

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

**La politique de la santé et des EMS
au Parlement fédéral**

Vorschau

Perspective

Wintersession 2015

Session d'hiver 2015

30. November – 18. Dezember 2015

30 novembre – 18 décembre 2015

Nationalrat: Seiten 3-7

Conseil national : Pages 3-7

Ständerat: Seiten 8-11

Conseil des États : Pages 8-11

Inhaltsverzeichnis			Sommaire		
Nationalrat:			Conseil national :		
12.080	Revision Heilmittelgesetz (Differenzenbereinigung)	Seite 3	12.080	Loi sur les produits thérapeutiques (différences)	page 3
14.074	Krebsregistrierungsgesetz	Seite 4	14.074	Loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques	page 4
13.080	KVG: Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung	Seite 5	13.080	LAMal : Compensation des risques ; séparation des assurances de base et des complémentaires	page 5
14.087	AHVplus: Volksinitiative „für eine starke AHV“	Seite 6	14.087	AVSplus : Initiative populaire « pour une AVS forte »	page 6
09.528	Pa.Iv. NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus	Seite 7	09.528	Iv.pa. CN Humbel : Financement moniste des prestations soins	page 7
Ständerat:			Conseil des États :		
15.020	Revision KVG: Steuerung des ambulanten Bereichs	Seite 8	15.020	Révision LAMal : Pilotage du domaine ambulatoire	page 8
13.300	Kt.Iv. JU: Für eine soziale Einheitskrankenkasse	Seite 9	13.300	Iv.ct. JU : Pour une caisse-maladie unique et sociale	page 9
15.308	Kt.Iv. GE: Änderung des KVG		15.308	Iv.ct. GE : Modifier la LAMal	
15.306	Kt.Iv. GE: Trennung von Grund- und Privatversicherung im KVG	Seite 10	15.306	Iv.ct. GE : Pour la séparation de la pratique de l'assurance de base des assurances privées	page 10
13.3213	Motion Fraktion CE (des NR): Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen	Seite 11	13.3213	Motion Groupe CE (du CN) : Même financement pour les prestations hospitalier et ambulatoires	page 11

Nationalrat	Conseil national
<p>12.080 Heilmittelgesetz (HMG): Teilrevision (Differenzenbereinigung)</p>	<p>12.080 Loi sur les produits thérapeutiques : Révision partielle (différences)</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Mit den Änderungen im Heilmittelgesetz (HMG) verbessert der Bundesrat den Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln und die Rahmenbedingungen für die biomedizinische Forschung und Industrie. Dabei werden die Bestimmungen zu Rabatten und Boni sowie die Selbstmedikation neu geregelt, um mehr Transparenz und Klarheit über die Zulässigkeit solcher Rabatte zu schaffen. Schliesslich sollen Apotheken und Drogerien mehr Kompetenzen bei der selbständigen Abgabe von Arzneimitteln erhalten, womit die Selbstmedikation vereinfacht wird. Drogisten sollen in der ganzen Schweiz sämtliche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel selbstständig abgeben dürfen. Apotheker wiederum erhalten die Möglichkeit, einen Teil der verschreibungspflichtigen Arzneimittel im Rahmen einer fachlichen Beratung auch ohne ärztliches Rezept persönlich abzugeben.</p> <p>Bestehende Differenzen zwischen National- und Ständerat</p> <p>Die Kommission empfiehlt dem Nationalrat zu Recht, in drei Punkten dem Ständerat zu folgen (vereinfachte Zulassung, klare Kategorisierung und die Möglichkeit des Versandhandels bei Arzneimitteln). An drei Differenzen hält sie aber fest: Keine Marktexklusivität bei Forschung für seltene Krankheiten, Festlegung von Anforderungen an Arztzeugnisse nur durch den Bundesrat, Verbot nicht gebührender Vorteile für alle Heilmittel und nicht nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Einlenken auf Entscheide des Ständerats</p> <p>Der Verband <i>senesuisse</i> kämpft gegen übermässige und oftmals unnötige Vorschriften, welche nur Zusatzaufwand und Kosten generieren. Die vom Ständerat gefällten Entscheide sind weniger markthemmend und nicht so stark von staatlicher Steuerung geprägt, weshalb daran festzuhalten ist. Es ist im Besonderen nicht einzusehen, weshalb das Arztrezept zwingend ins Eigentum der Patienten übergehen sollte (Art. 26 Abs. 2bis).</p> <p>18.03.2015 NR: Annahme mit Differenzen 08.09.2015 SR: Annahme mit Differenzen 08.12.2015 Beratung der Differenzen im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>En modifiant la loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h), le Conseil fédéral améliore l'accès de la population aux médicaments et les conditions générales pour la recherche biomédicale et l'industrie. Les adaptations touchent également les dispositions relatives aux rabais et aux bonus ainsi qu'à l'automédication, avec l'objectif de rendre plus transparente et plus claire l'admissibilité de ces rabais, lesquels sont accordés. Les pharmacies et les drogueries se verront attribuer davantage de compétences en matière de remise de médicaments à titre indépendant, ce qui facilitera l'automédication. Les droguistes seront habilités à remettre tout médicament non soumis à ordonnance et ce, dans toute la Suisse. Quant aux pharmaciens, ils seront autorisés à remettre personnellement, moyennant un conseil spécialisé, certains médicaments soumis à ordonnance même sans prescription médicale.</p> <p>Différences entre les deux Conseils</p> <p>La commission recommande avec raison au Conseil national de suivre le Conseil des Etats en trois points (procédure simplifiée, catégorisation claire et possibilité de vente de médicaments par correspondance). Mais elle reste ferme sur trois points : pas d'exclusivité de marché dans la recherche sur les maladies orphelines, fixation des exigences pour les ordonnances médicales uniquement par le Conseil fédéral, interdiction d'octroyer des avantages matériels pour tous les médicaments et pas seulement pour ceux délivrés sur ordonnance.</p> <p>Recommandation de senesuisse : Adoption selon décisions du CE</p> <p>L'association <i>senesuisse</i> lutte contre trop de prescriptions qui sont d'ailleurs souvent superflues, font perdre du temps et génèrent des coûts. Les décisions prises par le CE sont moins restrictives et moins marquées par une ingérence de l'État, il faut donc s'y tenir. Il n'est pas évident pourquoi l'ordonnance médicale doit être obligatoirement remise au patient (art. 26 al. 2bis).</p> <p>18.03.2015 CN : Adoption avec différences 08.09.2015 CE : Adoption avec différences 08.12.2015 Débat sur les différences au Conseil national</p>

14.074 Krebsregistrierungsgesetz

Ausgangslage – Medienmitteilung des Bundesrates vom 29.10.2014

Mit einer schweizweit einheitlichen Krebsregistrierung sollen Früherkennung, Prävention und Behandlung von Krebserkrankungen verbessert werden. Die Daten würden weiterhin in den kantonalen Krebsregistern erfasst. Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen werden im Kinderkrebsregister erfasst, das vom Bund geführt wird. Die erhobenen Daten werden schliesslich durch eine neue, ebenfalls vom Bund geführte nationale Krebsregistrierungsstelle zusammengeführt und aufbereitet. Die Daten werden in einem jährlichen Krebs-Monitoring sowie in vertiefenden Berichten ausgewertet.

Der Gesetzesentwurf regelt, wie Daten zu Krebserkrankungen erhoben, registriert und weitergeleitet werden, um sie auf nationaler Ebene auswerten und veröffentlichen zu können. Damit wird eine schweizweit einheitliche und vollständige Krebsregistrierung sichergestellt. Um die Vollständigkeit der Daten sicherzustellen, sieht der Gesetzesentwurf die Einführung einer Meldepflicht für Ärzte, Spitäler und andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens vor.

Vorgesehen sind zwei Datenkategorien. Als Basisdaten werden Angaben zur Person, zur Diagnose und Erstbehandlung zum Auftreten von Metastasen sowie zur meldenden Stelle erfasst. Damit können Krebserkrankungen bezogen auf die gesamte Bevölkerung ausgewertet werden. Mit Zusatzdaten sollen Fragen zu bestimmten Krebserkrankungen oder Personengruppen beantwortet werden. Deren Erhebung ist zeitlich befristet und muss vom Bundesrat bewilligt werden. Die Patienten können der Registrierung jederzeit widersprechen.

Empfehlung von senesuisse: Annahme des Gesetzes

Jedes Jahr werden in der Schweiz 37'000 neue Krebsdiagnosen gestellt und es sterben über 16'000 Menschen an Krebs. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung mit einer Zunahme der Krebsneuerkrankungen zu rechnen. Eine national einheitliche Erhebung, Registrierung und Auswertung aussagekräftiger Daten hilft, die wichtigsten Faktoren zu erkennen und geeignete Massnahmen zu ergreifen.

08.12.2015 Beratung im Nationalrat

14.074 Loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques

Situation initiale – Communiqué de presse du CF du 29.10.2014

L'enregistrement uniforme du cancer au niveau national permet d'améliorer la prévention, la détection précoce et le traitement des maladies oncologiques. Les données seront toujours saisies dans les registres cantonaux. Les cas de maladies oncologiques chez l'enfant et l'adolescent seront enregistrés dans le registre suisse du cancer de l'enfant, tenu par la Confédération. Les données collectées seront ensuite regroupées et préparées par l'organe national d'enregistrement du cancer, également géré par la Confédération. Un monitoring annuel du cancer ainsi que des rapports complets permettront d'évaluer ces données.

Le projet de loi règle la collecte, l'enregistrement et le transfert des données relatives aux maladies oncologiques, afin de pouvoir les évaluer et les publier au niveau national. Il garantit ainsi un enregistrement du cancer complet et uniforme dans toute la Suisse. En vue de garantir l'exhaustivité des données, le projet de loi prévoit d'introduire une obligation de déclarer pour les médecins, les hôpitaux et les autres institutions privées ou publiques.

Deux catégories de données sont prévues. Les données de base concerneront la personne, son diagnostic, son premier traitement lié à l'apparition des métastases ainsi que le service chargé de la déclaration. Elles permettront d'évaluer les maladies oncologiques par rapport à l'ensemble de la population. Quant aux données supplémentaires, elles serviront à répondre à des questions concernant certaines maladies oncologiques ou certains groupes de personnes. Leur collecte sera temporaire et nécessitera l'autorisation du Conseil Fédéral. Les patients peuvent s'opposer en tout temps à l'enregistrement des données.

Recommandation de senesuisse : Adoption de la Loi

Chaque année, 37'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en Suisse, et 16'000 personnes décèdent de cette maladie. Au cours des prochaines années et décennies, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de cas en raison du vieillissement de la population. Enquête, enregistrement et évaluation des données pertinentes identiques au niveau national aident à reconnaître les facteurs majeurs et à prendre les mesures qui s'imposent.

08.12.2015 Débat au Conseil national

<p>13.080 Risikoausgleich im KVG: Trennung von Grund- und Zusatzversicherung</p>	<p>13.080 Compensation des risques dans la LAMal : séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Der Bundesrat und das Volk haben entschieden, die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ abzulehnen. In diesem Kontext empfahl der Bundesrat als Gegenvorschlag einen Entwurf für eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).</p> <p>Der Revisionsentwurf des KVG sah unter anderem auch die institutionelle Trennung der sozialen Krankenversicherung und der Zusatzversicherungen vor, um insbesondere auf finanzieller Ebene die Transparenz zu verbessern. Zusätzliche Barrieren zur Verhinderung des Informationsaustauschs über die Leistungen zwischen den beiden Bereichen sollten den Datenschutz verbessern und der Risikoselektion entgegenwirken. Gegenwärtig führen noch sechzehn Gesellschaften die soziale Krankenkasse und die Zusatzversicherungen innerhalb derselben Rechtseinheit.</p> <p>Empfehlung der SGK: Nichteintreten (mit 15 gegen 7 Stimmen)</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Nichteintreten</p> <p>Eine strikte juristische Trennung soll das Verbot der Quersubventionierung von Grund- zu Zusatzversicherungen besser durchsetzbar machen. Dabei krankt unser Gesundheitswesen genau an dieser staatlichen „Interventionitis“: Anstatt den Wettbewerb nur in nötigen Bereichen zu steuern, werden unzählige Vorschriften und Verbote statuiert, welche anschliessend mit teurem Administrativaufwand zu dokumentieren und kontrollieren sind.</p> <p>Die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung bewirkt vor allem einen unnötigen Kostenanstieg, weil die Administration doppelt geführt werden muss. Heute haben 70-90 Prozent der Versicherten ihre Grund- und Zusatzversicherung bei demselben Anbieter abgeschlossen, beziehen also gerne einen umfassenden und abgestimmten Service aus einer Hand. Es besteht schlicht kein Handlungsbedarf.</p> <p>02.03.2015 SR: Nichteintreten 08.12.2015 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>Le Conseil fédéral et le peuple ont décidé le rejet de l'initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie ». Le Conseil fédéral a adopté dans ce contexte un contre-projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).</p> <p>Ce projet de révision de la LAMal prévoyait aussi la séparation institutionnelle de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires, afin d'améliorer la transparence sur le plan financier notamment. Des barrières supplémentaires visant à empêcher l'échange d'informations concernant les prestations entre les deux domaines doivent renforcer la protection des données et la lutte contre la sélection des risques. Actuellement seize sociétés gèrent encore l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires au sein de la même entité juridique.</p> <p>Proposition de la CSSS : Ne pas entrer en matière (15 voix contre 7)</p> <p>Recommandation senesuisse : Ne pas entrer en matière</p> <p>Une séparation juridique stricte doit faciliter l'interdiction des subventions croisées des assurances de base aux complémentaires. Mais là où le bât blesse dans le secteur de la santé publique, c'est précisément « l'interventionnisme » de l'État : au lieu de régler la compétitivité uniquement dans les domaines où ce serait nécessaire, il édicte d'innombrables prescriptions et interdictions, les documente avant qu'elles ne soient contrôlées ce qui engendre un déploiement de coûts administratifs exorbitants.</p> <p>La séparation de l'assurance de base de l'assurance complémentaire a pour effet une augmentation inutile de coûts parce que l'administration se fait à double. Aujourd'hui 70 à 90 % des assurés ont le même prestataire pour l'assurance de base et l'assurance complémentaire ; ils bénéficient donc d'un service global et clair à la source. Il n'y a là aucune raison d'intervenir.</p> <p>02.03.2015 CE : ne pas entrer en matière 08.12.2015 Débat au Conseil national</p>

<p>14.087 AHVplus: Volksinitiative „für eine starke AHV“</p>	<p>14.087 AVSplus : Initiative populaire « pour une AVS forte »</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Die Volksinitiative „AHVplus für eine starke AHV“ fordert einen Zuschlag von 10 Prozent auf allen AHV-Altersrenten. Die Annahme dieser Initiative hätte zur Folge, dass die Ausgaben der Alters- und Hinterlassenenversicherung um jährlich rund 4 Milliarden Franken ansteigen würden, bis Ende 2030 sogar um 5,5 Milliarden Franken. Damit würden die mit der demografischen Entwicklung einhergehenden finanziellen Probleme der AHV noch verstärkt.</p> <p>Der Bundesrat spricht sich deshalb gegen diese Volksinitiative aus. Er sieht finanziell keinen Spielraum für eine Erhöhung der AHV-Leistungen und hält an seinem mit dem Reformprojekt Altersvorsorge 2020 eingeschlagenen Weg fest. Ziel dieser Reform ist, mit einem umfassenden Ansatz das Rentenniveau zu sichern. Dazu ist unter anderem vorgesehen, die Mehrwertsteuer bis 2030 um maximal 1,5 Prozentpunkte zu erhöhen. Für einen Ausbau der AHV wären weitere Mittel notwendig, was die Volkswirtschaft belasten würde. Ausserdem wären die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenrenten nicht mehr wie heute aufeinander abgestimmt, wenn ausschliesslich die Altersrenten erhöht würden.</p> <p>Empfehlung der SGK: Ablehnung (mit 15 gegen 8 Stimmen)</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Volksinitiative</p> <p>Wie der Bundesrat korrekt feststellt, müssen AHV und BVG zusammen betrachtet werden. Dies geschieht derzeit in der „Altersvorsorge 2020“ und sieht nach Beratungen im Ständerat sogar eine Rentenerhöhung vor. Allerdings sprechen einige Gründe gegen eine AHV-Rentenerhöhung: Namentlich das „Giesskannenprinzip“ der AHV (auch Gutgestellte erhalten mehr), das aktuelle Konsumentenpreisniveau (auf dem Stand von 2007), die noch ansteigenden BVG-Vorsorgeguthaben (Obligatorium seit 30 Jahren) oder das funktionierende System mit Ergänzungsleistungen für Bedürftige (gemäss deren tatsächlichem Bedarf). Deshalb ist die Erhöhung der Renten keine gute Lösung, besonders nicht mittels Finanzierung über Lohnbeiträge (Belastung der Arbeitstätigen und Arbeitgeber mit je 0,4 Prozent!).</p> <p>09.06.2015 SR: Empfehlung der Ablehnung (33 zu 11 Stimmen) 16.12.2015 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>L'initiative populaire « AVSplus : pour une AVS forte » demande le versement d'un supplément de 10 % sur la rente vieillesse de l'AVS. L'acceptation de cette initiative aurait pour conséquence une hausse des dépenses de l'assurance-vieillesse et survivants d'environ 4 milliards de francs par an, voire de 5,5 milliards d'ici 2030. Elle accentuerait considérablement les problèmes financiers liés à l'évolution démographique auxquels l'AVS devra faire face.</p> <p>Le Conseil fédéral s'oppose à cette initiative populaire. Il estime qu'il n'y a financièrement pas de marge de manœuvre pour augmenter les prestations de l'AVS et qu'il faut poursuivre sur la voie tracée par son projet de réforme Prévoyance vieillesse 2020. Cette approche globale et équilibrée vise à garantir le niveau des rentes, notamment par un relèvement de la TVA d'au maximum 1,5 point d'ici à 2030. Une augmentation des prestations de l'AVS demanderait davantage de moyens financiers et constituerait une charge pour l'économie. En outre, un supplément versé uniquement sur la rente de vieillesse de l'AVS briserait le rapport qui existe actuellement entre les rentes de vieillesse, d'invalidité et de survivants.</p> <p>Proposition de la CSSS : NON à cette initiative (15 voix contre 8)</p> <p>Recommandation senesuisse : rejet de cette initiative populaire</p> <p>Comme le CF le constate à juste raison, le rapport entre AVS et LPP doit être maintenu. C'est le cas actuellement dans la « Prévoyance vieillesse 2020 » et il est même prévu une augmentation de la rente après délibérations au CE. Cependant il y a de bonnes raisons de ne pas augmenter la rente : le principe de l'arrosoir de l'AVS (même les mieux nantis reçoivent plus), le niveau actuel des prix à la consommation (niveau de 2007), l'augmentation permanente de l'acquis LPP (obligatoire depuis 1985) ou le système fonctionnant avec des prestations complémentaires pour les personnes selon leurs besoins effectifs. C'est pourquoi augmenter la rente n'est pas la bonne solution, encore moins si elle est financée par des cotisations salariales (au détriment de l'employeur et de l'employé avec une participation de 0,4 % chacun !).</p> <p>09.06.2015 CE : rejet de l'initiative (33 voix contre 11) 16.12.2015 Débat au Conseil national</p>

09.528 Pa.Iv. Ruth Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Einführung des Monismus)

Ausgangslage

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

Begründung

Es ist unbestritten, dass grundlegende Fehlanreize in unserem System auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Spitalbereiches zurückzuführen sind. Dieser Fehlanreiz im KVG muss beseitigt werden. Damit die Kantone aber den Einfluss und die Kontrolle über die öffentlichen Gelder behalten, kann ein Modell des Monismus so ausgestaltet werden, dass die Kantone ihre Mittel gezielt und kontrolliert einsetzen, z. B. für die Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für die Prämienverbilligung sowie für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Risikoausgleich könnte mit Steuermitteln statt mit einer Prämienumverteilung unter den Versicherern finanziert werden.

Empfehlung von senesuisse: Verlängerung der Behandlungsfrist

Fehlanreize in unserem System, die auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs zurückzuführen sind, müssen beseitigt werden. Nur durch eine Vereinfachung und Gleichstellung der Finanzierung verliert das Gesundheitswesen nicht unnötige Ressourcen.

Im Jahr 2011 Zustimmung der beiden Ratskommissionen

18.12.2015 Beratung im Nationalrat

09.528 Iv.pa. Ruth Humbel : Financement moniste des prestations de soins

Situation initiale

Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants :

1. Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie.
2. La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé.
3. Toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie.

Développement

Il est incontestable que des incitations pernicieuses au cœur de notre système doivent être attribuées au financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. Ce défaut doit être pallié à l'occasion d'une prochaine réforme de la LAMal. Pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste peut être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée, en les affectant par exemple au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, à la réduction des primes de l'assurance-maladie ainsi qu'aux prestations de santé publique et d'intérêt général. La compensation des risques pourrait être financée par des ressources fiscales plutôt que par la répartition des primes entre les assureurs.

Recommandation senesuisse : Prolongation du délai de

Il est primordial d'éliminer les incitations pernicieuses existant au cœur même de notre système par le biais du financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. La simplification et l'égalité de financement permettent d'éviter une dilapidation des ressources.

En 2011, les deux Commissions ont décidé de donner suite à l'initiative

18.12.2015 Débat au Conseil national

Ständerat	Conseil des États
<p>15.020 Revision KVG: Steuerung des ambulanten Bereichs</p>	<p>15.020 Révision LAMal : Pilotage du domaine ambulatoire</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Die Kantone sollen die Möglichkeit erhalten, das ambulante Angebot an Arztleistungen dauerhaft zu steuern und so eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu erreichen. Der Bundesrat schlägt dazu eine Lösung vor, mit der die Kantone – unter Einbezug der interessierten Kreise – bei einer Überversorgung die Zulassung von Leistungserbringern beschränken und bei einer Unterversorgung Fördermassnahmen treffen können. Der Bundesrat hat die Vorlage zuhanden des Parlaments verabschiedet; sie soll die bisherige bis Mitte 2016 befristete Regelung ablösen.</p> <p>Die Kommission nahm einen Antrag mit 14 zu 2 Stimmen an, der anstelle der neuen Vorschläge des Bundesrates die Überführung der geltenden, bis zum 30. Juni 2016 befristeten Regelung ins definitive Recht verlangt. Als Voraussetzung für die Zulassung von Ärzten soll damit weiterhin gelten, dass diese mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Die so modifizierte Vorlage wurde in der Gesamtabstimmung mit 17 zu 6 Stimmen angenommen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Die Vorlage ist akzeptabel</p> <p>Als Arbeitgeberverband in Gesundheitswesen propagieren wir weitgehend freien Markt und wehren uns gegen staatliche Eingriffe. Weil es sich bei der Beschränkung von Zulassungen um den stärksten Eingriff in die Freiheit von selbständigen Medizinern handelt, ist dieser nur im Notfall angezeigt. Nun soll statt einem schweizweiten Zulassungsstopp wenigstens nur eine Regulierungskompetenz der Kantone bestehen. Aber Achtung: Es gibt genügend Beispiele (gerade im Gesundheitswesen!), dass staatliche Steuerung auch auf dieser Ebene kaum funktioniert. So hat bereits unter dem alten Regime des Zulassungsstopps die Mengenausweitung bei den Spezialärzten die weitaus höchste Steigerung der Gesundheitskosten bewirkt und wird dies auch mit dem neuen System weitergehen.</p> <p>07.09.2015 NR: Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates 30.11.2015 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>Les cantons doivent avoir la possibilité de piloter l'offre de soins ambulatoires de façon durable, afin d'atteindre un approvisionnement en soins de grande qualité pour leur population. Le conseil fédéral propose que les cantons puissent, en impliquant les milieux concernés, limiter l'admission de fournisseurs de prestations en cas d'offre excédentaire et prendre des mesures d'encouragement si l'offre est insuffisante. Il a approuvé une réglementation ad hoc, qu'il a transmise au Parlement et qui doit remplacer le régime actuellement en vigueur, applicable jusqu'à la fin du premier semestre 2016.</p> <p>La commission a approuvé, par 14 voix contre 2, une proposition visant à ce que la réglementation en vigueur, dont la validité est limitée au 30 juin 2016, soit adoptée de manière définitive en lieu et place des nouvelles propositions du Conseil fédéral. Pour être admis, les médecins devraient donc toujours avoir exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu. Le projet modifié en ce sens a été approuvé au vote sur l'ensemble par 17 voix contre 6.</p> <p>Recommandation de senesuisse : la proposition est admissible</p> <p>En tant qu'association professionnelle du domaine de la santé, nous soutenons l'idée d'un marché libre et nous nous opposons à des interventions de l'État. Comme il s'agit ici d'une très grande ingérence dans la sphère des médecins indépendants, une limitation des admissions ne doit être appliquée qu'en cas d'urgence. A la place d'un refus sur le plan national d'une autorisation de pratiquer, une régulation cantonale est maintenant proposée. Mais attention, il y a suffisamment d'exemples (précisément dans le secteur de la santé) qui démontrent que le pilotage par l'Etat présente des lacunes. Ainsi sous l'ex-régime du gel des admissions, les coûts de la santé ont explosé chez les médecins spécialistes et ceci continuerait en grande partie avec le nouveau système.</p> <p>07.09.2015 CN : Décision modifiant le projet du Conseil fédéral 30.11.2015 Débat au Conseil des États</p>

<p>13.300 Kt.Iv. Jura: Für eine soziale Einheitskrankenkasse</p> <p>15.308 Kt.Iv. Genf: Änderung des KVG</p>	<p>13.300 Iv.ct. Jura : Pour une caisse-maladie unique et sociale</p> <p>15.308 Iv.ct. Genève : Modifier la LAMal</p>
<p>13.300 Text der Standesinitiative JU</p> <p>Die Bundesversammlung wird ersucht, die Kantone zur Einrichtung einer Einheitskrankenkasse zu ermächtigen und ihnen dabei die Einführung einer gerechten und sozialen Finanzierung zu ermöglichen, welche vor allem die Familien begünstigt.</p> <p>15.308 Text der Standesinitiative GE</p> <p>Der Grosse Rat des Kantons Genf fordert die Bundesversammlung auf, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) so zu ändern, dass jeder Kanton für sich oder gemeinsam mit anderen Kantonen eine Einheitskrankenkasse einführen darf.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Volksabstimmung vom 28. September 2014 hat gezeigt, dass der Kanton Genf wie andere Westschweizer Kantone die Schaffung einer Einheitskasse befürwortet. Die mangelnde Transparenz der Krankenkassen sowie deren „Jagd nach guten Risiken“ und selektive Auswahl von Versicherten sind inakzeptabel.</p> <p>Deshalb ist das Krankenversicherungsgesetz zu revidieren. Die Kantone sollten die Möglichkeit haben, für sich eine – nicht zwingend öffentliche – Einheitskasse zu schaffen.</p> <p>Empfehlung der SGK: Ablehnung der Standesinitiativen</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Standesinitiativen</p> <p>Als Vertreter der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeheime setzt sich <i>senesuisse</i> stets für gesunde Konkurrenz und eine Minimierung der staatlichen Eingriffe ein. Im Bereich der Krankenkassen besteht ein gesunder Wettbewerb und wurde nun mit dem verfeinerten Risikoausgleich auch von falschen Anreizen befreit. Wir wehren uns gegen eine Verstaatlichung dieses qualitativ und ausgeglichen funktionierenden Systems. Die Kantone könnten bereits mit der heutigen Gesetzeslage eine eigene Kasse gründen – was sie ohne Anschlusspflicht offensichtlich scheuen (mangels Konkurrenzfähigkeit?).</p> <p>10.12.2015 Beratung im Ständerat</p>	<p>13.300 Texte déposé par le Canton de Jura</p> <p>L'Assemblée fédérale est invitée à autoriser les cantons à instaurer une caisse-maladie unique et à leur donner la possibilité d'introduire un financement équitable et social favorisant notamment les familles.</p> <p>15.308 Texte déposé par le Canton de Genève</p> <p>Le Grand Conseil de la République et Canton de Genève demande à l'Assemblée fédérale de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), afin d'autoriser les cantons à instaurer une caisse-maladie unique sur leur territoire, séparément ou en commun avec d'autres cantons.</p> <p>Développement</p> <p>La votation du 28 septembre 2014 a démontré que le canton de Genève, comme d'autres cantons romands, était favorable à la création d'une caisse-maladie unique. Le manque de transparence dont les différentes caisses font preuve, ainsi que « la chasse aux bons risques » et la sélection des assurés à laquelle elles se livrent ne sont pas admissibles.</p> <p>Pour cette raison, il est essentiel que la législation fédérale soit modifiée et qu'elle laisse aux cantons la possibilité d'instaurer une caisse unique, pas nécessairement publique, sur leur territoire.</p> <p>Proposition de la CSSS : Rejet des initiatives cantonales</p> <p>Recommandation de senesuisse : Rejet des initiatives cantonales</p> <p>En tant que représentant d'EMS non subventionnés, <i>senesuisse</i> s'engage en permanence pour une concurrence saine et pour une minimisation de l'ingérence du législateur. Une telle compétitivité se constate positivement dans le secteur des caisses-maladie et de fausses incitations ont été éliminées par une compensation plus affinée des risques. Nous sommes contre l'étatisation de ce système de qualité abordable qui fonctionne bien. Dans le cadre de la loi en vigueur, rien ne s'oppose à ce que les cantons créent leur propre caisse-maladie – ce qu'ils redoutent apparemment sans obligation de raccordement.</p> <p>10.12.2015 Débat au Conseil des États</p>

<p>15.306 Kt.Iv. Genf: Trennung von Grund- und Privatversicherung im KVG</p>	<p>15.306 Iv.ct. Genève : Pour la séparation de la pratique de l'assurance de base des assurances privées (modification LAMal)</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Die Bundesversammlung wird aufgefordert, im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vorzusehen, dass die Sozialversicherer weder Zusatzversicherungen noch sonstige Formen der Privatversicherung (wie etwa Lebens- oder Haftpflichtversicherungen) anbieten dürfen.</p> <p>Begründung</p> <p>Anlass für die Standesinitiative sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Volks-Nein vom 28. September 2014 zur Einheitskassen-Initiative; - die laufende Finma-Untersuchung der Groupe Mutuel Assurances; - die gleichzeitige Verwaltung der Bereiche Grund- und Privatversicherung durch die Krankenversicherungen; - die offiziell zugelassenen Synergien zwischen den beiden Versicherungsarten. <p>Empfehlung der SGK: Ablehnung der Standesinitiative</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Standesinitiative</p> <p>Eine strikte juristische Trennung soll das Verbot der Quersubventionierung von Grund- zu Zusatzversicherungen und anderen Versicherungen besser durchsetzbar machen. Dabei krankt unser Gesundheitswesen genau an dieser staatlichen „Interventionitis“: Anstatt den Wettbewerb nur in nötigen Bereichen zu steuern, werden unzählige Vorschriften und Verbote statuiert, welche anschliessend mit teurem Administrativaufwand zu dokumentieren und kontrollieren sind.</p> <p>Die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung bewirkt vor allem einen unnötigen Kostenanstieg, weil die Administration doppelt geführt werden muss. Heute haben 70-90 Prozent der Versicherten ihre Grund- und Zusatzversicherung bei demselben Anbieter abgeschlossen, beziehen also gerne einen umfassenden und abgestimmten Service aus einer Hand. Es besteht schlicht kein Handlungsbedarf.</p> <p>10.12.2015 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Grand Conseil du canton de Genève demande à l'Assemblée fédérale de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie et de prévoir d'interdire aux assureurs sociaux de pratiquer l'assurance complémentaire ou toute autre forme d'assurance privée (assurance-vie, RC et autres).</p> <p>Développement</p> <p>le Grand Conseil du canton de Genève adresse la présente demande à l'Assemblée fédérale, considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le résultat de la votation du 28 septembre 2014 sur la caisse publique ; - l'enquête en cours de la FINMA concernant Groupe Mutuel Assurances ; - la gestion commune des deux entités – base et privée – par les assurances-maladie ; - l'existence avouée et admise d'une synergie entre les deux types d'assurance. <p>Proposition de la CSSS : Rejet de l'initiative cantonale</p> <p>Recommandation de senesuisse : Rejet de l'initiative cantonale</p> <p>Une séparation juridique stricte doit faciliter l'interdiction des subventions croisées des assurances de base aux assurances complémentaires. Mais là où le bât blesse dans le secteur de la santé publique, c'est précisément « l'interventionnisme » de l'État : au lieu de régler la compétitivité uniquement dans les domaines où ce serait nécessaire, il édicte d'innombrables prescriptions et interdictions, les documente avant qu'elles ne soient contrôlées ce qui engendre un déploiement de coûts administratifs exorbitants.</p> <p>La séparation de l'assurance de base de l'assurance complémentaire a pour effet une augmentation inutile de coûts parce que l'administration se fait à double. Aujourd'hui 70 à 90 % des assurés ont le même prestataire pour l'assurance de base et l'assurance complémentaire ; ils bénéficient donc d'un service global et clair à la source. Il n'y a là aucune raison d'intervenir.</p> <p>10.12.2015 Débat au Conseil des États</p>

13.3213 Motion der Fraktion CE des Nationalrats: Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen	13.3213 Motion Groupe CE (du CN) : Même financement pour les prestations en milieu hospitalier et les prestations ambulatoires
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Änderung des KVG zu unterbreiten, die für Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden.</p> <p>Begründung</p> <p>Durch den medizintechnischen Fortschritt können immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden, welche früher stationär gemacht werden mussten. Die volkswirtschaftlich sinnvolle Entwicklung bewirkt Kostenverschiebungen hin zur obligatorischen Krankenversicherung, weil diese im ambulanten Bereich alleiniger Kostenträger ist, während im stationären Bereich eine duale Finanzierung zwischen Kantonen und Versicherern gilt.</p> <p>Um die Anreize richtig zu setzen, sind auch spitalambulante Leistungen (Nutzen der Spitalinfrastruktur wie OP und Anästhesie) nach gleicher Tarifstruktur (DRG ohne Übernachtungspauschalen) abzugelten sowie zwischen Versicherern und Kantonen nach gleichem Kostenschlüssel zu finanzieren wie stationäre Leistungen. Dabei ist eine für die Kantone kostenneutrale Lösung zu prüfen. Eine duale Finanzierung aller Spitalleistungen ist eine erforderliche Massnahme, um falsche Finanzierungsanreize zu eliminieren und weil ein monistisches Finanzierungssystem im Moment nicht mehrheitsfähig zu sein scheint.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Verlängerung der Behandlungsfrist</p> <p>Die unterschiedliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen führt zu wirtschaftlich begründeten Entscheidungen, und nicht zur besten Lösung für die Patienten. Zudem führen sie zu Fehlanreizen, welche Eingriffe wie vorgenommen werden sollen. Ausserdem bewirkt das System mit mehreren Zahlern und Kontrolleuren unnötig viel Administrativaufwand. Auch bei Pflegeheimen und der Spitex könnte man problemlos auf die aufwändige und unnötige Mitfinanzierung durch Versicherer verzichten – was anderswo (z. B. bei der Spitalfinanzierung) kompensiert werden kann.</p> <p>09.09.2014 NR: Annahme (mit 92 zu 37 Stimmen und 45 Enthaltungen) 02.03.2015 SR: Verlängerung der Behandlungsfrist 17.12.2015 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le CF est chargé de soumettre au Parlement une modification de la LAMal afin que les prestations dispensées en milieu hospitalier et les prestations dispensées par les hôpitaux en ambulatoire bénéficient du même financement.</p> <p>Développement</p> <p>Grâce aux progrès de la médecine, de plus en plus de prestations peuvent être dispensées en ambulatoire et ne requièrent plus d'hospitalisation. Justifiée d'un point de vue économique, cette évolution conduit néanmoins à transférer des coûts à l'assurance obligatoire des soins : l'assurance-maladie assume en effet seule les coûts dans le domaine ambulatoire, alors que ceux-ci sont partagés entre les cantons et les assureurs dans le domaine hospitalier.</p> <p>Pour donner de bonnes incitations, les prestations dispensées par les hôpitaux en ambulatoire (utilisation de l'infrastructure pour opérations et anesthésies) doivent être facturées selon le même tarif (forfait par cas sans nuitée) que les prestations en milieu hospitalier et doivent être financées par les cantons et les assureurs selon la même clé de répartition. On s'efforcera de trouver une solution qui n'entraîne pas de dépenses supplémentaires pour les cantons. Un système de financement par un seul agent payeur (« moniste ») ne semblant pas avoir une majorité, il est nécessaire de prévoir un financement dual de l'ensemble des prestations hospitalières pour supprimer les mauvaises incitations.</p> <p>Recommandation de senesuisse : Prolongation du délai de traitement</p> <p>Le mode de financement différencié pour les prestations stationnaires et ambulatoires entraîne des décisions d'aspect économique qui ne sont pas forcément optimales pour le patient. En outre, elles sont cause d'incitations négatives avec impact sur le mode d'intervention. A ceci s'ajoute que le système avec plusieurs payeurs et contrôleurs est source de dépenses administratives inutiles. Dans les EMS et pour soins à domicile on pourrait sans problème renoncer à ce financement dispendieux et inutile par les assureurs – ce qui peut être compensé autre part (p. ex. financement hospitalier).</p> <p>09.09.2014 CN : Adoption (avec 92 contre 37 voix et 45 abstentions) 02.03.2015 CE : suspendre le traitement 17.12.2015 Débat au Conseil des États</p>