



## **Referate Medienkonferenz vom 8. Oktober 2024**

Es gilt das gesprochene Wort.

## **Exposés de la conférence de presse du 8 octobre 2024**

Seule la version orale fait foi.

## **Relazioni della conferenza stampa dell'8 ottobre 2024**

Fa fede solo la versione orale

## **Start um 11.30 Uhr, Medienzentrum Bundeshaus**

Begrüssung durch Ständerat Hannes Germann

Gefolgt von folgenden Referaten:

- Benjamin Roudit, Conseiller national et membre de la CSSS-N
- Maya Graf, Ständerätin und Mitglied SGK-S
- Melanie Mettler, Nationalrätin und Mitglied SGK-N
- Ursula Zybach, Nationalrätin und Mitglied SGK-N
- Pascal Broulis, Conseiler aux États et membre de la CSSS-E
- Hannes Germann, Ständerat und Mitglied SGK-S

## Hannes Germann, Ständerat SVP

Sehr geehrte Medienschaffende, sehr geehrte Damen und Herren

Heute geht es um die einheitliche Finanzierung. Diese Vorlage geht auf die Parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» zurück. Eingereicht wurde sie am 11. Dezember 2009 von Alt-Nationalrätin Ruth Humbel.

14 Jahre war dieses Geschäft im Parlament und ich durfte es von Beginn weg begleiten. Ich kann Ihnen sagen, eine ausgewogene Gesundheitsreform zu zimmern, welche das Problem der Fehl-anreize löst und den verschiedenen Interessen gerecht wird ist eine komplexe Sache.

Aber es ist uns gelungen. Im Parlament überzeugte diese Vorlage an der Schlussabstimmung vom 22. Dezember letzten Jahres letztlich eine sehr grosse Mehrheit. Alle Fraktionen haben der Vorlage mehrheitlich zugestimmt. Im Nationalrat stimmten insgesamt 141 Parlamentarierinnen und Parlamentarier aller Parteien der Gesetzesvorlage zu. Im Ständerat waren wir sogar mit 42 Ja-Stimmen fast geschlossen dafür.

Meine Kolleginnen und Kollegen erläutern Ihnen nun, warum wir der Schweizer Stimmbevölkerung die Annahme der einheitlichen Finanzierung dringlichst ans Herz legen. Und ich melde mich dann zum Schluss nochmals zu Wort.

## **Benjamin Roduit, Conseiller national Le Centre**

Bonjour,

Tout d'abord, je pense que chacun se souvient ici que nous avons déjà pas mal parlé de la question des coûts de la santé ce printemps, avec une initiative de mon parti sur laquelle nous avons voté en juin. Les solutions fortes que nous proposons dans l'initiative n'ont pas été retenues, et le peuple leur a préféré le contre-projet indirect qui va maintenant progressivement entrer en œuvre. On va dire que cela devrait être un premier pas dans la bonne direction, mais qui ne va pas résoudre à lui tout seul notre problème de maîtrise des coûts.

Pour continuer sur ce chemin, il faut maintenant faire d'autres pas dans la bonne direction. Cette votation sur le financement uniforme du 24 novembre nous en donne l'occasion. Il s'agit notamment cette fois de supprimer définitivement les **mauvaises incitations** financières que notre système génère depuis trop longtemps, avec ses trois silos de financement. Et qui nous coûtent cher.

De quoi parle-t-on exactement ? A qualité égale pour le patient, notre système de financement actuel ne favorise pas du tout la prise en charge la plus économique. C'est un luxe qu'on ne peut plus se permettre.

J'aimerais citer ici un **exemple parlant qui est celui de l'opération de la hernie**. Lorsque cette opération courante est effectuée en stationnaire, donc avec une nuit d'hôpital, elle est facturée un peu moins de 6000 CHF, dont le canton prend à charge 55% (3200 CHF). Lorsqu'on effectue la même opération en ambulatoire, elle ne coûte plus qu'environ 4000 CHF et le patient rentre chez lui en fin de journée. C'est presque 30% moins cher. Dans l'intérêt commun, on devrait donc logiquement tout faire pour favoriser cette opération facilement planifiable en mode ambulatoire.

Mais avec notre système de financement, quand cette opération est effectuée en ambulatoire, le canton ne paie plus rien, même si cela se passe dans un hôpital public. Elle est 100% à charge de l'assurance, donc des assurés, donc des primes. Du point de vue des assurés comme des patients (quote-part, franchise), le traitement globalement le meilleur marché est paradoxalement le plus cher et de loin. Presque deux fois plus cher ! Logiquement, c'est peu de dire qu'ils n'insistent pas pour privilégier l'ambulatoire...

En assurant une participation d'au moins 26,9% des cantons à ce type d'opérations ambulatoires, le financement uniforme les rendrait beaucoup plus intéressantes pour les assurances, les assurés et les patients. Et tout le monde en profiterait, contribuables compris, vu que c'est globalement moins cher.

**En Suisse nous avons globalement un taux de prise en charge ambulatoire plus faible** que dans les pays comparables. Il y a encore beaucoup d'interventions dites stationnaires, avec au moins une nuit d'hospitalisation, qui ne sont pas indispensables. Il en résulte des traitements plus coûteux, et parfois même inadaptés, sans valeur ajoutée pour le patient. Toutes ces mauvaises incitations financières expliquent aussi cela. Selon une étude de 2016 de PWC Suisse, on peut estimer à environ 1 milliard de francs par an les économies globales à réaliser en prenant un virage ambulatoire un peu plus serré qu'aujourd'hui.

Il ne s'agit évidemment pas de fermer les secteurs stationnaires des hôpitaux, on en aura toujours besoin, mais de se poser systématiquement la question en amont de savoir si un traitement ambulatoire peut être privilégié ou non. Cela doit permettre de freiner intelligemment les coûts de la

santé sans perte de qualité, en tenant d'abord compte des besoins des patients. Les hôpitaux doivent davantage devenir des centres ambulatoires et le financement uniforme les soutiendra dans cette transformation.

Heureusement, les progrès de la médecine permettent de plus en plus de traitements ambulatoires. Souvent, les traitements ambulatoires sont aussi plus judicieux sur le plan médical et plus agréables pour les patients, qui retrouvent plus vite leur autonomie. Le risque d'infections contractées à l'hôpital (nosocomiales) est aussi moins élevé si on y passe moins de temps.

En résumé :

- Le financement uniforme favorisera les traitements ambulatoires moins chers et dans l'intérêt des patients ;
- Les différents acteurs n'auront plus de raison d'encourager des hospitalisations stationnaires coûteuses, simplement parce qu'ils paient eux-mêmes moins pour ces traitements.

Nous avons besoin de cette réforme du financement uniforme pour que tous les acteurs tirent enfin à la même corde et aient un intérêt commun au changement. Et nous en profiterons toutes et tous.

Face aux défis qui sont les nôtres et face à la hausse constante des primes, le statu quo est clairement le pire service à nous rendre pour la maîtrise des coûts, que l'on soit un patient, un assuré ou un contribuable.

## **Maya Graf, Ständerätin Grüne**

Sehr geehrte Damen und Herren

Es ist ganz einfach:

### **Mehr Gerechtigkeit hilft Prämien zu sparen**

Wir haben es gehört es gibt grosse Fehlanreize. Die ambulante Versorgung wird in der Schweiz durch das heutige Finanzierungssystem gebremst. Hierzu gibt es einen logischen, aber unsinnigen Grund. Weil dadurch die Prämien nämlich steigen.

Kurz zur Erklärung, an welchen Kosten sich die Kantone heute beteiligen und wo nicht:

- Die Kantone beteiligen sich NICHT an den ambulanten Kosten. Ambulant heisst: Leistungen in der Arztpraxis, bei einer Therapeutin, in der Apotheke oder im Spital ohne Übernachtung.
- Der Wohnkanton beteiligt sich aber mit mindestens 55 Prozent an den stationären Kosten. Stationär heisst hier: Leistungen im Spital mit Übernachtung.
- Der Wohnkanton oder die Wohngemeinde übernimmt etwas weniger als die Hälfte der Kosten für Leistungen der Pflege. Hier gemeint sind Leistungen, die im Pflegeheim und oder durch die Spitex erbracht werden.

Wenn ein Kanton mit ambulanten Listen vorgibt, welche Operationen nicht mehr stationär durchgeführt werden, sondern ambulant, so entlastet er einerseits die Gesamtkosten und andererseits die Kantonsfinanzen. Wen er dabei jedoch NICHT entlastet, sind die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Sie bezahlen sogar mehr! Nationalrat Roduit hat es Ihnen am Beispiel der Leistenbruchoperation erklärt.

Nun was passiert in der Schweiz. Die Ambulantisierung schreitet voran, aber langsamer als sie müsste und könnte, doch sie schreitet voran. Und sie geht voll zu Lasten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

Es ist nicht nur unsozial, sondern auch völlig absurd, wenn die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler keinen Vorteil erhalten, wenn im Gesundheitswesen durch die Ambulantisierung Kosten eingespart werden. Diesen schwerwiegenden Fehler korrigiert die Reform. Sie macht, dass sich die Kantone auch an den ambulanten Kosten beteiligen müssen. Und darum führt diese Änderung des Krankenversicherungsgesetzes zu einer entscheidenden mittelfristigen Prämientlastung gegenüber dem bestehenden Finanzierungsregime.

Für die Kantone und die Versicherer ist die Vorlage zu den Referenzjahren 2016-2019 schweizweit kostenneutral. Der etwas sperrige Kostenteiler 26.9 / 73.1 berechnet sich aus diesen vier Jahren. Damals berechnete man die Gesamtlast aller ambulanten Kosten, stationären Kosten und den Pflegekosten schweizweit. Es zeigte sich, dass im Schweizer Durchschnitt 73.1 Prozent durch die Versicherungen bezahlt wird und 26.9 Prozent durch die Kantone. Auf diesen Wert hat sich das Parlament geeinigt. Diesen Kostenteiler über alle Bereiche möchten wir in Zukunft sozusagen einfrieren. Damit sich die Kantone nicht immer weiter aus der Finanzierungspflicht verabschieden.

Die ambulanten Kosten machen mit Abstand den grössten Kostenblock aus. Sie gehen heute voll zu Lasten der Prämienzahlenden. Es ist etwa der viermal grössere Kostenblock als der Pflegebereich, der heute in etwa je hälftig bezahlt wird<sup>1</sup>. In der Zwischenzeit sind die ambulanten Kosten weiter angestiegen. Die einheitliche Finanzierung wäre also für die Kantone bereits heute NICHT mehr kostenneutral. Sie bezahlen heute schweizweit weniger als die durch die einheitliche Finanzierung vorgeschriebene Mindestbeteiligung von 26.9 Prozent.

Zu den Zahlen 2022, wie sie übrigens auch im Abstimmungsbüchlein drin sind, hätte die einheitliche Finanzierung somit zu einer Prämientlastung von über 800 Millionen Franken geführt. Das ist aber nicht alles. Weil die Ambulantisierung in der Schweiz nach wie vor noch in den Kinderschuhen steckt und weiter voranschreitet, schätzt der Bund bei Einführung 2032 einen Verteilungseffekt zulasten der Kantone und zu Gunsten der Prämienzahlenden von bis 2 Milliarden Franken.

Und zum Schluss noch dies: In Zukunft haben es die Kantone in der Hand, wie viel Prämienwachstum sie in ihrem Kanton zulassen wollen. Ihren Kostenanteil können sie neu über alle Bereiche jährlich anpassen. Sie dürfen einzig den Mindestanteil von 26.9 Prozent nicht unterschreiten. Das ermöglicht eine sehr gezielte und dosierte Prämienpolitik in den Kantonen, abgestimmt auf die jeweiligen Interessen der Bevölkerung.

Meine Damen und Herren, die einheitliche Finanzierung wird die Prämienzahlenden in der ganzen Schweiz beträchtlich entlasten. Und selbstverständlich gilt das einschliesslich der Pflegefinanzierung.

---

<sup>1</sup> Zahlen 2022: Ambulant: 23 Mia. Franken (100 % prämiendifinanziert), Stationär: 15 Mia. Franken (45% prämiendifinanziert und 55% kantonsfinanziert), Pflege: 6 Mia. Franken (ca 54 % prämiendifinanziert und 46% kantonsfinanziert)

## **Melanie Mettler, Nationalrätin GLP**

Sehr geehrter Medienschaffende, auch von meiner Seite wünsche ich einen guten Morgen und danke für Ihr Interesse.

### **Die einheitliche Finanzierung verbessert die Koordination im Gesundheitswesen.**

Es gibt einige Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen, die die Kosten in die Höhe treiben, aber die Versorgung und die Lebensqualität nicht verbessern – oder sogar im Gegenteil verschlechtern. Wenn wir ernsthaft die Kosten im Gesundheitssystem senken wollen und nicht nur Problembewirtschaftung betreiben, dann müssen wir wirksame Lösungen vorwärtstreiben, und eben genau diese Kostentreiber angehen, anstatt endlos Scheinprobleme und Scheinlösungen zu debattieren.

Die starke Fragmentierung der Versorgung im Schweizer Gesundheitssystem ist ein solcher Kostentreiber mit negativen Folgen fürs Portemonnaie und auf die Gesundheit. Heute herrscht Silo-Denken. Nicht das grosse Ganze, sondern die vielen einzelnen Gärtchen stehen im Vordergrund. Das ist ein Ort, wo das Schweizer Gesundheitssystem verteuert wird, ohne dass wir damit den Patientinnen und Patienten einen Qualitätsvorteil bieten. Im Gegenteil.

Ich sage es ihnen ganz ehrlich. Die Prämienlast in den Griff zu bekommen ist eine grosse Aufgabe, die wir als Gesamtgesellschaft vor uns haben. Und diese Vorlage der einheitlichen Finanzierung bedeutet nicht das Ende der Bestrebungen, die Prämienlast zu senken – aber sie ermöglicht einen Anfang. Sie legt den zwingend nötigen Grundstein, damit wir in Bewegung kommen können und die koordinierte Zusammenarbeit aller Akteure und somit die Gesundheitsversorgung besser und gezielter funktionieren kann. Warum?

Die Vorlage bringt zusammen, was zusammengehört. Jeder Leistungsbereich, ob ambulant oder stationär, ob im Spital oder in der Langzeit- und Akutpflege, im Heim oder zu Hause - unabhängig wo die Gesundheitsleistung erbracht wird, bezahlt wird immer gemeinsam nach gleichem Verteilungsschlüssel: Kanton und Prämienzahlenden.

So entlasten wir die Leistungserbringenden, davon, dass sie auf ihr eigenes Kässeli schauen müssen beim Entscheid, ob sich jemand im Spital oder mit Hilfe von Spitex zu Hause erholen darf. Wir erlauben es den Leistungserbringenden, dass sie einen medizinischen Entscheid zu Gunsten der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen fällen können.

Wer schon mal selbst oder jemand anderes mit einer aufwändigen Krankheit begleitet hat, weiss: Koordinationsarbeit ist unheimlich aufwendig. Sie findet heute vor allem im ambulanten Bereich statt. Der Aufwand wird heute also voll aus dem Kässeli der Krankenversicherungen und somit der Prämienzahlenden bezahlt. Die Krankenversicherungen haben also paradoxerweise keinen Anreiz, Koordination zu fördern, gerade weil sie die Prämienlast ihrer Versicherten möglichst klein halten wollen. Verstärkt wird dieser Fehlanreiz dadurch, dass die Einsparungen durch bessere Koordination, etwa durch vermiedene Spitaleintritte, im stationären Bereich anfallen, die aber mehrheitlich aus den Kässeli der Kantone finanziert sind. Die Ersparnisse kommen also nicht den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern zugute, sondern dem Kanton. Kurz, wenn die Versicherungen für die Koordinationsarbeit bezahlen, führt das zu höheren Prämien. Das – meine Damen und Herren – ist ein sogenannter Fehlanreiz. Er gehört dringend korrigiert.

Ohne Koordination kommt es zu Doppelspurigkeiten und unnötigen Behandlungen. Patientinnen gehen mit Bagatellen in den Spitalnotfall, anstatt einen hausärztlichen Notfall zur Verfügung zu haben, insbesondere in der Säuglings- und Kindermedizin, gleiche Untersuchungen werden mehrfach gemacht weil die Informationen nicht fließen.

Mit der einheitlichen Finanzierung wird die Versorgung von Kranken besser koordiniert und die Zusammenarbeit gestärkt. Im Fokus stehen optimale Versorgungsstrukturen und die Gesamtkosten. Die einheitliche Finanzierung ist die Grundlage für eine besser funktionierende Versorgung zu Gunsten der Kranken.



## **Ursula Zybach, Nationalrätin SP**

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich lege den Schwerpunkt meiner Ausführungen auf die Pflegeleistungen. Pflegeleistungen sind diejenigen Gesundheitsleistungen, die u.a. in Pflegeheimen und von der Spitex erbracht werden. Diese wichtigen Leistungen sollen ab 2032 ebenfalls einheitlich finanziert werden. Damit kann der Anstieg der Gesundheitskosten gebremst, die integrierte Versorgung für die Patientinnen und Patienten gestärkt und der Pflegebereich aufgewertet werden.

### **Heute bestehen im Pflegebereich massive Fehlanreize**

1. Im Pflegeheim bezahlt die Versicherung weniger als im Spitex-Bereich. Das führt dazu, dass die Krankenversicherer tendenziell auf einen Heimeintritt drängen, auch wenn die Gesamtkosten im ambulanten Bereich tiefer liegen. Kantone, welche mit einem Ausbau der ambulanten Pflege die Heimeintritte verzögern wollen – und dadurch eben unnötige Kosten sparen! – treiben damit indirekt die Prämien in die Höhe.
2. Die ambulante Pflege der Spitex entlastet schon heute die teureren Spitalstrukturen. Dies kann künftig durch alle Akteure systematisch gefördert werden. Nach einem ambulanten Eingriff im Spital oder in einer Tagesklinik kehrt die Patientin oder der Patient gleichentags nach Hause zurück. Zuhause übernimmt eine Spitexorganisation die postoperative Pflege. Mit der einheitlichen Finanzierung entsteht dadurch ein Kostenvorteil, der künftig den Prämienzahlenden wie auch den Steuerzahlenden zu Gute kommt.

### **Die aktuelle Pflegefinanzierung ist kompliziert und besteht aus drei Finanzierungselementen:**

1. Der Bundesrat legt in einer Verfügung den Kostenanteil fest, den die Versicherungen übernehmen müssen.  
*Randbemerkung: Entgegen der Behauptung der EFAS-Gegner kann der Bundesrat diesen Anteil auch heute schon mit einer Verordnungsanpassung erhöhen, wenn die Kosten weiter ansteigen.*
2. Der Kanton kann entscheiden, welchen Betrag die Versicherten bezahlen müssen – dieser Betrag darf aber nicht höher als 20% des Betrages sein, den die Versicherungen bezahlen. Dies ist der sogenannte Patientenbeitrag – der von den Versicherten bezahlt werden muss.
3. Und dann bleibt da noch eine Differenz zu den effektiven Kosten, die bei der Spitex oder den Pflegeheimen entstanden sind: Im KVG klingt dies so: «Die Kantone regeln die Restfinanzierung». Diese Restfinanzierung stellt ein grosses Problem dar. Die Formulierung im Gesetz lässt vielerlei Interpretationen zu, was und wie «restfinanziert» wird. Es erlaubt den Kantonen auch, diese Finanzierung den Gemeinden zu überlassen. Dies führt zu einem föderalen Wildwuchs und zu Finanzierungsunsicherheiten!

Die Kantone und Gemeinden können diese Beiträge jährlich anpassen. Dies führt zusätzlich zu Planungsunsicherheit und zu grossem, unnötigem Administrativaufwand für die Organisationen und auch für die Kantone, was wiederum unnötige Kosten verursacht.

Und: Es bestehen grosse Unterschiede bei der Ausgestaltung von Leistungen, die durch die Restfinanzierung bezahlt werden. Ein Beispiel dafür ist die Abgeltung von Leistungen für Palliative Care – also von Leistungen für unheilbar Kranke und Sterbende. Hier gibt es kein einheitliches Verständnis, welche Leistungen darunter fallen und keine geregelte Finanzierung.

**Mit der einheitlichen Finanzierung werden diese Fehlanreize korrigiert.** Die einheitliche Finanzierung ermöglicht im Pflegebereich ein ganzheitliches Verständnis unserer Gesundheitsversorgung und fördert die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche.

Dank der einheitlichen Finanzierung können einzelne Finanzierer ihren Finanzierungsanteil nicht mehr zu Lasten der anderen optimieren. Vielmehr sind sie durch einen festgelegten Finanzierungsschlüssel direkt miteinander verbunden.

Ab 2032 wird auch für die Pflege die einheitliche Finanzierung gelten. Bis dahin muss die **Tarifstruktur für die Pflegeleistungen** vorliegen. Sie muss auf einer einheitlichen und transparenten Kostenbasis gründen. Die auszuhandelnden Tarife müssen kostendeckend sein, bezogen auf einer effizienten Leistungserbringung. Es wird also – wie im ambulanten Bereich den TARMED oder wie im stationären Bereich die Fallpauschalen – auch im Pflegebereich eine Tarifstruktur geben. Ab 2032 wird die Pflege dank kostendeckenden Tarifen gestärkt. Und die Organisationen wie die Kantone und Gemeinden haben Planungssicherheit und Stabilität!

Ich fasse zusammen:

Die einheitliche Finanzierung wird die Zusammenarbeit mit der Pflege – im Pflegeheim oder durch die Spitex – erheblich verbessern. Die stiefmütterliche Behandlung der Pflege wird aufgehoben und sie wird neu als integraler Teil der Gesundheitsversorgung aufgewertet. Davon profitieren Patientinnen, Spitex-Klienten und Heim-Bewohnerinnen gleichermaßen. Und selbstverständlich auch die Pflegefachpersonen.

Und: Sie stoppt die massiven Fehlanreize und wird das Kostenwachstum der Krankenversicherungsprämien nachhaltig bremsen!

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

## Pascal Broulis, Conseiller aux Etats PLR

Mesdames, Messieurs les représentants des médias,

Mesdames, Messieurs,

Chères et chers collègues,

Tout d'abord, je me permets la précision suivante : je n'ai aucun lien d'intérêt avec le monde de la santé. Dans ce dossier, mon intérêt est purement politique.

Je souhaite m'engager pour de meilleures conditions cadre pour faire face au vieillissement démographique, et donc forcément au défi sanitaire et financier qui est devant nous.

La population suisse attend que nous fassions quelque chose et ce projet s'inscrit dans une meilleure gestion des deniers publics.

De manière générale, qu'est-ce que je constate ?

- **Le système de l'assurance de base est devenu beaucoup trop compliqué.** Aujourd'hui, s'il fallait partir de zéro, personne ne créerait un tel système avec 3 modes de financement, en fonction de la durée et/ou du lieu où s'effectue la prestation. Il n'y a aucune valeur ajoutée publique à maintenir ces trois silos financiers, alors que tout est lié.

Tout d'abord, **cette séparation entre le domaine stationnaire et l'ambulatoire** est d'un autre temps, alors que nous sommes dans la même assurance de base. Elle est même devenue incohérente depuis que nous encourageons les soins à domicile et que les hôpitaux reconnus d'intérêt public y compris les cliniques privées reconnues par les cantons développent activement le secteur ambulatoire hospitalier :

Vous allez dans le même hôpital ou la même clinique. C'est le même médecin qui vous opère, la même infirmière ou aide-soignante qui vous prodigue des soins, le même personnel administratif qui gère votre admission ou la facturation de vos prestations et le même cuisinier qui prépare votre repas. Si vous devez rester plus qu'une nuit, le canton paie 55% de tous ces coûts. Mais pas un franc si vous rentrez dormir le soir à la maison. Cela n'a plus aucun sens.

- **Dans le domaine des soins de longue durée, ensuite, c'est encore plus complexe.** L'assurance de base ne paie qu'une partie des prestations de soins selon des critères tout sauf clairs. Les cantons, parfois les communes, sont donc priés de mettre la différence, sinon tout s'arrête. Cela donne 26 variations cantonales de financement, qui donnent 26 variations possibles de prise en charge en fonction de ce quel ou tel canton est d'accord de financer en plus, ou peut financer en plus. Et cela peut changer d'une année à l'autre ou d'une législature à l'autre. On ne peut pas développer un dispositif médico-social plus efficient ces 15 prochaines années avec un tel système. Pourtant, notre population suisse vieillissante a grandement besoin d'avoir un monitoring des coûts plus clair et compréhensible.
- **Il y a un besoin urgent de simplification pour y voir clair. Donc de transparence,** et c'est ce que prévoit cette réforme, en offrant enfin au cantons une vue complète de toute l'activité médicale et soignante. Aujourd'hui, tout est opaque, tout est complexe, et les cantons n'ont qu'un champ de vision limité. Simplifier et clarifier, c'est la seule manière de pouvoir piloter de manière plus éclairée notre système de santé de manière globale et à long terme, dans l'intérêt de la population. Et évidemment de mieux maîtriser les coûts. Nous devons cela à

ceux qui paient des impôts comme à ceux qui paient des primes. Cette réforme, négociée avec les cantons, amène une simplification et une transparence qui est d'intérêt public.

En politique, il faut savoir faire des compromis pour avancer. Après 14 ans d'examen, de discussion avec les cantons et les partenaires du monde de la santé, le Parlement a voté le concept du financement uniforme des prestations. Et c'est parce que toutes les sensibilités, de gauche comme de droite, ont considéré que les compromis trouvés sur quatre législatures étaient au final de bons compromis, que cette réforme a pu aboutir en décembre dernier. Aucun parti ne l'a refusée au Parlement. C'est un signe qui ne trompe pas d'un travail parlementaire constructif et de qualité, que la population doit connaître. Il est dommage que certains aient oublié ce que peut apporter un bon compromis.

Car quelle est l'alternative ? Sur la table aujourd'hui, il n'y en a qu'une : le statu quo.

Cela signifie des primes qui augmentent encore et rien qui s'améliorera sur la responsabilité et le partage des coûts. Donc moins d'efficacité et moins de solidarité. Les mêmes problèmes seront toujours sur la table, certainement pendant encore des années. C'est un temps précieux perdu pour préparer l'avenir.

La Suisse a besoin d'une réforme de son système de financement de la santé. Elle est là, elle permet de mieux appréhender les coûts sans réduire les prestations.

Votez oui le 24 novembre prochain.

Je vous remercie de votre attention.

## Hannes Germann, Ständerat SVP

Heute haben wir im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen einen unnötigen Verschleiss an wertvollen Ressourcen. Es entstehen Kosten und Aufwände, welche den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen bringen. Im Gegenteil: Sie schaden dem Gesundheitspersonal, den Patientinnen und Patienten und letztlich uns allen als Steuer- und Prämienzahlende. Ohne Reform werden sich die drei Problemfelder im Gesundheitswesen weiter zuspitzen:

- Zu viele stationäre Spital-Behandlungen
- Zu wenig Koordination unter den Akteuren
- Zu hohe Kosten und steigende Prämien

Dank des medizinischen Fortschritts können heute immer mehr Behandlungen ambulant erfolgen, also ohne Übernachtung in einem Spital. Doch in der Schweiz bleiben wir diesbezüglich weit hinter unseren Möglichkeiten zurück. Mit der einheitlichen Finanzierung hätten die verschiedenen Akteure keinen Grund mehr, teure Heimaufenthalte oder Spitaleintritte zu fördern, nur weil es für sie profitabler ist. Die einheitliche Finanzierung fördert die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich. Unnötige Spitalaufenthalte oder zu frühe Pflegeheimeintritte können vermieden werden.

Mit der einheitlichen Finanzierung wird die Patientenversorgung besser koordiniert. Sie ist die Grundlage für eine integrierte Versorgung, welche die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellt. Es stehen optimale Versorgungsstrukturen und die Gesamtkosten im Fokus. Und eben nicht die finanziellen Interessen der Finanzierer. Das funktioniert nur, wenn auch die Finanzierung integriert – sprich vereinheitlicht – wird. Weil es nachher keine unterschiedlichen finanziellen Interessen mehr gibt. Alle ziehen am gleichen Strick.

Das heutige komplizierte Finanzierungssystem bremst uns aus. Die verstärkte Ambulantisierung birgt ein Sparpotenzial in Milliardenhöhe. Allein durch die Reform lässt sich ein Sparpotenzial durch bessere Koordination und vermehrte ambulante Behandlungen von jährlich 440 Millionen erreichen. Das ist aber längst nicht alles. Mit der einheitlichen Finanzierung beteiligen sich die Kantone an den Kosten der ambulanten Behandlungen. Das führt dazu, dass die Prämienzahlenden von der Ambulantisierung profitieren, und es bringt ihnen bei Einführung der Reform bis zu 2.5 Milliarden Franken Prämientlastung.

Ein Nein käme uns teuer zu stehen: Ohne Reform drehen die Probleme im Gesundheitswesen ungebremst weiter.

- Die Schweiz kommt bei der Ambulantisierung nicht vom Fleck, und wo ambulantisiert wird, geht sie zulasten der Prämienzahlenden.
- Unnötige und unpassende Behandlungen nehmen weiter zu. Die Koordination fehlt und die Überlastung des Gesundheitswesens führt zu grossen Qualitätseinbussen.
- Letztlich führten diese Entwicklungen zu weiteren erheblichen Kostensteigerungen, welche wir mit der einheitlichen Finanzierung sinnvoll dämpfen könnten.

Mit der einheitlichen Finanzierung können wir die Versorgungsqualität stärken, die Kosten senken und die Prämienzahlenden endlich entlasten. Diese Chance dürfen wir uns nach 14-jähriger Beratung im Parlament jetzt wirklich nicht entgehen lassen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Wir stehen nun für Ihre Fragen zur Verfügung.