grande sécurité. Par contre, ceux qui nous suivent, les plus jeunes et les familles en particulier, eux, ont beaucoup plus de difficultés et il s'agit de ne pas les charger davantage. A un certain moment, ce qui apparaissait comme quelque chose de social est devenu une manifestation d'égoïsme de notre génération et, dans le cas précis, nous sommes en train de passer de ce côté-là. Notre génération, si elle n'est pas prudente dans ce domaine, risque de manifester non plus un sens social mais de l'égoïsme. C'est la raison pour laquelle, avec conviction, je vous invite à adopter la proposition de la majorité de la commission.

On vient de me transmettre la lettre de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Je ne la commenterai pas. On est habitué à recevoir en dernière minute une lettre de la CDS, en particulier lorsqu'elle est signée par son nouveau président, Monsieur Pierre-Yves Maillard. Le secrétaire central suppléant croit qu'il ne faut pas trop s'inquiéter de cela. Si l'on attend encore 24 heures, on recevra une deuxième lettre qui donnera – et c'est souvent le cas – un avis un peu différent. En tout cas, ces lettres arrivent toujours en dernière minute. Celle-ci est datée du 19 février. (*Remarque intermédiaire Maury Pasquier: Elle est arrivée bien avant, Monsieur le président de la Confédération!*) Si vous lisez cette lettre, vous remarquez que ce n'est pas aussi simple que certains l'ont dit. C'est une lettre très complexe dans laquelle le pour et le contre sont exposés et, à la fin, il est écrit ceci: «Nous vous prions tout de même de prendre note du fait que malgré notre position en faveur d'un compromis dans les questions soulevées, nous continuons à considérer comme erronés les transferts de coûts déjà statués à la charge des cantons, particulièrement la décision de soutenir des personnes en home qui n'ont aucun besoin financier.» Si on analyse le contenu de cette lettre, on conclut qu'on aura droit à une nouvelle lettre dans les prochains jours qui précisera encore les choses.

Je crois qu'il faut en rester aux arguments de fait qui ont été exposés par le président de la commission, Monsieur Schwaller, par Monsieur Stähelin, par Madame Diener, par Monsieur David et adopter la proposition de la majorité de la commission.

#### *Erste Abstimmung – Premier vote*

Für den Antrag Maissen ... offensichtliche Mehrheit

Für den Antrag der Minderheit ... Minderheit

#### *Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

Für den Antrag der Mehrheit ... 23 Stimmen

Für den Antrag Maissen ... 18 Stimmen

#### *Abs. 4 – Al. 4*

**Schwaller** Urs (CEg, FR), für die Kommission: Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung an die Adresse des Bundespräsidenten:

Monsieur le président de la Confédération, il faut que je vous dise que, suite à la décision qui a été prise par le Conseil national, c'est la commission de notre conseil qui, par mon intermédiaire, s'est adressée à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé pour lui demander si elle avait vu que, d'après la solution choisie par le Conseil national, les cantons devraient assumer 55 pour cent du financement. Donc la réponse qui nous est parvenue faisait suite à une lettre envoyée à l'organe précité. Je pense qu'il faut que cela soit dit pour que les choses soient claires.

Bei Artikel 25a Absatz 4 schlägt die Kommission vor, wie bei den anderen Bereichen der OKP keine automatischen Anpassungen vorzunehmen. Ich bitte Sie, auf der früher eingeschlagenen Linie zu bleiben.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): J'ai défendu ma proposition de minorité en développant ma proposition de minorité précédente (al. 1bis), puisque c'est en fait une conséquence de celle-ci. De ce point de vue, le vote sur cette proposition de minorité est devenu inutile.

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

#### **Ziff. 1a**

*Antrag der Kommission  
Festhalten*

#### **Ch. 1a**

*Proposition de la commission  
Maintenir*

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Wir halten hier daran fest, dass der Übergang in die neue Pflegeversicherung kostenneutral zu erfolgen hat.

*Angenommen – Adopté*

05.025

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

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)

Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

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)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 05.06.08

Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 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 am nationalrätlichen Entscheid. 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 indi-

zierte 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 entgegengehalten, dass wir bei der Pflege keine Leistungsfinanzierung einführen, sondern ein Beitragsystem. 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 1 bis, 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 supplémentaires 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 réglementa-



tion 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; Beilage – Annexe 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; Beilage – Annexe 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; Beilage – Annexe 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.

05.053

**IV. Zusatzfinanzierung****AI. Financement additionnel***Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4623)  
 Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4377)  
 Nationalrat/Conseil national 19.03.07 (Erstrat – Premier Conseil)  
 Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Fortsetzung – Suite)  
 Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
 Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Fortsetzung – Suite)  
 Nationalrat/Conseil national 18.03.08 (Differenzen – Divergences)  
 Nationalrat/Conseil national 19.03.08 (Fortsetzung – Suite)  
 Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Differenzen – Divergences)  
 Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 11.06.08  
 Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Ständerat/Conseil des Etats 12.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
 Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

**2. Bundesgesetz zur Sanierung der Invalidenversicherung****2. Loi fédérale sur l'assainissement de l'assurance-invalidité****Art. 2, 3**

*Antrag der Kommission*  
 Festhalten

**Art. 2, 3**

*Proposition de la commission*  
 Maintenir

**Ziff. II Abs. 2**

*Antrag der Kommission*  
 Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. II al. 2**

*Proposition de la commission*  
 Adhérer à la décision du Conseil national

**Schwaller Urs** (CEg, FR), für die Kommission: Wir sind hier in der letzten Runde. Der Nationalrat hat sich bei der Erhöhung der Mehrwertsteuer unserer Fassung angeschlossen, d. h. 0,4 Prozentpunkte proportional. Wir haben also bei der ersten Vorlage keine Differenzen mehr, weshalb wir direkt in die zweite Vorlage einsteigen können.

Es geht dabei um das Bundesgesetz zur Sanierung der Invalidenversicherung. Wir haben hier zwei Konzepte: Wir waren der Auffassung, dass die 5 Milliarden Franken, die als Schwankungsreserven in den IV-Fonds hineingegeben werden, in Form einer Einmaleinlage einbezahlt werden sollten. Der Nationalrat hingegen ist der Auffassung, dass diese 5 Milliarden als verzinsliches Darlehen in den IV-Fonds gegeben werden sollten.

Wir haben heute die Frage noch einmal diskutiert und sind klar und einstimmig der Auffassung, dass wir an unserem Beschluss festhalten, es also bei einer Einmaleinlage belassen sollten. Wir trennen diese beiden Fonds, und es scheint uns richtig zu sein, den IV-Fonds mit gewissen Mitteln auszustatten, um ihm überhaupt gewisse Startchancen zu geben. Es kommt dazu: Wenn Sie es bei einem verzinslichen Darlehen bewenden lassen, werden Sie jedes Jahr beim Budget eine Zusatzbelastung von rund 500 Millionen Franken finden. Warum? Wir haben einen Verlustvortrag von rund 12 Milliarden Franken, die Zinsenlast wäre voll und ganz vom Bund zu übernehmen; hiezu kämen nachher noch die 5 Milliarden Franken des Darlehens. Wenn Sie das hoch-

rechnen, ergibt das 400 bis 500 Millionen Franken, die das Budget jedes Jahr belasten würden; diese wären dann entsprechend auch beim Budget zu finden.

Unser Antrag lautet demnach, an unserem Beschluss festzuhalten und es bei einer Einmaleinlage bewenden zu lassen. Das entspricht jetzt natürlich unserer Entscheidung, mit dem Darlehen zu arbeiten, und ich bin Ihnen zu Seite 7 der Fahne noch eine Bemerkung schuldig. Dort haben wir uns dem Nationalrat angeschlossen, der beschlossen hat, die Vorlage sei bis 2010 auszuarbeiten. Vor allem heisst es aber in Absatz 2: «Die Botschaft wird – eventuell neben anderen Vorschlägen – eine ausgabenseitige Sanierung der IV beinhalten.» Unseres Erachtens – man hat mich beauftragt, das zu sagen – lässt die Qualität dieser Art von Gesetzgebungsarbeit wirklich zu wünschen übrig. Diesen Einschub stufen verschiedene Kommissionsmitglieder als ungenügend ein.

Wir beantragen Ihnen aber mit 6 zu 0 Stimmen bei 6 Enthaltungen, sich dem Nationalrat anzuschliessen.

*Angenommen – Adopté*

05.025

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

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBI 2005 2033)  
 Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)  
 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)  
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 05.06.08  
 Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)  
 Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
 Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

**Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung****Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins****Ziff. I Ziff. 3 Art. 25a**

*Antrag der Einigungskonferenz*

**Abs. 1bis**

Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, vergüten die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

**Abs. 4**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
 (= Streichen)

**Ch. I ch. 3 art. 25a***Proposition de la Conférence de conciliation**Al. 1bis*

Les prestations liées aux soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et qui sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de domicile de l'assuré durant deux semaines au maximum et conformément à la réglementation du financement hospitalier. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs forfaitaires.

*Al. 4*

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

**Ziff. Ia***Antrag der Einigungskonferenz**Abs. 1*

Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 sind erstmals so festzulegen, dass ... (Rest gemäss Ständerat)

*Abs. 2*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Ch. Ia***Proposition de la Conférence de conciliation**Al. 1*

Le montant des contributions aux soins selon l'article 25a alinéa 1 est fixé au départ ... (reste selon Conseil des Etats)

*Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Schwaller** Urs (CEg, FR), für die Kommission: Wir haben uns heute Morgen mit drei Punkten zu befassen, die gestern Morgen Gegenstand der Diskussion in der Einigungskonferenz waren.

Was die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt anbelangt, so hat die Einigungskonferenz weitgehend das Konzept des Nationalrates übernommen. Sie beantragt Ihnen mit anderen Worten, für die Finanzierung dieser Kosten der Übergangs- und Akutpflege die Aufteilung der Spitalfinanzierung zu übernehmen, d. h. 55 Prozent zulasten der Kantone und 45 Prozent zulasten der Versicherer. Was die Frage der Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung anbelangt, so beantragt die Einigungskonferenz, der bisher vom Ständerat bevorzugten Lösung zuzustimmen und auf eine automatische bzw. periodisch festgesetzte Anpassung der Beiträge zu verzichten. Der Bundesrat kann die Beiträge anpassen, muss dies aber nicht zwingend jedes Jahr oder alle zwei Jahre tun. So viel zur Einleitung; anschliessend können wir die Fahne durchgehen.

Zu Artikel 25a Absatz 1bis: Es geht hier um die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt. Wenn diese Leistungen im Spital vom Arzt angeordnet werden, so sollen die Kosten nach dem Antrag der Einigungskonferenz während längstens vierzehn Tagen nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt werden. Nicht auszuschliessen ist, dass in Zukunft die DRG-Fallpauschalen auch einige Tage Übergangs- oder Akutpflege umfassen werden. Das wissen wir aber noch nicht. Mit dem Antrag der Einigungskonferenz ist aber klar, dass die Kostenübernahme nach der Regelung der Spitalfinanzierung nur unter den in dieser Bestimmung genannten Einschränkungen erfolgen soll.

Der Nationalrat hatte die Auffassung vertreten, die Festsetzung der Dauer dem Bundesrat zu überlassen. Bundespräsident Couchepin hat uns gestern Morgen erklärt, dass der Bundesrat die Dauer der zu übernehmenden Akut- oder Übergangspflege auf zwischen zehn und zwanzig Tage festsetzen würde. Sie sehen, mit unseren vierzehn Tagen liegen wir so etwa in der Mitte, und das entspricht auch dem, was der Bundesrat wahrscheinlich anordnen würde.

Was die automatische Anpassung der Beiträge an die Kosten anbelangt, so sind wir hier ganz klar auf der Linie des

Ständerates geblieben. Die Einigungskonferenz beantragt Ihnen denn auch, auf eine Verpflichtung zu einer automatischen Anpassung zu verzichten. Das Krankenversicherungsgesetz kennt keine automatische Anpassung von Beiträgen und Tarifen. Wie Bundespräsident Couchepin im Nationalrat ausgeführt hat, besteht heute eine Ausnahme einzig bei der zeitlich beschränkten Regelung der Rahmentarife in der Pflege. Mit dem Antrag der Einigungskonferenz machen wir keinen Einbruch in das System. Ein solcher Einbruch beziehungsweise eine automatische Anpassung hier in der Pflegefinanzierung hätte sicher Forderungen in anderen Bereichen nach sich gezogen.

Zur kostenneutralen Überführung: Indem wir nun vierzehn Tage Akut- und Übergangspflege aus dem System herausnehmen, wird die Kostenneutralität für die übrigen Bereiche gewahrt. Es ist dies ein folgerichtiger Schluss nach der in Absatz 1bis getroffenen Lösung.

**Mauri Pasquier** Liliane (S, GE): Le rapporteur vous a donné les résultats de ce que je trouve la mal nommée Conférence de conciliation et, pour ma part, je m'y opposerai. En effet, ils ne me semblent pas satisfaisants, notamment du point de vue des personnes nécessitant des soins.

D'abord, plus précisément sur l'article 25a alinéa 1bis, la proposition de la Conférence de conciliation est non seulement très restrictive pour la prise en charge des soins aigus et de transition, mais elle me semble aussi difficilement praticable et présenter à mon sens un risque d'augmentation des hospitalisations plutôt que de diminution. En effet, elle soumet la prise en charge des coûts des soins aigus et de transition à un séjour hospitalier préalable et à une prescription uniquement par un médecin hospitalier. Cela me paraît de plus être une mention qui ne devrait pas figurer dans la loi mais plutôt dans une ordonnance d'application, dans la mesure où une ordonnance permettrait d'être plus souple par rapport à l'évolution de la réalité.

Sur le plan plus général ensuite, la loi telle qu'elle ressort de nos travaux représente par rapport à la situation légale actuelle une augmentation importante de la participation des malades aux coûts. Alors que près de 90 pour cent de la population genevoise et près de 70 pour cent de la population suisse se sont prononcés le week-end dernier pour le maintien des soins de longue durée dans l'assurance de base, vous comprendrez que je ne peux pas soutenir un projet qui péjore autant la situation des patients.

Je rejeterai donc la proposition de la Conférence de conciliation.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Einigungskonferenz ... 22 Stimmen  
Dagegen ... 6 Stimmen

**2. Bundesbeschluss zur Genehmigung und Umsetzung des Protokolls über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits auf Bulgarien und Rumänien**

**2. Arrêté fédéral portant approbation et mise en oeuvre du protocole relatif à l'extension de l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes à la Bulgarie et à la Roumanie**

*Antrag der Mehrheit*  
Festhalten

*Antrag der Minderheit*

(Fehr Mario, Allemann, Amacker, Barthassat, Fehr Hans-Jürg, John-Calame, Lang, Markwalder Bär, Meier-Schatz, Moser, Rechsteiner-Basel, Sommaruga Carlo)  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la majorité*  
Maintenir

*Proposition de la minorité*

(Fehr Mario, Allemann, Amacker, Barthassat, Fehr Hans-Jürg, John-Calame, Lang, Markwalder Bär, Meier-Schatz, Moser, Rechsteiner-Basel, Sommaruga Carlo)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

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

**Le président** (Bugnon André, président): Les divergences sont ainsi maintenues. Le dossier va à la Conférence de conciliation.

05.025

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

*Différences – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBI 2005 2033)  
Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)  
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 (Différences – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 25.09.07 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Différences – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 04.03.08 (Différences – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 28.05.08 (Différences – Divergences)  
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 05.06.08  
Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Différences – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Différences – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Text des Erlasses (BBI 2008 5247)  
Texte de l'acte législatif (FF 2008 4751)

**Humbel Näf Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Die Einigungskonferenz hat sich an ihrer Sitzung vom letzten Mittwoch mit den drei Differenzen betreffend die Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 1bis, die Teue-

rungsklausel gemäss Artikel 25a Absatz 4 sowie die Übergangsbestimmungen auseinandergesetzt.

Was die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 1bis betrifft, hat sich die Einigungskonferenz grundsätzlich dem Konzept des Nationalrates angeschlossen. Es wurden allerdings drei klärende Ergänzungen angebracht:

1. Die Übergangspflege muss sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen.
2. Die Übergangspflege muss vom behandelnden Spitalarzt angeordnet werden.
3. Die Übergangspflege ist für längstens zwei Wochen zu übernehmen.

Ich möchte darauf hinweisen, dass sich diese Einschränkungen einzig auf den Bereich der Übergangspflege beziehen, welche nach den Regeln der Spitalfinanzierung entschädigt werden muss. Mit der Übergangspflege führen wir im KVG eine neue Leistungsart ein. Nicht betroffen davon sind die Spitex- oder die stationären Pflegeleistungen im bisherigen Rahmen gemäss Artikel 25a Absatz 1. Diese Leistungen können sich im Nachgang zu einer Spitalbehandlung ebenfalls als notwendig erweisen, wie das bisher schon der Fall war. Spitex-Leistungen wie Leistungen in Pflegeheimen gemäss bisheriger Regelung sind auch weiterhin gemäss Verordnung des Hausarztes zu erbringen. Es handelt sich dabei um ein von den Krankenversicherern zu bezahlendes Leistungsvolumen von gut 2 Milliarden Franken. Dieses ist von der Übergangspflege nicht betroffen.

Die Einigungskonferenz beantragt im Weiteren, auf eine Teuerungsklausel gemäss Artikel 25a Absatz 4 zu verzichten. Das bedeutet allerdings nicht, dass generell auf Anpassungen der Beiträge verzichtet wird. Der Bundesrat kann die Beiträge auch ohne eine explizite Regelung der Teuerung im Gesetz anpassen. Der Verzicht auf die Teuerungsregelung ist insbesondere damit zu begründen, dass im KVG kein neues falsches Signal gesetzt werden soll, indem Preise automatisch der Teuerung angepasst werden. In den übrigen Bereichen kennt das Krankenversicherungsgesetz keine automatische Anpassung von Beiträgen und Tarifen, weshalb auch im Pflegebereich auf eine explizite Regelung im Gesetz zu verzichten ist.

Bei den Übergangsbestimmungen sind wir der kostenneutralen Überführung der Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 der ständerätlichen Fassung gefolgt. Die Kostenneutralität bezieht sich damit ausschliesslich auf bisherige Pflegeleistungen im Rahmen von Artikel 25a Absatz 1. Nicht darunter fallen die neuen Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 1bis.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen.

**Rossini Stéphane** (S, VS), pour la commission: Le 4 juin dernier, la Conférence de conciliation a longuement débattu surtout de l'article 25a alinéa 1bis. Une proposition a pu être formulée et elle a été acceptée la semaine dernière par le Conseil des Etats. Il nous incombe de la traiter aujourd'hui.

La divergence principale porte sur l'interprétation de la notion de «soins aigus et de transition». Le Conseil des Etats a estimé que cette notion était trop floue. Malgré une décision très claire de notre conseil, le Conseil des Etats a marqué de son empreinte la version adoptée en Conférence de conciliation.

Les éléments suivants ont donc été introduits dans la version qui nous est désormais proposée. D'abord, la prescription de soins aigus et de transition doit être faite par un médecin hospitalier. Ensuite, ces soins doivent être d'une durée de deux semaines, soit de 14 jours. Dorénavant, ces deux éléments sont inscrits dans la loi. Jusqu'ici, notre conseil avait souhaité, pour des raisons pratiques, laisser au Conseil fédéral le soin de régler les détails dans le cadre de l'ordonnance.

La Conférence de conciliation a porté son attention sur un autre élément: l'adaptation de la contribution de l'assurance-maladie. Elle a renoncé aux deux solutions que notre conseil avait essayé de proposer, à savoir, dans un premier temps,

une adaptation à l'évolution des coûts des soins, puis, dans un deuxième temps, une adaptation à l'évolution de l'indice suisse des prix à la consommation. Ces deux solutions n'ont donc pas été retenues.

La dernière divergence qui a été traitée par la Conférence de conciliation concerne les dispositions transitoires. Il s'agit du principe de la neutralité des coûts. Ici aussi, nous avons maintenu la version du Conseil des Etats qui postule le principe de la neutralité des coûts.

Voilà le résultat des travaux de la Conférence de conciliation qui finalement, en regard de ceux de la commission de notre conseil, ne furent guère une conciliation au sens propre du terme.

**Le président** (Bugnon André, président): Le président de la Confédération, Monsieur Couchepin, renonce à prendre la parole.

### **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

#### **Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

##### **Ziff. 1 Ziff. 3 Art. 25a**

###### *Antrag der Einigungskonferenz*

###### *Abs. 1bis*

Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, vergüten die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

###### *Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
(= Streichen)

##### **Ch. I ch. 3 art. 25a**

###### *Proposition de la Conférence de conciliation*

###### *Al. 1bis*

Les prestations liées aux soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et qui sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de domicile de l'assuré durant deux semaines au maximum et conformément à la réglementation du financement hospitalier. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs forfaitaires.

###### *Al. 4*

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

*Angenommen – Adopté*

##### **Ziff. 1a**

###### *Antrag der Einigungskonferenz*

###### *Abs. 1*

Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 sind erstmals so festzulegen, dass ... (Rest gemäss Ständerat)

###### *Abs. 2*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### **Ch. 1a**

###### *Proposition de la Conférence de conciliation*

###### *Al. 1*

Le montant des contributions aux soins selon l'article 25a alinéa 1 est fixé au départ ... (reste selon Conseil des Etats)

###### *Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

## 05.053

### **IV. Zusatzfinanzierung**

#### **AI. Financement additionnel**

##### *Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBl 2005 4623)

Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4377)

Nationalrat/Conseil national 19.03.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 18.03.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 19.03.08 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 11.06.08

Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 12.06.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2008 5241)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 4745)

Text des Erlasses 2 (BBl 2008 5255)

Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 4759)

**Le président** (Bugnon André, président): Nous souhaitons un bon anniversaire à Madame Jasmin Hutter. (*Applaudissements*)

**Triponez Pierre** (RL, BE), pour la commission: En ce qui concerne le financement additionnel de l'AI, une seule divergence de portée matérielle subsistait entre le Conseil national et le Conseil des Etats. Elle a été traitée ce matin par la Conférence de conciliation. Elle concernait l'article 2 de la loi fédérale sur l'assainissement de l'assurance-invalidité. Vous venez de recevoir le nouveau dépliant.

En ce qui concerne l'article 2 alinéa 1, le Conseil national voulait que le fonds de compensation de l'AVS transfère 5 milliards de francs au fonds de compensation de l'AI sous la forme d'un prêt à intérêt, tandis que le Conseil des Etats avait décidé que ce transfert se ferait sous forme définitive et non en tant que prêt à intérêt. Je peux être très bref, parce que la décision prise ce matin par la Conférence de conciliation a été très claire: elle a décidé, par 18 voix contre 8, de suivre le Conseil des Etats et elle veut donc que ce transfert se fasse de façon définitive.

En ce qui concerne l'article 2 alinéa 2, la modification qui a été proposée a été acceptée par la Conférence de conciliation. Il s'agit là d'une nouvelle formulation. Ce n'est pas une modification matérielle, si j'ose dire ainsi, des décisions que nous avons prises précédemment, mais une clarification. Pour être très clair, permettez-moi de lire la nouvelle formulation: «En vue d'une réduction de la dette de l'AI, le montant excédentaire au capital de départ de 5 milliards de francs est annuellement versé au fonds de compensation de l'AVS, pendant la période du relèvement temporaire de la TVA.» Cet amendement a été accepté par la Conférence de conciliation, par 19 voix contre 1.

**Wehrli Reto** (CEg, SZ), für die Kommission: Ich kann mich nach den Worten meines Vorredners kurzfassen. Es gibt zwei Dinge, auf die hier hinzuweisen ist:

Es geht zum einen um Artikel 2 Absatz 1, bei dem die Einigungskonferenz mit 18 zu 8 Stimmen beschlossen hat, dem Beschluss des Ständerates zu folgen. Das heisst, dass die 5 Milliarden Franken, welche aus dem AHV-Fonds an die IV gehen sollen, eben nicht als verzinsliches Darlehen – wie wir das bisher wollten –, sondern als A-fonds-perdu-Beitrag überwiesen werden.



**Zwölfte Sitzung – Douzième séance**

Freitag, 13. Juni 2008  
Vendredi, 13 juin 2008

08.15 h

08.9001

**Mitteilungen des Präsidenten**  
**Communications du président**

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Mit tiefer Betroffenheit mussten wir gestern vom schweren Bootsunglück im Berner Oberland Kenntnis nehmen, bei welchem mehrere Armeeangehörige ihr Leben verloren haben. Es ist ausserordentlich schwer, bei einem solchen Ereignis die richtigen Worte zu finden. Wahrscheinlich gibt es sie nicht; zu sehr ist man von den unveränderlichen Fakten aufgewühlt. Unsere Gedanken sind bei den Angehörigen und den Kameraden, die ihre Nächsten, ihre Freunde verloren haben, und wir trauern mit ihnen.

Es ist mir ein Bedürfnis, den Angehörigen und Betroffenen an dieser Stelle unser herzliches Beileid auszusprechen und ihnen viel Kraft und Gottes Hilfe in dieser schweren Zeit zu wünschen.

Ich bitte Sie, in einer kurzen Zeit der Stille der Verstorbenen zu gedenken und den Hinterbliebenen unsere Anteilnahme zu bekunden. Ich bitte Sie und die Besucher auf der Tribüne, sich zu erheben.

*Der Rat erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen*  
*L'assistance se lève pour honorer la mémoire des défunts*

04.032

**Bundesgesetz**  
**über die Krankenversicherung.**  
**Teilrevision.**  
**Vertragsfreiheit**  
**Loi fédérale**  
**sur l'assurance-maladie.**  
**Révision partielle.**  
**Liberté de contracter**

*Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4293)  
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4055)  
Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Erstrat – Premier Conseil)  
Nationalrat/Conseil national 05.03.08 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
Ständerat/Conseil des Etats 19.03.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 10.06.08 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)  
Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Text des Erlasses 2 (AS 2008 2917)  
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2008 2917)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Bedarfsabhängige Zulassung)**  
**2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission selon le besoin)**

*Abstimmung – Vote*

Für Annahme des Entwurfes ... 39 Stimmen  
(Einstimmigkeit)  
(1 Enthaltung)

05.025

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

*Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBl 2005 2033)  
Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)  
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)  
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 05.06.08  
Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

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

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 33 Stimmen  
Dagegen ... 8 Stimmen  
(1 Enthaltung)

05.053

#### IV. Zusatzfinanzierung

##### AI. Financement additionnel

###### *Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBl 2005 4623)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4377)  
Nationalrat/Conseil national 19.03.07 (Erstrat – Premier Conseil)  
Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Fortsetzung – Suite)  
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 18.03.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 19.03.08 (Fortsetzung – Suite)  
Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 11.06.08  
Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 12.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

**1. Bundesbeschluss über eine befristete Zusatzfinanzierung der IV durch Anhebung der Mehrwertsteuersätze**  
**1. Arrêté fédéral relatif au financement additionnel de l'AI par un relèvement temporaire des taux de la taxe sur la valeur ajoutée**

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 39 Stimmen  
Dagegen ... 2 Stimmen  
(0 Enthaltungen)

**2. Bundesgesetz zur Sanierung der Invalidenversicherung**  
**2. Loi fédérale sur l'assainissement de l'assurance-invalidité**

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 41 Stimmen  
(Einstimmigkeit)  
(0 Enthaltungen)

06.046

#### **Polizeiliche Informationssysteme des Bundes. Bundesgesetz** **Systemes d'information de police de la Confédération.** **Loi fédérale**

###### *Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 24.05.06 (BBl 2006 5061)  
Message du Conseil fédéral 24.05.06 (FF 2006 4819)  
Nationalrat/Conseil national 18.12.07 (Erstrat – Premier Conseil)  
Ständerat/Conseil des Etats 11.03.08 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
Nationalrat/Conseil national 17.03.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 18.03.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 28.05.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

**Bundesgesetz über die polizeilichen Informationssysteme des Bundes**  
**Loi fédérale sur les systèmes d'information de police de la Confédération**

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 33 Stimmen  
Dagegen ... 1 Stimme  
(7 Enthaltungen)

06.107

#### **Für ein flexibles AHV-Alter.** **Volksinitiative** **Pour un âge de l'AVS flexible.** **Initiative populaire**

###### *Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 21.12.06 (BBl 2007 413)  
Message du Conseil fédéral 21.12.06 (FF 2007 387)  
Nationalrat/Conseil national 17.03.08 (Erstrat – Premier Conseil)  
Nationalrat/Conseil national 18.03.08 (Fortsetzung – Suite)  
Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für ein flexibles AHV-Alter»**  
**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour un âge de l'AVS flexible»**

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 32 Stimmen  
Dagegen ... 7 Stimmen  
(3 Enthaltungen)

05.025

## Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

### Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

#### *Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 16.02.05 (BBI 2005 2033)

Message du Conseil fédéral 16.02.05 (FF 2005 1911)

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)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 05.06.08

Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 5247)

Texte de l'acte législatif (FF 2008 4751)

**Goll** Christine (S, ZH): Die Vorlage zur Pflegefinanzierung ist ein sozialer Rückschritt im Vergleich zum heute geltenden Recht. Das KVG schreibt nämlich unmissverständlich fest, dass die ärztlich verordnete Pflege im Spital, im Heim oder mit Spitex zu Hause vollumfänglich bezahlt werden muss. Nicht alle Kantone halten sich heute an das Gesetz; das ist ein unhaltbarer Zustand.

Die neuen Bestimmungen zementieren diesen Missstand und bürden Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, Mehrkosten auf. Die Übertragung von maximal 20 Prozent der Kosten auf Menschen im Pflegeheim bedeutet vor allem in den Kantonen der Romandie eine Kostenverlagerung zuungunsten der Patienten und Patientinnen, auch wenn dies in denjenigen Kantonen der Deutschschweiz, die heute illegalerweise die Pflegekosten bis zur Hälfte auf die Patientinnen und Patienten überwälzen, eine Verbesserung bedeutet. Insbesondere Spitex-Patientinnen und Spitex-Patienten müssen künftig aber gegenüber heute mit massiven Verschlechterungen und finanziellen Mehrbelastungen rechnen. Die neue Bestimmung für die Akut- und Übergangspflege ist praxisfremd, minimalistisch und bürokratisch. So können nicht einmal die gravierendsten Auswirkungen der verfrühten Spitalaustritte, die sich mit der Einführung der Fallkostenauspauschalen abzeichnen, aufgefangen werden. So wird es zu vermehrten Hospitalisierungen von Chronischkranken kommen, was letztlich zu unnötigen Folgekosten führt.

Das Pflegerisiko kann jeden und jede treffen. Ein Abbau bei den Pflegeleistungen ist gerade angesichts des klaren Abstimmungsresultates vom 1. Juni ungerechtfertigt und unverständlich. Eine weitere Revision wird angesichts der unbefriedigenden und praxisuntauglichen Lösung in Kürze unvermeidbar sein.

Die SP-Fraktion lehnt die neue Pflegefinanzierung aus diesen Gründen ab und wird sich weiterhin für eine soziale medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung von hoher Qualität für die gesamte Bevölkerung einsetzen.

**Müller** Geri (G, AG): Auch die grüne Fraktion bittet Sie, dieses Gesetz abzulehnen. Ich möchte Ihnen ganz kurz begründen, weshalb.

Das KVG macht eigentlich keine Trennung zwischen ärztlicher und pflegerischer Leistung. Die Idee einer Pflegefinanzierung war eigentlich von Anbeginn an ein Irrweg, in der Vorstellung, man könne diese beiden Dinge auseinanderhalten.

ten. Der Weg der Pflegefinanzierung war dann der, dass man die Pflege auseinandergenommen hat, bis in alle Details zerlegt hat, Punkt für Punkt, um dann einen Teil nach dem anderen als «Nichtpflege» zu definieren. Heute haben wir die Situation, dass ein Teil der Pflege akzeptiert und finanziert ist, ein anderer Teil nicht. Der Teil, der akzeptiert und finanziert ist, ist zudem noch aufgeteilt in eine Selbstbehaltsquote von 20 Prozent und in den restlichen Teil, der übernommen wird. Das entspricht nicht dem, was das Volk möchte, das entspricht nicht dem, wofür wir uns als Bevölkerung eingesetzt haben, aber auch als Parlament. Das ist ein Abbruch einer Versicherungsleistung; die Leute gehen davon aus, dass sie im Notfall versichert wären. Es braucht einen neuen Weg, der hier beschritten werden muss, damit auch die Pflege von allen finanziert werden kann. Ich bitte Sie also dringend, diese Vorlage abzulehnen, und ich bitte das Parlament, möglichst schnell eine Lösung zu finden, in der die Pflege so aufgefasst wird, wie sie professionell definiert ist.

### **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

#### **Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.025/896)

Für Annahme des Entwurfes ... 126 Stimmen

Dagegen ... 55 Stimmen

05.053

## **IV. Zusatzfinanzierung**

### **AI. Financement additionnel**

#### *Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4623)

Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4377)

Nationalrat/Conseil national 19.03.07 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 20.03.07 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 18.12.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 18.03.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 19.03.08 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 27.05.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 05.06.08 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 11.06.08

Nationalrat/Conseil national 11.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 12.06.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.08 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBI 2008 5241)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2008 4745)

Text des Erlasses 2 (BBI 2008 5255)

Texte de l'acte législatif 2 (FF 2008 4759)

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Die Sanierung der Invalidenversicherung hat aus unserer Sicht nicht mittels Steuererhöhungen zu erfolgen. Dieser Beschluss trägt höchstens dazu bei, die im Ansatz erkennbaren Verbesserungen im Betrieb der Invalidenversicherung infrage zu stellen. 2003 hat die Bevölkerung eine Erhöhung der Mehrwertsteuer abgelehnt. Der damit verbundene Auftrag, die Invalidenversicherung ohne neue Mittel zu einer ausgeglichenen Rechnung zu führen, ist nicht erfüllt. Wir werden dem neuerlichen Versuch, der unangenehmen Knochenarbeit auszuweichen, nämlich mit Korrekturen im Betrieb der Invalidenversicherung eine ausgegli-

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 25a al. 5

**Abstimmung vom / Vote du:** 04.12.2007 10:45:35

Abate Fabio	+	R	TI
Aebi Andreas	*	V	BE
Aeschbacher Ruedi	+	C	ZH
Allemann Evi	=	S	BE
Amacker-Amann Kathrin	+	C	BL
Amherd Viola	+	C	VS
Amstutz Adrian	*	V	BE
Aubert Josiane	=	S	VD
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Baettig Dominique	+	V	JU
Bänziger Marlies	=	G	ZH
Barthassat Luc	+	C	GE
Baumann J. Alexander	*	V	TG
Bäumle Martin	*	C	ZH
Berberat Didier	=	S	NE
Bigger Elmar	+	V	SG
Bignasca Attilio	*	V	TI
Binder Max	+	V	ZH
Bischof Pirmin	+	C	SO
Borer Roland F.	+	V	SO
Bortoluzzi Toni	+	V	ZH
Bourgeois Jacques	+	R	FR
Brélaz Daniel	o	G	VD
Bruderer Pascale	=	S	AG
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf Martine	+	R	GE
Büchler Jakob	*	C	SG
Bugnon André	#	V	VD
Carobbio Gussetti	=	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Cathomas Sep	*	C	GR
Caviezel Tarzsius	+	R	GR
Chevrier Maurice	+	C	VS
Daquet André	=	S	BE
Darbelay Christophe	+	C	VS
de Buman Dominique	*	C	FR
Diener Verena	+	C	ZH
Donzé Walter	+	C	BE
Dunant Jean Henri	+	V	BS
Egger-Wyss Esther	+	C	AG
Eichenberger-Walther	+	R	AG
Engelberger Edi	+	R	NW
Estermann Yvette	+	V	LU
Fasel Hugo	*	G	FR
Fässler-Osterwalder	=	S	SG
Favre Charles	+	R	VD
Favre Laurent	+	R	NE
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH

Fehr Jacqueline	=	S	ZH
Fehr Mario	=	S	ZH
Fiala Doris	*	R	ZH
Flückiger-Bäni Sylvia	+	V	AG
Fluri Kurt	*	R	SO
Föhn Peter	+	V	SZ
Français Olivier	+	R	VD
Freysinger Oskar	+	V	VS
Frösch Therese	=	G	BE
Füglister Lienli	+	V	AG
Gadient Brigitta M.	+	V	GR
Galladé Chantal	=	S	ZH
Geissbühler Andrea	+	V	BE
Genner Ruth	=	G	ZH
Germanier Jean-René	+	R	VS
Giezendanner Ulrich	*	V	AG
Gilli Yvonne	=	G	SG
Girod Bastien	=	G	ZH
Glanzmann-Hunkeler Ida	+	C	LU
Glauser-Zufferey Alice	+	V	VD
Glur Walter	+	V	AG
Goll Christine	=	S	ZH
Graber Jean-Pierre	*	V	BE
Graf Maya	=	G	BL
Graf-Litscher Edith	=	S	TG
Grin Jean-Pierre	+	V	VD
Gross Andreas	=	S	ZH
Grunder Hans	*	V	BE
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Häberli-Koller Brigitte	+	C	TG
Haller Ursula	+	V	BE
Hämmerle Andrea	=	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler Hansjörg	+	V	GR
Heer Alfred	+	V	ZH
Heim Bea	=	S	SO
Hiltbold Hugues	+	R	GE
Hochreutener Norbert	+	C	BE
Hodgers Antonio	=	G	GE
Hofmann Urs	=	S	AG
Huber Gabi	+	R	UR
Humbel Ruth	+	C	AG
Hurter Thomas	+	V	SH
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Ineichen Otto	+	R	LU
Joder Rudolf	+	V	BE
John-Calame Francine	=	G	NE
Jositsch Daniel	=	S	ZH
Kaufmann Hans	+	V	ZH

Kiener Neilen Margret	=	S	BE
Killer Hans	+	V	AG
Kleiner Marianne	+	R	AR
Kunz Josef	+	V	LU
Lachenmeier-Thüring	=	G	BS
Lang Josef	=	G	ZG
Leuenberger Ueli	=	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	=	S	BL
Levrat Christian	*	S	FR
Loepfe Arthur	+	C	AI
Lumengo Ricardo	*	S	BE
Lüscher Christian	+	R	GE
Lustenberger Ruedi	+	C	LU
Malama Peter	+	R	BS
Markwalder Bär Christa	+	R	BE
Marra Ada	=	S	VD
Marti Werner	=	S	GL
Maurer Ueli	+	V	ZH
Meier-Schatz Lucrezia	+	C	SG
Messmer Werner	+	R	TG
Meyer-Kaelin Thérèse	+	C	FR
Miesch Christian	+	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Mörgeli Christoph	+	V	ZH
Moser Tiana Angelina	+	C	ZH
Müller Geri	=	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	*	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müri Felix	+	V	LU
Neirynek Jacques	*	C	VD
Nidegger Yves	+	V	GE
Nordmann Roger	=	S	VD
Noser Ruedi	*	R	ZH
Nussbaumer Eric	=	S	BL
Parmelin Guy	+	V	VD
Pedrina Fabio	=	S	TI
Pelli Fulvio	+	R	TI
Perrin Yvan	+	V	NE
Perrinjacquet Sylvie	+	R	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechsteiner Paul	=	S	SG
Rechsteiner Rudolf	*	S	BS
Reimann Lukas	+	V	SG
Rennwald Jean-Claude	=	S	JU
Reymond André	*	V	GE
Rickli Natalie	+	V	ZH
Rielle Jean-Charles	=	S	GE

Riklin Kathy	+	C	ZH
Rime Jean-François	+	V	FR
Robbiani Meinrado	+	C	TI
Rossini Stéphane	=	S	VS
Roth-Bernasconi Maria	=	S	GE
Ruey Claude	+	R	VD
Rutschmann Hans	+	V	ZH
Scheibert Louis	=	G	LU
Schenk Simon	+	V	BE
Schenker Silvia	=	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli Ernst	+	V	ZH
Schmid-Federer Barbara	+	C	ZH
Schmidt Roberto	+	C	VS
Schneider Johann N.	+	R	BE
Schwander Pirmin	*	V	SZ
Segmüller Pius	+	C	LU
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommeruga Carlo	=	S	GE
Spuhler Peter	+	V	TG
Stahl Jürg	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiert Jean-François	=	S	FR
Stöckli Hans	*	S	BE
Stump Doris	=	S	AG
Teuscher Franziska	=	G	BE
Thanei Anita	=	S	ZH
Theiler Georges	+	R	LU
Thorens Goumaz Adèle	=	G	VD
Triponoz Pierre	+	R	BE
Tschümperlin Andy	=	S	SZ
von Singer Christian	o	G	VD
Veillon Pierre-François	+	V	VD
Vischer Daniel	=	G	ZH
von Graffenried Alec	*	G	BE
von Rotz Christoph	+	V	OW
von Siebenthal Erich	+	V	BE
Voruz Eric	=	S	VD
Waber Christian	+	V	BE
Walter Hansjörg	*	V	TG
Wandfluh Hansruedi	+	V	BE
Wasserfallen Christian	+	R	BE
Wehrli Reto	+	C	SZ
Widmer Hans	=	S	LU
Wobmann Walter	+	V	SO
Wyss Brigit	=	G	SO
Wyss Ursula	=	S	BE
Zemp Markus	+	C	AG
Zisvadis Josef	*	G	VD
Zuppiger Bruno	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	30	0	32	0	0	53	0	115
nein / non / no	0	17	0	39	0	0	0	56
enth. / abst. / ast.	0	2	0	0	0	0	0	2
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	6	3	3	4	0	10	0	26
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 o enth. / abst. / ast.  
 % excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 \* hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato  
 # Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes  
 v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Schenker Silvia



**Geschäft / Objet**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung: Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi sur le nouveau régime de financement des soins: Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

LAMal Art. 25a al. 1bis

**Abstimmung vom / Vote du: 28.05.2008 17:26:18**

Abate, Fabio	+	RL	TI	Fehr, Mario	+	S	ZH	Killer, Hans	*	V	AG	Rime, Jean-François	+	V	FR
Aebi, Andreas	+	V	BE	Fiala, Doris	+	RL	ZH	Kleiner, Marianne	+	RL	AR	Robbiani, Meinrado	+	CEg	TI
Aeschbacher, Ruedi	+	CEg	ZH	Flückiger-Bäni, Sylvia	+	V	AG	Kunz, Josef	+	V	LU	Rossini, Stéphane	+	S	VS
Allemann, Evi	+	S	BE	Fluri, Kurt	+	RL	SO	Lachenmeier-Thüring, A	+	G	BS	Roth-Bernasconi, Maria	+	S	GE
Amacker-Amann, Kathrin	+	CEg	BL	Föhn, Peter	+	V	SZ	Lang, Josef	+	G	ZG	Ruey, Claude	+	RL	VD
Amherd, Viola	+	CEg	VS	Français, Olivier	*	RL	VD	Leuenberger, Ueli	+	G	GE	Rutschmann, Hans	*	V	ZH
Amstutz, Adrian	+	V	BE	Freysinger, Oskar	+	V	VS	Leutenegger, Ueli	+	G	GE	Schibler, Louis	+	G	LU
Aubert, Josiane	+	S	VD	Frösch, Therese	+	G	BE	Leutenegger, Filippo	+	RL	ZH	Schenk, Simon	+	V	BE
Baader, Caspar	+	V	BL	Füglister, Lieni	+	V	AG	Levrat, Christian	+	S	FR	Schenker, Silvia	+	S	BS
Bader, Elvira	*	CEg	SO	Gadient, Brigitta M.	+	V	GR	Loepfe, Arthur	+	CEg	AI	Scherer, Marcel	+	V	ZG
Baettig, Dominique	+	V	JU	Galladé, Chantal	*	S	ZH	Lumengo, Ricardo	*	S	BE	Schibli, Ernst	+	V	ZH
Bänziger, Marlies	+	G	ZH	Geissbühler, Andrea Mar	+	V	BE	Lüscher, Christian	+	RL	GE	Schmid-Federer, Barbar	+	CEg	ZH
Barthassat, Luc	+	CEg	GE	Gerner, Ruth	+	G	ZH	Lustenberger, Ruedi	+	CEg	LU	Schmidt, Roberto	+	CEg	VS
Baumann, J. Alexander	+	V	TG	Germanier, Jean-René	+	RL	VS	Malama, Peter	+	RL	BS	Schneider, Johann N.	+	RL	BE
Bäumle, Martin	*	CEg	ZH	Giezendanner, Ulrich	+	V	AG	Markwalder Bär, Christa	*	RL	BE	Schwander, Pirmin	+	V	SZ
Berberat, Didier	+	S	NE	Gilli, Yvonne	+	G	SG	Marra, Ada	+	S	VD	Segmüller, Pius	+	CEg	LU
Bigler, Elmar	+	V	SG	Girod, Bastien	+	G	ZH	Marti, Werner	+	S	GL	Simoneschi-Cortesi, Chi	+	CEg	TI
Bignasca, Attilio	+	V	TI	Glanzmann-Hunkeler, Id	*	CEg	LU	Maurer, Ueli	+	V	ZH	Spommaruga, Carlo	+	S	GE
Binder, Max	+	V	ZH	Glauser-Zufferey, Alice	+	V	VD	Meier-Schatz, Lucrezia	+	CEg	SG	Spuhler, Peter	+	V	TG
Bischof, Pirmin	+	CEg	SO	Glur, Walter	+	V	AG	Messmer, Werner	+	RL	TG	Stahl, Jürg	o	V	ZH
Borer, Roland F.	+	V	SO	Goll, Christine	+	S	ZH	Meyer-Kaelin, Thérèse	+	CEg	FR	Stamm, Luzi	+	V	AG
Bortoluzzi, Toni	+	V	ZH	Graber, Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch, Christian	+	V	BL	Steiert, Jean-François	+	S	FR
Bourgeois, Jacques	+	RL	FR	Graf, Maya	+	G	BL	Moret, Isabelle	+	RL	VD	Stöckli, Hans	+	S	BE
Bréaz, Daniel	+	G	VD	Graf-Litscher, Edith	+	S	TG	Mörgeli, Christoph	+	V	ZH	Stump, Doris	+	S	AG
Bruderer, Pascale	+	S	AG	Grin, Jean-Pierre	+	V	VD	Moser, Tiana Angelina	*	CEg	ZH	Teuscher, Franziska	*	G	BE
Brunner, Toni	+	V	SG	Gross, Andreas	*	S	ZH	Müller, Geri	*	G	AG	Thanei, Anita	+	S	ZH
Brunschwig Graf, Martin	+	RL	GE	Grunder, Hans	+	V	BE	Müller, Philipp	+	RL	AG	Theiler, Georges	+	RL	LU
Büchler, Jakob	+	CEg	SG	Gysin, Hans Rudolf	*	RL	BL	Müller, Thomas	+	CEg	SG	Thorens Goumaz, Adèle	+	G	VD
Bugnon, André	#	V	VD	Häberli-Koller, Brigitte	+	CEg	TG	Müller, Walter	+	RL	SG	Triponz, Pierre	*	RL	BE
Carobbio Guscetti, Marin	+	S	TI	Haller, Ursula	+	V	BE	Müri, Felix	+	V	LU	Tschümperlin, Andy	*	S	SZ
Cassis, Ignazio	+	RL	TI	Hämmerle, Andrea	+	S	GR	Neiryck, Jacques	*	CEg	VD	van Singer, Christian	=	G	VD
Cathomas, Sep	+	CEg	GR	Hany, Urs	+	CEg	ZH	Nidegger, Yves	+	V	GE	Veillon, Pierre-François	*	V	VD
Caviezel, Tarzsius	+	RL	GR	Hasler, Hansjörg	+	V	GR	Nordmann, Roger	+	S	VD	Vischer, Daniel	+	G	ZH
Chevrier, Maurice	+	CEg	VS	Heer, Alfred	*	V	ZH	Noser, Ruedi	*	RL	ZH	von Graffenried, Alec	+	G	BE
Daguet, André	*	S	BE	Heim, Bea	+	S	SO	Nussbaumer, Eric	+	S	BL	von Rotz, Christoph	+	V	OW
Darbella, Christophe	+	CEg	VS	Hiltbold, Hugues	+	RL	GE	Parmelin, Guy	+	V	VD	von Siebenthal, Erich	+	V	BE
de Burman, Dominique	+	CEg	FR	Hochreutener, Norbert	*	CEg	BE	Pedrina, Fabio	+	S	TI	Voruz, Eric	+	S	VD
Donzé, Walter	+	CEg	BE	Hodgers, Antonio	+	G	GE	Pelli, Fulvio	+	RL	TI	Waber, Christian	*	-	BE
Dunant, Jean Henri	+	V	BS	Hofmann, Urs	+	S	AG	Perrin, Yvan	+	V	NE	Walter, Hansjörg	+	V	TG
Egger-Wyss, Esther	+	CEg	AG	Huber, Gabi	+	RL	UR	Perrinjaquet, Sylvie	*	RL	NE	Wandfluh, Hansruedi	+	V	BE
Eichenberger-Walther, C	*	RL	AG	Humbel, Ruth	+	CEg	AG	Pfister, Gerhard	+	CEg	ZG	Wasserfallen, Christian	+	RL	BE
Engelberger, Edi	+	RL	NW	Hurter, Thomas	+	V	SH	Pfister, Theophil	+	V	SG	Wehrli, Reto	+	CEg	SZ
Estermann, Yvette	+	V	LU	Hutter, Jasmin	+	V	SG	Rechsteiner, Paul	+	S	SG	Weibel, Thomas	+	CEg	ZH
Fasel, Hugo	+	G	FR	Hutter, Markus	*	RL	ZH	Rechsteiner, Rudolf	*	S	BS	Widmer, Hans	+	S	LU
Fässler-Osterwalder, Hid	+	S	SG	Ineichen, Otto	+	RL	LU	Reimann, Lukas	+	V	SG	Wobmann, Walter	+	V	SO
Favre, Charles	+	RL	VD	Joder, Rudolf	+	V	BE	Rennwald, Jean-Claude	+	S	JU	Wyss, Brigit	+	G	SO
Favre, Laurent	*	RL	NE	John-Calame, Francine	+	G	NE	Reymond, André	+	V	GE	Wyss, Ursula	+	S	BE
Fehr, Hans	+	V	ZH	Jositsch, Daniel	+	S	ZH	Rickli, Natalie	+	V	ZH	Zemp, Markus	+	CEg	AG
Fehr, Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann, Hans	+	V	ZH	Rielle, Jean-Charles	+	S	GE	Zisyadis, Josef	+	G	VD
Fehr, Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen, Margret	+	S	BE	Rikli, Kathy	+	CEg	ZH	Zupziger, Bruno	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		30	19	25	37	57		168
= Nein / non / no			1					1
o Enth. / abst. / ast.						1		1
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		6	2	10	6	4	1	29
# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes						1		1

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition du Conseil fédéral (= Conseil des Etats)

**Geschäft / Objet**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung: Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi sur le nouveau régime de financement des soins: Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

LAMal art. 25a al. 4

**Abstimmung vom / Vote du: 28.05.2008 17:27:17**

Abate, Fabio	+	RL	TI	Fehr, Mario	+	S	ZH	Killer, Hans	*	V	AG	Rime, Jean-François	+	V	FR
Aebi, Andreas	+	V	BE	Fiala, Doris	+	RL	ZH	Kleiner, Marianne	+	RL	AR	Robbiani, Meinrado	+	CEg	TI
Aeschbacher, Ruedi	+	CEg	ZH	Flückiger-Bäni, Sylvia	+	V	AG	Kunz, Josef	+	V	LU	Rossini, Stéphane	+	S	VS
Allemann, Evi	+	S	BE	Fluri, Kurt	+	RL	SO	Lachenmeier-Thüring, A	+	G	BS	Roth-Bernasconi, Maria	+	S	GE
Amacker-Amann, Kathrin	+	CEg	BL	Föhn, Peter	+	V	SZ	Lang, Josef	+	G	ZG	Ruey, Claude	+	RL	VD
Amherd, Viola	+	CEg	VS	Français, Olivier	*	RL	VD	Leuenberger, Ueli	+	G	GE	Rutschmann, Hans	*	V	ZH
Amstutz, Adrian	+	V	BE	Freysinger, Oskar	+	V	VS	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schelbert, Louis	+	G	LU
Aubert, Josiane	+	S	VD	Frösch, Therese	*	G	BE	Leutenegger, Filippo	+	RL	ZH	Schenk, Simon	+	V	BE
Baader, Caspar	+	V	BL	Fuglistaller, Lieni	+	V	AG	Levrat, Christian	+	S	FR	Schenker, Silvia	+	S	BS
Bader, Elvira	*	CEg	SO	Gadient, Brigitta M.	+	V	GR	Loepfe, Arthur	+	CEg	AI	Scherer, Marcel	+	V	ZG
Baettig, Dominique	+	V	JU	Galladé, Chantal	*	S	ZH	Lumengo, Ricardo	+	S	BE	Schibli, Ernst	+	V	ZH
Bänziger, Marlies	+	G	ZH	Geissbühler, Andrea Mar	+	V	BE	Lüscher, Christian	+	RL	GE	Schmid-Federer, Barbar	+	CEg	ZH
Barthassat, Luc	+	CEg	GE	Genner, Ruth	+	G	ZH	Lustenberger, Ruedi	+	CEg	LU	Schmidt, Roberto	+	CEg	VS
Baumann, J. Alexander	+	V	TG	Germanier, Jean-René	+	RL	VS	Mallama, Peter	+	RL	BS	Schneider, Johann N.	+	RL	BE
Bäumle, Martin	*	CEg	ZH	Giezendanner, Ulrich	+	V	AG	Markwalder Bär, Christa	*	RL	BE	Schwander, Pirmin	+	V	SZ
Berberat, Didier	+	S	NE	Gilli, Yvonne	+	G	SG	Marra, Ada	+	S	VD	Segmüller, Pius	+	CEg	LU
Bigger, Elmar	+	V	SG	Girod, Bastien	+	G	ZH	Marti, Werner	+	S	GL	Simoneschi-Cortesi, Chi	+	CEg	TI
Bignasca, Attilio	+	V	TI	Glanzmann-Hunkeler, Id	*	CEg	LU	Maurer, Ueli	+	V	ZH	Sommeruga, Carlo	+	S	GE
Binder, Max	+	V	ZH	Glauser-Zufferey, Alice	+	V	VD	Meier-Schatz, Lucrezia	+	CEg	SG	Spuhler, Peter	+	V	TG
Bischof, Pirmin	+	CEg	SO	Glur, Walter	+	V	AG	Messmer, Werner	+	RL	TG	Stahl, Jürg	+	V	ZH
Borer, Roland F.	+	V	SO	Goll, Christine	+	S	ZH	Meyer-Kaelin, Thérèse	+	CEg	FR	Stamm, Luzi	+	V	AG
Bortoluzzi, Toni	+	V	ZH	Graber, Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch, Christian	+	V	BL	Steiert, Jean-François	+	S	FR
Bourgeois, Jacques	+	RL	FR	Graf, Maya	+	G	BL	Moret, Isabelle	+	RL	VD	Stöckli, Hans	+	S	BE
Brélaz, Daniel	+	G	VD	Graf-Litscher, Edith	+	S	TG	Mörgeli, Christoph	+	V	ZH	Stump, Doris	+	S	AG
Bruderer, Pascale	+	S	AG	Grin, Jean-Pierre	+	V	VD	Moser, Tiana Angelina	*	CEg	ZH	Teuscher, Franziska	*	G	BE
Brunner, Toni	+	V	SG	Gross, Andreas	*	S	ZH	Müller, Geri	+	G	AG	Thanel, Anita	+	S	ZH
Brunschwig Graf, Martin	+	RL	GE	Grunder, Hans	+	V	BE	Müller, Philipp	+	RL	AG	Theiler, Georges	*	RL	LU
Büchler, Jakob	+	CEg	SG	Gysin, Hans Rudolf	*	RL	BL	Müller, Thomas	+	CEg	SG	Thorens Goumaz, Adèle	+	G	VD
Bugnon, André	#	V	VD	Häberli-Koller, Brigitte	+	CEg	TG	Müller, Walter	+	RL	SG	Triponoz, Pierre	*	RL	BE
Carobbio Guscetti, Marin	+	S	TI	Haller, Ursula	+	V	BE	Mürli, Felix	+	V	LU	Tschümperlin, Andy	*	S	SZ
Cassis, Ignazio	+	RL	TI	Hämmerle, Andrea	+	S	GR	Neiryck, Jacques	*	CEg	VD	von Singer, Christian	+	G	VD
Cathomas, Sep	+	CEg	GR	Hany, Urs	+	CEg	ZH	Nidegger, Yves	+	V	GE	Veillon, Pierre-François	*	V	VD
Caviezel, Tarzsius	+	RL	GR	Hassler, Hansjörg	+	V	GR	Nordmann, Roger	+	S	VD	Vischer, Daniel	+	G	ZH
Chevrier, Maurice	+	CEg	VS	Heer, Alfred	*	V	ZH	Noser, Ruedi	*	RL	ZH	von Graffenried, Alec	+	G	BE
Daguet, André	*	S	BE	Heim, Bea	+	S	SO	Nussbaumer, Eric	+	S	BL	von Rotz, Christoph	+	V	OW
Darbellay, Christophe	+	CEg	VS	Hillpold, Hugues	+	RL	GE	Parmelin, Guy	+	V	VD	von Siebenthal, Erich	+	V	BE
de Buman, Dominique	+	CEg	FR	Hochreutener, Norbert	*	CEg	BE	Pedrina, Fabio	+	S	TI	Voruz, Eric	+	S	VD
Donzé, Walter	+	CEg	BE	Hodgers, Antonio	+	G	GE	Pelli, Fulvio	*	RL	TI	Waber, Christian	*	-	BE
Dunant, Jean Henri	+	V	BS	Hofmann, Urs	+	S	AG	Perrin, Yvan	+	V	NE	Walter, Hansjörg	+	V	TG
Egger-Wyss, Esther	+	CEg	AG	Huber, Gabi	+	RL	UR	Perrinjaquet, Sylvie	*	RL	NE	Wandfluh, Hansruedi	+	V	BE
Eichenberger-Walther, C	*	RL	AG	Humbel, Ruth	+	CEg	AG	Pfister, Gerhard	+	CEg	ZG	Wasserfallen, Christian	+	RL	BE
Engelberger, Edi	+	RL	NW	Hurter, Thomas	+	V	SH	Pfister, Theophil	+	V	SG	Wehrli, Reto	+	CEg	SZ
Estermann, Yvette	+	V	LU	Hutter, Jasmin	+	V	SG	Rechsteiner, Paul	+	S	SG	Weibel, Thomas	+	CEg	ZH
Fasel, Hugo	+	G	FR	Hutter, Markus	*	RL	ZH	Rechsteiner, Rudolf	*	S	BS	Widmer, Hans	+	S	LU
Fässler-Osterwalder, Hid	+	S	SG	Ineichen, Otto	+	RL	LU	Reimann, Lukas	+	V	SG	Wobmann, Walter	+	V	SO
Favre, Charles	+	RL	VD	Joder, Rudolf	+	V	BE	Rennwald, Jean-Claude	+	S	JU	Wyss, Brigit	+	G	SO
Favre, Laurent	*	RL	NE	John-Calame, Francine	+	G	NE	Reymond, André	+	V	GE	Wyss, Ursula	+	S	BE
Fehr, Hans	+	V	ZH	Jositsch, Daniel	+	S	ZH	Rickli, Natalie	+	V	ZH	Zemp, Markus	+	CEg	AG
Fehr, Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann, Hans	+	V	ZH	Rielle, Jean-Charles	+	S	GE	Zisayadis, Josef	+	G	VD
Fehr, Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen, Margret	+	S	BE	Riklin, Kathy	+	CEg	ZH	Zuppiger, Bruno	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	30	20	24	38	58		170
=	Nein / non / no							0
o	Enth. / abst. / ast.							0
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	6	2	11	5	4	1	29
#	Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission

Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition du Conseil fédéral (= Conseil des Etats)

**Geschäft / Objet**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung: Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi sur le nouveau régime de financement des soins: Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

la; Dispositions transitoires

**Abstimmung vom / Vote du: 28.05.2008 17:28:16**

Abate, Fabio	+	RL	TI	Fehr, Mario	+	S	ZH	Killer, Hans	*	V	AG	Rime, Jean-François	+	V	FR
Aebi, Andreas	+	V	BE	Fiala, Doris	+	RL	ZH	Kleiner, Marianne	+	RL	AR	Robbiani, Meinrado	+	CEg	TI
Aeschbacher, Ruedi	+	CEg	ZH	Flückiger-Bäni, Sylvia	+	V	AG	Kunz, Josef	+	V	LU	Rossini, Stéphane	+	S	VS
Allemann, Evi	+	S	BE	Fluri, Kurt	+	RL	SO	Lachenmeier-Thüring, A	+	G	BS	Roth-Bernasconi, Maria	+	S	GE
Amacker-Amann, Kathrin	+	CEg	BL	Föhn, Peter	+	V	SZ	Lang, Josef	+	G	ZG	Ruey, Claude	+	RL	VD
Amherd, Viola	+	CEg	VS	Français, Olivier	*	RL	VD	Leuenberger, Ueli	+	G	GE	Rutschmann, Hans	*	V	ZH
Amstutz, Adrian	+	V	BE	Fringsinger, Oskar	+	V	VS	Leutenegger Oberholzer,	+	S	BL	Schelbert, Louis	+	G	LU
Aubert, Josiane	+	S	VD	Frösch, Therese	+	G	BE	Leutenegger, Filippo	+	RL	ZH	Schenk, Simon	+	V	BE
Baader, Caspar	+	V	BL	Füglistaller, Lieni	+	V	AG	Levrat, Christian	+	S	FR	Schenker, Silvia	+	S	BS
Bader, Elvira	*	CEg	SO	Gadient, Brigitta M.	+	V	GR	Loeple, Arthur	+	CEg	AI	Scherer, Marcel	+	V	ZG
Baettig, Dominique	+	V	JU	Galladé, Chantal	*	S	ZH	Lumengo, Ricardo	+	S	BE	Schibli, Ernst	+	V	ZH
Bänziger, Marlies	+	G	ZH	Geissbühler, Andrea Mar	+	V	BE	Lüscher, Christian	+	RL	GE	Schmid-Federer, Barbar	+	CEg	ZH
Barthassat, Luc	+	CEg	GE	Genner, Ruth	+	G	ZH	Lustenberger, Ruedi	+	CEg	LU	Schmidt, Roberto	+	CEg	VS
Baumann, J. Alexander	+	V	TG	Germanier, Jean-René	+	RL	VS	Malama, Peter	+	RL	BS	Schneider, Johann N.	*	RL	BE
Bäumle, Martin	*	CEg	ZH	Giezendanner, Ulrich	+	V	AG	Markwalder Bär, Christa	*	RL	BE	Schwander, Pirmin	+	V	SZ
Berberat, Didier	+	S	NE	Gilli, Yvonne	+	G	SG	Marra, Ada	+	S	VD	Segmüller, Pius	+	CEg	LU
Bigger, Elmar	+	V	SG	Girod, Bastien	+	G	ZH	Mart, Werner	+	S	GL	Simoneschi-Cortesi, Chi	+	CEg	TI
Bignasca, Attilio	+	V	TI	Glanzmann-Hunkeler, Id	*	CEg	LU	Maurer, Ueli	+	V	ZH	Sommaruga, Carlo	+	S	GE
Binder, Max	+	V	ZH	Glauser-Zufferey, Alice	+	V	VD	Meier-Schatz, Lucrezia	+	CEg	SG	Spuhler, Peter	+	V	TG
Bischof, Pirmin	+	CEg	SO	Glur, Walter	+	V	AG	Messmer, Werner	+	RL	TG	Stahl, Jürg	+	V	ZH
Borer, Roland F.	+	V	SO	Goll, Christine	+	S	ZH	Meyer-Kaelin, Thérèse	+	CEg	FR	Stamm, Luzi	+	V	AG
Bortoluzzi, Toni	+	V	ZH	Graber, Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch, Christian	+	V	BL	Steiert, Jean-François	+	S	FR
Bourgeois, Jacques	+	RL	FR	Graf, Maya	+	G	BL	Moret, Isabelle	+	RL	VD	Stöckli, Hans	+	S	BE
Brelaz, Daniel	+	G	VD	Graf-Litscher, Edith	+	S	TG	Mörgeli, Christoph	+	V	ZH	Stump, Doris	+	S	AG
Bruderer, Pascale	+	S	AG	Grin, Jean-Pierre	+	V	VD	Moser, Tiana Angelina	*	CEg	ZH	Teuscher, Franziska	*	G	BE
Brunner, Toni	+	V	SG	Gross, Andreas	*	S	ZH	Müller, Geri	+	G	AG	Thanei, Anita	+	S	ZH
Brunschwig Graf, Martin	+	RL	GE	Grunder, Hans	+	V	BE	Müller, Philipp	+	RL	AG	Theiler, Georges	*	RL	LU
Büchler, Jakob	+	CEg	SG	Gysin, Hans Rudolf	*	RL	BL	Müller, Thomas	+	CEg	SG	Thorens Goumaz, Adèle	+	G	VD
Bugnon, André	#	V	VD	Häberli-Koller, Brigitte	+	CEg	TG	Müller, Walter	+	RL	SG	Triponoz, Pierre	*	RL	BE
Carobbio Guscetti, Marin	+	S	TI	Haller, Ursula	+	V	BE	Müri, Felix	+	V	LU	Tschümperlin, Andy	*	S	SZ
Cassis, Ignazio	+	RL	TI	Hämmerle, Andrea	+	S	GR	Neiryck, Jacques	*	CEg	VD	van Singer, Christian	*	G	VD
Cathomas, Sep	+	CEg	GR	Hany, Urs	+	CEg	ZH	Nidegger, Yves	+	V	GE	Veillon, Pierre-François	*	V	VD
Caviezel, Tarzsius	+	RL	GR	Hassler, Hansjörg	+	V	GR	Nordmann, Roger	+	S	VD	Vischer, Daniel	+	G	ZH
Chevrier, Maurice	+	CEg	VS	Heer, Alfred	*	V	ZH	Noser, Ruedi	+	RL	ZH	von Graffenried, Alec	+	G	BE
Daquet, André	*	S	BE	Heim, Bea	+	S	SO	Nussbaumer, Eric	+	S	BL	von Rotz, Christoph	+	V	OW
Darbella, Christophe	+	CEg	VS	Hiltbold, Hugues	+	RL	GE	Parmelin, Guy	+	V	VD	von Siebenthal, Erich	+	V	BE
de Buman, Dominique	+	CEg	FR	Hochreutener, Norbert	*	CEg	BE	Pedrina, Fabio	+	S	TI	Voruz, Eric	+	S	VD
Donzé, Walter	+	CEg	BE	Hodgers, Antonio	+	G	GE	Pelli, Fulvio	+	RL	TI	Waber, Christian	*	-	BE
Dunant, Jean Henri	+	V	BS	Hofmann, Urs	+	S	AG	Perrin, Yvan	+	V	NE	Walter, Hansjörg	+	V	TG
Egger-Wyss, Esther	+	CEg	AG	Huber, Gabi	+	RL	UR	Perrinjaquet, Sylvie	*	RL	NE	Wandfluh, Hansruedi	+	V	BE
Eichenberger-Walther, C	*	RL	AG	Humbel, Ruth	+	CEg	AG	Pfister, Gerhard	+	CEg	ZG	Wasserfallen, Christian	+	RL	BE
Engelberger, Edi	+	RL	NW	Hurter, Thomas	+	V	SH	Pfister, Theophil	+	V	SG	Wehrli, Reto	+	CEg	SZ
Estermann, Yvette	+	V	LU	Hutter, Jasmin	+	V	SG	Rechsteiner, Paul	+	S	SG	Weibel, Thomas	+	CEg	ZH
Fasel, Hugo	+	G	FR	Hutter, Markus	*	RL	ZH	Rechsteiner, Rudolf	*	S	BS	Widmer, Hans	+	S	LU
Fässler-Osterwalder, Hid	+	S	SG	Ineichen, Otto	+	RL	LU	Reimann, Lukas	+	V	SG	Wobmann, Walter	+	V	SO
Favre, Charles	+	RL	VD	Joder, Rudolf	+	V	BE	Rennwald, Jean-Claude	+	S	JU	Wyss, Brigit	+	G	SO
Favre, Laurent	*	RL	NE	John-Calame, Francine	+	G	NE	Reymond, André	+	V	GE	Wyss, Ursula	+	S	BE
Fehr, Hans	+	V	ZH	Jositsch, Daniel	+	S	ZH	Rickli, Natalie	+	V	ZH	Zemp, Markus	+	CEg	AG
Fehr, Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann, Hans	+	V	ZH	Rielle, Jean-Charles	+	S	GE	Zisyadis, Josef	+	G	VD
Fehr, Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen, Margret	+	S	BE	Riklin, Kathy	+	CEg	ZH	Zuppiger, Bruno	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	30	20	25	38	58		171
=	Nein / non / no							0
o	Enth. / abst. / ast.							0
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	6	2	10	5	4	1	28
#	Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition du Conseil fédéral (= Conseil des Etats)

**Geschäft / Objet**

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung: Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Loi sur le nouveau régime de financement des soins: Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

**Gegenstand / Objet du vote:**

Vote final

**Abstimmung vom / Vote du: 13.06.2008 10:36:36**

Abate, Fabio	+	RL	TI	Fehr, Mario	=	S	ZH	Killer, Hans	+	V	AG	Rime, Jean-François	*	V	FR
Aebi, Andreas	+	V	BE	Fiala, Doris	+	RL	ZH	Kleiner, Marianne	+	RL	AR	Robbiani, Meinrado	+	CEg	TI
Aeschbacher, Ruedi	+	CEg	ZH	Flückiger-Bäni, Sylvia	+	V	AG	Kunz, Josef	+	V	LU	Rossini, Stéphane	=	S	VS
Allemann, Evi	=	S	BE	Fluri, Kurt	+	RL	SO	Lachenmeier-Thüring, A	=	G	BS	Roth-Bernasconi, Maria	=	S	GE
Amacker-Amann, Kathrin	+	CEg	BL	Föhn, Peter	+	V	SZ	Lang, Josef	=	G	ZG	Ruey, Claude	*	RL	VD
Amherd, Viola	+	CEg	VS	Franciais, Olivier	+	RL	VD	Leuenberger, Ueli	=	G	GE	Rutschmann, Hans	+	V	ZH
Amstutz, Adrian	+	V	BE	Freysinger, Oskar	+	V	VS	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schelbert, Louis	o	G	LU
Aubert, Josiane	=	S	VD	Frösch, Therese	=	G	BE	Leutenegger, Filippo	+	RL	ZH	Schenk, Simon	+	V	BE
Baader, Caspar	+	V	BL	Füglister, Lieni	+	V	AG	Levrat, Christian	=	S	FR	Schenker, Silvia	=	S	BS
Bader, Elvira	+	CEg	SO	Gadient, Brigitta M.	+	V	GR	Loepfe, Arthur	+	CEg	AI	Scherer, Marcel	+	V	ZG
Baettig, Dominique	+	V	JU	Galladé, Chantal	=	S	ZH	Lumengo, Ricardo	=	S	BE	Schibli, Ernst	+	V	ZH
Bänziger, Marlies	+	G	ZH	Geissbühler, Andrea Mar	+	V	BE	Lüscher, Christian	+	RL	GE	Schmid-Federer, Barbar	+	CEg	ZH
Barthassat, Luc	+	CEg	GE	Gerner, Ruth	=	G	ZH	Lustenberger, Ruedi	+	CEg	LU	Schmidt, Roberto	+	CEg	VS
Baumann, J. Alexander	+	V	TG	Germanier, Jean-René	+	RL	VS	Malama, Peter	+	RL	BS	Schneider, Johann N.	*	RL	BE
Bäumle, Martin	o	CEg	ZH	Giezendanner, Ulrich	+	V	AG	Markwalder Bär, Christa	+	RL	BE	Schwander, Pirmin	+	V	SZ
Berberat, Didier	=	S	NE	Gilli, Yvonne	=	G	SG	Marra, Ada	=	S	VD	Segmüller, Pius	+	CEg	LU
Bigger, Elmar	+	V	SG	Girod, Bastien	o	G	ZH	Marti, Werner	=	S	GL	Simoneschi-Cortesi, Chi	+	CEg	TI
Bignasca, Attilio	+	V	TI	Glanzmann-Hunkeler, Id	+	CEg	LU	Maurer, Ueli	+	V	ZH	Sommaruga, Carlo	=	S	GE
Binder, Max	+	V	ZH	Glauser-Zufferey, Alice	+	V	VD	Meier-Schatz, Lucrezia	+	CEg	SG	Spuhler, Peter	+	V	TG
Bischof, Pirmin	+	CEg	SO	Glur, Walter	+	V	AG	Messmer, Werner	+	RL	TG	Stahl, Jürg	+	V	ZH
Borer, Roland F.	+	V	SO	Goll, Christine	=	S	ZH	Meyer-Kaelin, Thérèse	+	CEg	FR	Stamm, Luzi	+	V	AG
Bortoluzzi, Toni	+	V	ZH	Graber, Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch, Christian	+	V	BL	Steiert, Jean-François	=	S	FR
Bourgeois, Jacques	+	RL	FR	Graf, Maya	=	G	BL	Moret, Isabelle	+	RL	VD	Stöckli, Hans	*	S	BE
Brélat, Daniel	=	G	VD	Graf-Litscher, Edith	=	S	TG	Mörgeli, Christoph	+	V	ZH	Stump, Doris	=	S	AG
Bruderer, Pascale	+	S	AG	Grin, Jean-Pierre	+	V	VD	Moser, Tiana Angelina	o	CEg	ZH	Teuscher, Franziska	=	G	BE
Brunner, Toni	+	V	SG	Gross, Andreas	=	S	ZH	Müller, Geri	=	G	AG	Thanei, Anita	*	S	ZH
Brunschwig Graf, Martin	+	RL	GE	Grunder, Hans	+	V	BE	Müller, Philipp	+	RL	AG	Theiler, Georges	*	RL	LU
Büchler, Jakob	+	CEg	SG	Gysin, Hans Rudolf	+	RL	BL	Müller, Thomas	+	CEg	SG	Thorens Goumaz, Adèle	=	G	VD
Bugnon, André	#	V	VD	Häberli-Koller, Brigitte	+	CEg	TG	Müller, Walter	+	RL	SG	Triponoz, Pierre	+	RL	BE
Carobbio Guscetti, Marin	=	S	TI	Haller, Ursula	+	V	BE	Müri, Felix	+	V	LU	Tschümperlin, Andy	=	S	SZ
Cassis, Ignazio	*	RL	TI	Hämmerle, Andrea	=	S	GR	Neiryndck, Jacques	+	CEg	VD	van Singer, Christian	=	G	VD
Cathomas, Sep	+	CEg	GR	Hany, Urs	+	CEg	ZH	Nidegger, Yves	*	V	GE	Veillon, Pierre-François	+	V	VD
Caviezel, Tarzsius	+	RL	GR	Hassler, Hansjörg	+	V	GR	Nordmann, Roger	=	S	VD	Vischer, Daniel	=	G	ZH
Chevrier, Maurice	+	CEg	VS	Heer, Alfred	+	V	ZH	Noser, Ruedi	+	RL	ZH	von Graffenried, Alec	o	G	BE
Daquet, André	*	S	BE	Heim, Bea	=	S	SO	Nussbaumer, Eric	=	S	BL	von Rotz, Christoph	+	V	OW
Darbella, Christophe	+	CEg	VS	Hillpold, Hugues	+	RL	GE	Parmelin, Guy	+	V	VD	von Siebenthal, Erich	+	V	BE
de Buman, Dominique	+	CEg	FR	Hochreutener, Norbert	+	CEg	BE	Pedrina, Fabio	=	S	TI	Voruz, Eric	*	S	VD
Donzé, Walter	+	CEg	BE	Hodgers, Antonio	=	G	GE	Pelli, Fulvio	+	RL	TI	Waber, Christian	+	-	BE
Dunant, Jean Henri	+	V	BS	Hofmann, Urs	=	S	AG	Perrin, Yvan	+	V	NE	Walter, Hansjörg	+	V	TG
Egger-Wyss, Esther	=	CEg	AG	Huber, Gabi	+	RL	UR	Perrinjaquet, Sylvie	+	RL	NE	Wandfluh, Hansruedi	+	V	BE
Eichenberger-Walther, C	+	RL	AG	Humbel, Ruth	+	CEg	AG	Pfister, Gerhard	+	CEg	ZG	Wasserfallen, Christian	+	RL	BE
Engelberger, Edi	+	RL	NW	Hurter, Thomas	+	V	SH	Pfister, Theophil	+	V	SG	Wehrli, Reto	+	CEg	SZ
Estermann, Yvette	+	V	LU	Hutter, Jasmin	+	V	SG	Rechsteiner, Paul	=	S	SG	Weibel, Thomas	o	CEg	ZH
Fasel, Hugo	+	G	FR	Hutter, Markus	+	RL	ZH	Rechsteiner, Rudolf	=	S	BS	Widmer, Hans	=	S	LU
Fässler-Osterwalder, Hid	=	S	SG	Ineichen, Otto	+	RL	LU	Reimann, Lukas	+	V	SG	Wobmann, Walter	+	V	SO
Favre, Charles	+	RL	VD	Joder, Rudolf	+	V	BE	Renwald, Jean-Claude	=	S	JU	Wyss, Brigit	o	G	SO
Favre, Laurent	+	RL	NE	John-Calame, Francine	=	G	NE	Reymond, André	+	V	GE	Wyss, Ursula	=	S	BE
Fehr, Hans	*	V	ZH	Jositsch, Daniel	=	S	ZH	Rickli, Natalie	+	V	ZH	Zemp, Markus	+	CEg	AG
Fehr, Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann, Hans	+	V	ZH	Rielle, Jean-Charles	=	S	GE	Zisayadis, Josef	=	G	VD
Fehr, Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen, Margret	=	S	BE	Rikli, Kathy	+	CEg	ZH	Zuppiger, Bruno	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		32	2	31	1	59	1	126
= Nein / non / no		1	16		38			55
o Enth. / abst. / ast.		3	4					7
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato				4	4	3		11
# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes						1		1

Bedeutung Ja / Signification de oui:

Bedeutung Nein / Signification de non: