

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Herbstsession 2016

Session d'automne 2016

12. – 30. September 2016

12 – 30 septembre 2016

Beide Räte: Seite 3

Les deux Conseils : Page 3

Nationalrat: Seiten 4-8

Conseil national : Pages 4-8

Ständerat: Seiten 9-13

Conseil des États : Pages 9-13

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
Nationalrat und Ständerat:	Conseil national et Conseil des États :
15.077 Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe Seite 3	15.077 Loi sur les professions de la santé page 3
Nationalrat:	Conseil national :
14.315 Standesinitiative Kanton Tessin: Anpassung der EL-Beiträge für die Krankenversicherung Seite 4	14.315 Initiative cantonale Tessin : Adaptation des montants PC pour les primes d'assurance-maladie page 4
16.3352 Postulat SGK-NR: Gleichmässige Finanzierung der Pflegekostensteigerung durch alle Kostenträger Seite 5	16.3352 Postulat CSSS-CN : Financement à parts égales de l'augmentation des coûts de soins par les payeurs page 5
14.317 Standesinitiative Kanton Thurgau: Ergänzung von Artikel 25a KVG betreffend die Pflegefinanzierung Seite 6	14.317 Initiative cantonale Thurgovie : Modification de l'article 25a LAMal en relation avec le financement des soins page 6
14.088 Reform „Altersvorsorge 2020“ Seite 7	14.088 Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 » page 7
Ständerat:	Conseil des États :
16.3494 Motion SR Mauri Pasquier: Prämien für die OKP; höchstens 10 Prozent des Haushaltsbudgets Seite 9	16.3494 Motion CE Mauri Pasquier : Primes pour l'assurance maladie ; pas plus que 10 % du budget du ménage page 9
14.417 Parlamentarische Initiative SR Egerszegi-Obrist: Nachbesserung der Pflegefinanzierung Seite 10	14.417 Initiative parlementaire CE Egerszegi-Obrist : Amender le régime de financement des soins page 10
15.4157 Motion NR Bischofberger: Franchisen der OKP der Kostenentwicklung anpassen Seite 11	15.4157 Motion CN Bischofberger : Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts d'Assurance obligatoire page 11
16.3487 Motion SR Kuprecht: Einführung der Vertragsfreiheit bei Labortarifen Seite 12	16.3487 Motion CE Kuprecht : Tarifs des analyses de laboratoire ; introduire la liberté de contracter page 12
16.3623 Motion SGK-SR: Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone Seite 13	16.3623 Motion CSSS-CE : Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons page 13

Nationalrat und Ständerat

Conseil national et Conseil des États

15.077 Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe

15.077 Loi sur les professions de la santé

Ausgangslage

Das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) soll einen wichtigen Beitrag zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung leisten. Es legt gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Bachelor-Ausbildungen in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Optometrie, Hebammengeburtshilfe sowie Ernährung und Diätetik - und für die Osteopathie auch auf Masterstufe fest. Weiter regelt es die Ausübung der entsprechenden Berufe in eigener fachlicher Verantwortung. Dazu gehören eine Berufsausübungsbewilligung und einheitliche Berufspflichten im privaten wie auch im öffentlichen Sektor.

Die Vorlage sieht ein aktives Register vor, welches die Ausbildungsabschlüsse der Gesundheitsfachleute und Angaben über die Bewilligung umfasst. Es gewährleistet damit den Vollzug des GesBG über die Kantonsgrenzen hinweg, erhöht die Transparenz für die Bevölkerung und erleichtert den Kantonen die Aufsicht über die Gesundheitsfachpersonen.

Antrag der Kommission: Annahme gemäss Nationalrat, mit 1 Ergänzung

Die WBK-SR schwenkt bei den verbliebenen Differenzen vollumfänglich auf die Linie des Nationalrats ein. Zusätzlich stellt sie einstimmig den Antrag, bis zu 8 Mio. Franken für das Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ einzusetzen (dies aber haushaltsneutral).

Empfehlung von senesuisse: Der Kommission (WBK-SR) folgen

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz soll durch mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal erfolgen. Hierzu benötigt es genügend Fachkräfte, welche als tertiär Ausgebildete in vielen Fällen auch einige teure Aufgaben der Ärzte übernehmen könnten. Deshalb sind Anstrengungen in der Förderung der Interprofessionalität und gewisse Berufsregelungen nötig.

02.03.2016 SR: Annahme des Entwurfs (ohne Opposition)

7./9.06.2016 Annahme in beiden Räten, mit Differenzen

14.09.2016 Beratung im Ständerat (Differenzen)

19.09.2016 Beratung im Nationalrat (Differenzen)

Situation initiale

La loi (LPSan) doit contribuer de façon déterminante à garantir des soins de qualité. Elle fixe, au niveau national, des exigences uniformes pour le bachelors de sage-femme, en soins infirmiers, en physiothérapie, en ergothérapie, en optométrie, en nutrition et diététique et en ostéopathie, et pour le master en ostéopathie. Elle règle en outre l'exercice de ces professions sous la propre responsabilité professionnelle de la personne concernée, dont l'autorisation de pratiquer et les devoirs professionnels tant dans le secteur privé que public.

Le projet de loi prévoit la création d'un registre actif qui doit contenir les diplômes de fin d'études mais aussi des indications sur les autorisations de pratiquer et les mesures disciplinaires éventuellement prononcées à leur encontre. Cet outil permettra ainsi de garantir que la LPSan sera appliquée au niveau national, augmentera la transparence pour la population et déchargera les cantons de la surveillance des professionnels de la santé.

Proposition de la Commission : Adoption selon CN, avec une modification

La Commission suit en tout point la ligne du Conseil national pour ce qui est des différences restantes. De plus, elle demande à l'unanimité d'engager jusqu'à 8 millions de francs pour le programme d'encouragement « interprofessionalité dans le domaine de la santé » (mais ceci sous forme de neutralité budgétaire).

Recommandation de senesuisse : Adopter selon Commission CSEC-E

Pour garantir des soins de qualité en Suisse, il faut pouvoir compter sur du personnel qualifié, c'est-à-dire assez de personnel avec formation tertiaire qui, dans certains cas, pourrait se charger de tâches onéreuses accomplies par des médecins. Pour cela, il faut encourager l'interprofessionalité et introduire certaines réglementations professionnelles.

02.03.2016 CE : Adoption du projet (sans opposition)

07/09.06.2016 Adoption dans les deux Conseils, avec différences

14.09.2016 Débat au Conseil des États (différences)

19.09.2016 Débat au Conseil national (différences)

Nationalrat	Conseil national
<p>14.315 St.Iv. Tessin: Anpassung der EL-Beiträge für die Krankenversicherung</p>	<p>14.315 Iv. Cant. Tessin : Adaptation des montants PC pour les primes d'assurance-maladie</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen ist wie folgt zu ändern: <i>Art. 21a Auszahlung der Prämie für die Krankenpflegeversicherung</i> <i>1 Die jährliche Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist in Abweichung von Art. 20 ATSG direkt dem Krankenversicherer auszuführen.</i> <i>2 Ist die effektive Krankenpflegeversicherungsprämie tiefer als die Pauschalprämie, so entspricht der ausbezahlte Betrag der effektiven Prämie. Ist die effektive Krankenpflegeversicherungsprämie der Bezügerin oder des Bezügers von AHV/IV-Ergänzungsleistungen höher als die Pauschalprämie, so entspricht der ausbezahlte Betrag der Pauschalprämie.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Das neue Bundesrecht ist schwer nachvollziehbar und bringt die Finanzen der Kantone zusätzlich unter Druck. Die effektive Versicherungsprämie vieler Bezüger von Ergänzungsleistungen zur AHV und IV ist tiefer als die Pauschalprämie. Die Kantone können allerdings nicht eigenständig entscheiden, sondern müssen wegen des Vorrangs des Bundesrechts auch gegen ihren Willen die Pauschale zahlen. Wie zahlreiche andere Kantone bekämpfte der Kanton Tessin die von den eidgenössischen Räten beschlossene Änderung vehement und möchte sie nun rückgängig machen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Standesinitiative</p> <p>Die Ergänzungsleistungen (EL) beruhen auf dem Prinzip, dass bedürftigen Personen die Differenz zwischen ihrem Einkommen und den tatsächlichen Lebenshaltungskosten vergütet wird. Entsprechend sind Pauschalen fremd, aber Maximalbeiträge üblich (bei den Mietkosten und dem Heimaufenthalt). Es macht keinen Sinn, den Krankenversicherern mehr zu bezahlen als die tatsächliche Prämie, unsorgfältiger Umgang mit Steuergeld ist zu stoppen.</p> <p>08.09.2015 SR: Ablehnung des Entwurfs (weil in EL-Revision geplant)</p> <p>14.09.2016 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>La loi sur les prestations complémentaires doit être modifiée comme suit : <i>Art. 21a Versement de la prime de l'assurance-maladie</i> <i>1 En dérogation à l'article 20 LPG, la prime annuelle de l'assurance obligatoire des soins est versée directement à l'assureur-maladie.</i> <i>2 Si la prime effectivement due par le bénéficiaire de prestations complémentaires est inférieure à la prime forfaitaire, le montant versé à l'assureur-maladie correspond à la prime effectivement due. Si la prime effectivement due est supérieure à la prime forfaitaire, le montant versé à l'assureur-maladie correspond à la prime forfaitaire.</i></p> <p>Développement</p> <p>À cause d'une disposition fédérale insensée, les cantons voient leurs finances mises sous pression. Souvent, les primes effectives d'assurance-maladie facturées aux bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont inférieures à la prime forfaitaire. Jusqu'à cette année, le canton du Tessin versait directement à la caisse-maladie le montant de la prime effective lorsque celle-ci était plus basse que la prime forfaitaire ; a contrario, il ne lui versait que l'équivalent de la prime forfaitaire si la prime effective était plus élevée. Toutefois, cette règle de bon sens ne peut désormais plus être appliquée.</p> <p>Recommandation de senesuisse : Adoption de l'initiative cantonale</p> <p>Les prestations complémentaires (PC) sont basées sur le principe que la différence entre les revenus des personnes économiquement faibles et les coûts effectifs de la vie soit créditée. Les forfaits sont donc inconnus, mais les montants maximaux usuels (ex. pour les loyers et le séjour en home). Cela n'a guère de sens de payer aux assureurs-maladie plus que la prime due. Il faut mettre fin à ce comportement laxiste avec les fonds publics.</p> <p>08.09.2015 CE : Rejet du projet (se trouvant dans la révision actuelle)</p> <p>14.09.2016 Débat au Conseil national</p>

16.3352 Postulat SGK-NR: Gleichmässige Finanzierung der Pflegekostensteigerung durch alle Kostenträger

Forderung

Der Bundesrat wird beauftragt aufzuzeigen, wie die Kostensteigerung der Pflegeleistungen durch alle Kostenträger - Krankenversicherer, öffentliche Hand und Private – gleichermaßen mitfinanziert werden und die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen, welche in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden, regelmässig der Teuerung angepasst werden könnten.

Stellungnahme des Bundesrates: Ablehnung des Postulates

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung trat auf Anfang 2011 in Kraft. Ein Ziel dieser Neuordnung war die Begrenzung der Belastung von Prämienzahlern und Pflegebedürftigen. Im Rahmen der laufenden Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung wird untersucht, inwiefern diese Ziele erreicht wurden, und welche weiteren beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen die Neuordnung zur Folge hatte. Die Evaluation wird zeigen, ob Anpassungsbedarf besteht; vorherige Änderungen sind nicht sinnvoll. Die Resultate der Evaluation sollten spätestens Ende 2017 vorliegen.

Im Rahmen der parlamentarischen Debatten zur neuen Pflegefinanzierung wurde eine regelmässige zweijährliche Anpassung der OKP-Beiträge vom Parlament zwar diskutiert, aber letztlich abgelehnt. Im aktuellen gesetzlichen Rahmen hat der Bundesrat die Kompetenz, die Beiträge für die einzelnen Pflegebedarfsstufen anzupassen. Derzeit ist die Überprüfung der Beiträge bezüglich Einhaltung der Kostenneutralität zum Zeitpunkt der Einführung im Gange. Danach kann der Bundesrat weitere Anpassungen vornehmen.

Empfehlung senesuisse: Annahme des Kommissionspostulates

Seit 2011 sind die Beiträge der Patienten und der Krankenkassen an die Pflegeleistungen der Spitex und Pflegeheime gleich geblieben. Nahezu die volle Kostensteigerung (mehr Pflegebedürftigkeit und höhere Löhne) muss deshalb von Kantonen/Gemeinden getragen werden. Die öffentliche Hand leidet unter enormen Kostensteigerungen. Durch zunehmende Weigerung der Zahlung dieser gesetzlich geschuldeten Kosten geraten die Patienten und Leistungserbringer immer mehr unter Druck. Es muss deshalb dringend aufgezeigt werden, welche besseren Lösungen möglich wären.

19.09.2016 Beratung im Nationalrat

16.3352 Postulat CSSS-CN : Financement à parts égales de l'augmentation des coûts de soins par tous les agents payeurs

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de montrer comment l'augmentation des coûts des prestations de soins peut être financée à parts égales par tous les agents-payeurs – assureurs-maladie, pouvoirs publics et assurés. Il devra également indiquer comment les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux prestations de soins fournies avec la qualité nécessaire et de manière efficace et avantageuse peuvent régulièrement être adaptées au renchérissement.

Avis du Conseil fédéral : Rejeter le postulat

Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur au début 2011. Il a notamment pour objectif de limiter la charge financière des assurés et des personnes nécessitant des soins. L'évaluation actuellement en cours sert à déterminer dans quelle mesure ces objectifs ont pu être atteints et quels autres effets, prévus et imprévus, en découlent. Elle devra également indiquer si des adaptations sont nécessaires ; des modifications préalables ne sont pas pertinentes. Les résultats de l'évaluation devraient être connus à la fin 2017.

Au cours des débats parlementaires sur le nouveau régime de financement des soins, une adaptation bisannuelle des contributions de l'AOS a certes été discutée, mais elle a finalement été rejetée. Dans le cadre législatif actuel, le Conseil fédéral est compétent en matière d'adaptation des contributions fixées pour les niveaux de soins requis. La vérification des contributions eu égard à la phase de neutralité des coûts au moment de l'entrée en vigueur du nouveau régime est actuellement en cours. Le Conseil fédéral pourra ensuite procéder à d'autres adaptations.

Recommandation senesuisse : Adoption du postulat de la Commission

Depuis 2011, les contributions des patients et des caisses-maladie aux prestations de soins de spitex et des EMS n'ont pas augmenté. Presque toute l'augmentation (augmentation des personnes ayant besoin de soins ainsi que des salaires plus élevés) est donc à la charge des cantons/communes. Les pouvoirs publics souffrent énormément de l'augmentation des coûts. A cause de leur refus croissant de prendre en charge ces coûts dus de par la loi, les patients et prestataires sont de plus en plus sous pression. Il faut donc trouver rapidement une meilleure solution.

19.09.2016 Débat au Conseil national

14.317 Standesinitiative Kanton Thurgau: Ergänzung von Artikel 25a KVG betreffend die Pflegefinanzierung	14.317 Initiative cantonale Thurgovie : Modification de l'article 25a LAMal en relation avec le financement des soins
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bund wird aufgefordert, Artikel 25a KVG wie folgt zu ergänzen:</p> <p>Abs. 5: Die einzelnen Kantone können bestimmen, dass sie an pflegebedürftige Personen mit hohem Vermögen und/oder hohem Einkommen keine oder reduzierte Leistungen der Restfinanzierung ausschütten. Die Kantone regeln die Einzelheiten.</p> <p>Abs. 6: Der höchste vom Bundesrat festgesetzte Pflegebeitrag (Abs. 5) wird regelmässig den effektiven Pflegekosten angepasst.</p> <p>Begründung</p> <p>1. Im Bundesgesetz KVG wurden die "Pflegeleistungen bei Krankheit" so formuliert, dass die Pflegefinanzierung nach dem Giesskannenprinzip funktioniert: Jede Person hat Anrecht auf diese Restfinanzierung durch die öffentliche Hand. Bei wohlhabenden Personen sichert die Restfinanzierung somit das Erbe anstelle der Pflegekosten. Das soll mit dieser Standesinitiative geändert werden.</p> <p>2. Der "höchste vom Bundesrat festgesetzte Pflegebeitrag" (Art. 25a Abs. 5) wurde seit 2011 noch nie an die effektiven Pflegekosten angepasst. Da er den Referenzwert sowohl für die Pflegebeiträge der Sozialversicherungen als auch für diejenigen der versicherten Person darstellt und gegenwärtig hinter den steigenden effektiven Pflegekosten zurückbleibt, erhöht sich durch diesen Rückstand der Anteil der Restfinanzierung an der gesamten Pflegefinanzierung: Die öffentliche Hand zahlt überproportional mehr.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Standesinitiative</p> <p>Das Anliegen zur Anpassung der Beiträge (Abs. 6) ist sehr wohl berechtigt. Weil die Steigerung der Pflegekosten auch von den Versicherern mitzutragen ist, hat <i>senesuisse</i> mit der IG Pflegefinanzierung eine Verbesserung bei der SGK verlangt und beantragt die Annahme des Postulats 16.3352. Die öffentliche Hand muss aber ihren Beitrag an die Pflegekosten (Abs. 5) auch bei Spitex und Heimen erbringen – wohlhabende Personen zahlen über die Steuern ja ohnehin einen überproportionalen Beitrag daran.</p> <p>16.06.2015 SR: Ablehnung (einstimmig)</p> <p>19.09.2016 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>La Confédération est chargée de modifier l'article 25a LAMal comme suit :</p> <p>Al. 5 : Chaque canton peut décider de réduire les contributions qu'il verse au titre du financement résiduel lorsque les personnes nécessitant des soins possèdent une fortune importante et/ou ont un revenu élevé, voire de ne pas en verser du tout. Les cantons règlent les détails.</p> <p>Al. 6 : La contribution maximale fixée par le Conseil fédéral au sens de l'alinéa 5 est adaptée régulièrement aux coûts effectifs des soins.</p> <p>Développement</p> <p>1. Le financement des « Soins en cas de maladie » est régi par la LAMal, de telle sorte que le financement des soins suit le principe de l'arrosoir : chacun a droit au financement résiduel. Pour les personnes aisées, le financement résiduel assure ainsi l'héritage au lieu de prendre en charge les coûts des soins. La présente initiative a pour but de remédier à cette situation.</p> <p>2. La « contribution maximale fixée par le Conseil fédéral » (art. 25a al. 5) n'a encore jamais été adaptée aux coûts effectifs des soins. Elle représente la valeur de référence tant pour les contributions des assurances sociales que pour les assurés concernés. Toutefois, elle ne correspond actuellement pas aux coûts effectifs des soins, qui ne cessent d'augmenter, de sorte que la proportion du financement résiduel par rapport au financement global des soins augmente. Ainsi, plus l'écart se creuse, plus les pouvoirs publics voient leur participation s'accroître de manière excessive.</p> <p>Recommandation senesuisse : Rejet de cette initiative cantonale</p> <p>Certes, la demande d'adaptation des contributions (al. 6) est justifiée. Comme les assurés et les patients doivent aussi supporter l'augmentation des coûts des soins, <i>senesuisse</i> demande conjointement avec la CI financement des soins une amélioration consécutive à la CSSS et soutient le postulat 16.3552. Les pouvoirs publics doivent aussi contribuer aux coûts des soins (al. 5) prodigués par spitex et les EMS – les personnes aisées paient déjà un montant surproportionné par le biais des impôts.</p> <p>16.06.2015 CE : Rejet du projet (à l'unanimité)</p> <p>19.09.2016 Débat au Conseil national</p>

14.088 Reform „Altersvorsorge 2020“

Ausgangslage

Die Reform Altersvorsorge 2020 enthält die folgenden Kernelemente:

- Gleiches Referenzalter für Frauen und Männer bei 65.
- Flexible und individuelle Gestaltung der Pensionierung: Der Zeitpunkt der Pensionierung kann zwischen 62 und 70 Jahren frei gewählt werden. Dabei können die ganzen Renten oder nur Teile davon bezogen werden, was eine gleitende Pensionierung erlaubt.
- Anpassung des Mindestumwandlungssatzes in der obligatorischen beruflichen Vorsorge an die Entwicklung der Lebenserwartung und der Kapitalrenditen: Der Mindestumwandlungssatz wird innerhalb einer Frist von vier Jahren jedes Jahr um 0,2 Prozentpunkte gesenkt, bis er den Satz von 6,0 Prozent erreicht.
- Erhaltung des Leistungsniveaus der beruflichen Vorsorge: Der Koordinationsabzug wird abgeschafft, und die Altersgutschriften werden so angepasst, dass die Renten der obligatorischen beruflichen Vorsorge trotz der Anpassung des Mindestumwandlungssatzes nicht sinken. Zudem werden die Altersgutschriften für Versicherte nach 45 nicht mehr erhöht, um ihre Stellung auf dem Arbeitsmarkt zu stärken.
- Bessere Überschussverteilung, Aufsicht und Transparenz im Geschäft mit der 2. Säule: Die Mindestquote wird von 90 auf 92 Prozent erhöht: Mindestens 92 Prozent des Ertrags aus dem Geschäft mit der 2. Säule gehören den Versicherten.
- Zielgerichtete Leistungen für Hinterlassene: Witwenrenten der AHV werden nur noch jenen Frauen ausgerichtet, die beim Tod des Mannes waisenrentenberechtigte oder pflegebedürftige Kinder haben. Die AHV-Rente für Witwen und Witwer wird von 80 auf 60 % der entsprechenden Altersrente reduziert, gleichzeitig wird die Waisenrente von 40 auf 50 % erhöht.
- Gleichbehandlung von Selbständigerwerbenden und Arbeitnehmenden in der AHV: Für alle gelten die gleichen Beitragssätze. Die degressive Beitragsskala für Selbständigerwerbende wird abgeschafft.
- Zusatzfinanzierung für die AHV: Eine proportionale Erhöhung der Mehrwertsteuer um höchstens 1,5 Prozentpunkte liefert die zusätzlich benötigten Mittel zur Finanzierung der AHV. Bei Inkrafttreten der Reform wird die Mehrwertsteuer um 1 Prozentpunkt erhöht, der zweite Erhöhungsschritt erfolgt dann, wenn es die Finanzen der AHV erfordern.

14.088 Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 »

Situation initiale

La réforme Prévoyance vieillesse 2020 prévoit principalement les mesures suivantes :

- Harmonisation de l'âge de référence de la retraite fixé à 65 ans.
- Aménagement souple et individuel du passage à la retraite : les assurés pourront choisir librement le moment de leur départ à la retraite entre 62 et 70 ans. Ils auront le choix entre une rente entière ou partielle, ce qui permettra un passage à la retraite progressif.
- Adaptation du taux de conversion minimal dans la prévoyance professionnelle obligatoire à l'évolution de l'espérance de vie et des rendements du capital : le taux de conversion minimal sera abaissé de 0,2 point par année sur une période de quatre ans pour être ramené à 6,0 %.
- Maintien du niveau des prestations dans la prévoyance professionnelle : la déduction de coordination sera supprimée et les bonifications de vieillesse seront adaptées de sorte que les rentes de la prévoyance professionnelle obligatoire ne diminueront pas malgré l'adaptation du taux de conversion. Le taux des bonifications de vieillesse sera le même pour les assurés de 45 ans et plus, afin de renforcer leur position sur le marché du travail.
- Amélioration de la répartition des excédents, de la surveillance et de la transparence dans les affaires relevant du 2^e pilier : la quote-part minimale sera portée de 90 à 92 %. Autrement dit, au moins 92 % des excédents produits par les affaires relevant du 2^e pilier seront versés aux assurés.
- Adaptation des prestations de survivants : les rentes de veuve de l'AVS seront versées uniquement aux femmes qui, au moment du décès de leur mari, ont encore des enfants donnant droit à une rente d'orphelin ou nécessitant des soins. Les rentes de veuf et de veuve de l'AVS seront ramenées de 80 à 60 % de la rente de vieillesse, alors que les rentes d'orphelin augmenteront, passant de 40 à 50 % de la rente de vieillesse.
- Egalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS : les indépendants paieront désormais leurs cotisations au même taux que les salariés. Le barème dégressif applicable aux indépendants sera supprimé.
- Financement additionnel en faveur de l'AVS : un relèvement proportionnel de la TVA de 1,5 point au maximum permettra de couvrir le manque de financement de l'AVS. Au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, la TVA sera majorée d'un point ; le deuxième relèvement interviendra lorsque la situation financière de l'AVS l'exigera.

- Besserer Zugang zur 2. Säule: Die Eintrittsschwelle der obligatorischen beruflichen Vorsorge wird von heute gut 21'000 auf 14'000 Franken gesenkt. Damit werden Personen mit kleinen Löhnen oder mehreren kleinen Arbeitspensen besser geschützt.
- Liquiditätsschutz für die AHV: Wenn sich abzeichnet, dass der Stand des AHV-Ausgleichsfonds unter 70 Prozent einer Jahresausgabe fallen wird, muss der Bundesrat Gegenmassnahmen vorschlagen. Für den Fall, dass der AHV-Ausgleichsfonds tatsächlich unter 70 Prozent einer Jahresausgabe sinkt, werden vordefinierte Massnahmen ausgelöst.

Stellungnahme der Kommission (SGK-NR)

Gegenüber dem Entscheid des Ständerats empfiehlt die SGK-N namentlich folgende Änderungen:

- Sie unterstützt den vom Bundesrat vorgeschlagenen Um- und Abbau der Witwen- und Waisenrenten (Einsparungen von 340 Mio. Franken).
- Keine Erhöhung der Neurenten um 70 Franken und des Plafonds für die so genannte Ehepaarrente von 150 auf 155 Prozent.
- Keine Privilegierung der selbständig Erwerbstätigen gegenüber den angestellten Arbeitnehmenden (Einsparungen von 330 Mio. Franken).
- Für die Finanzierung der Demografie schlägt der Bundesrat 1,5 Mehrwertsteuerprozent vor, der Ständerat 1 %. Die NR-Kommission beschränkt sich auf vorerst 0.6 %, mit gestaffelter Einführung.
- Verfassungsartikel für einen zweistufigen Interventionsmechanismus: Sinkt der AHV-Fonds unter den Stand einer Jahresausgabe, soll der Bundesrat dem Parlament umgehend eine Sanierungsvorlage unterbreiten (erste Phase: politisch). Gelingt die Sanierung auf dem politischen Weg nicht, soll eine automatische Stabilisierungsregel wirksam werden, um die Fähigkeit der AHV aufrechtzuerhalten, volle Renten auszuzahlen (zweite Phase: Automatismus).

Empfehlung von senesuisse: Annahme nach Empfehlungen SGK-NR

Die vom Ständerat verabschiedete Vorlage ist ein fauler Kompromiss auf Kosten der jüngeren und künftigen Generationen. Der Verzicht auf den Um- und Abbau der Witwen- und Waisenrenten verhindert die nachhaltige Sanierung der AHV, welche dafür über Zusatzeinnahmen aufgebläht würde. Besonders stossend ist aber die Einführung von zusätzlichen Lohnabzügen auf Kosten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern! Bereits heute ist die erwerbstätige Bevölkerung im „Generationenvertrag“ übermässig belastet und würden die Betriebe unter der zusätzlichen Last an Wettbewerbsfähigkeit einbüßen.

Ab 26.09.2016 Beratung im Nationalrat

- Amélioration de l'accès au 2^e pilier : le seuil d'accès à la prévoyance professionnelle obligatoire, aujourd'hui fixé à environ 21'000 francs, sera abaissé à environ 14'000 francs. Les personnes à faible revenu ou ayant plusieurs emplois à temps partiel accèderont à une meilleure protection.
- Garantie de liquidités suffisantes pour l'AVS : Si le niveau du Fonds de compensation de l'AVS menace de descendre au-dessous de 70 % des dépenses annuelles de l'assurance, le Conseil fédéral devra proposer des mesures de stabilisation. S'il passe effectivement sous ce seuil de 70 %, les mesures proposées devront être appliquées.

Avis de la Commission (CSSS-CN)

La Commission propose les adaptations suivantes :

- Elle soutient la modification du Conseil fédéral de supprimer sous quelques conditions les rentes de veuve/veuf et des rentes d'orphelin (réalisation des économies à hauteur de 340 millions de francs).
- Pas d'augmentation de 70 francs pour toutes les nouvelles rentes et du plafond applicable à la rente de couple de 150 % à 155 %.
- Personnes avec activité lucrative indépendante ne seront plus privilégiés par rapport aux employés (économies de 330 millions de francs).
- Le CF propose d'affecter 1,5 % de TVA au financement des coûts liés aux changements démographiques, le DE 1 %. La commission du CN propose de n'y affecter que 0,6 % de TVA pour le moment.
- Article constitutionnel visant à doter l'AVS d'un mécanisme d'intervention en deux étapes : si le fonds AVS tombe au-dessous du montant des dépenses annuelles, le Conseil fédéral doit immédiatement soumettre au Parlement un projet d'assainissement (première étape : politique). Si les finances ne peuvent pas être assainies par ce moyen, une mesure de stabilisation est automatiquement déclenchée afin de maintenir la capacité de l'AVS à verser des rentes entières (deuxième étape : automatisme).

Recommandation senesuisse : adopter selon la Commission du CN

Les modifications proposées par le Conseil des Etats sont un compromis véreux au détriment des jeunes et des générations futures. Renoncer à la modification et à la suppression des rentes de veuve ou de veuf et des rentes d'orphelin empêche un assainissement durable de l'AVS qui par contre, est gonflée par des recettes supplémentaires. Il est inadmissible que l'introduction de déductions salariales supplémentaires se fasse au détriment des employeurs et des employés. Aujourd'hui, la population active est déjà lourdement chargée dans « le contrat des générations » et les exploitations perdraient en compétitivité à cause de charges supplémentaires.

Dès 26.09.2016 Débat au Conseil national

Ständerat	Conseil des États
<p>16.3494 Motion SR Mauri Pasquier: Prämien für die Krankenkasse; höchstens 10 % des Haushaltsbudgets</p>	<p>16.3494 Motion CE Mauri Pasquier : Primes pour l'assurance maladie ; pas plus que 10 % du budget du ménage</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass kein Haushalt mehr als 10 % seines Bruttoeinkommens für Prämien der obligatorischen Krankenversicherung aufwenden muss. Dabei gewährleistet er, dass die Änderung keine negativen Auswirkungen auf die Situation der Haushalte haben, die bereits heute in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Krankenkassenprämien sind seit Einführung des KVG massiv angestiegen und belasten die Haushaltsbudgets sehr stark. Familien und Einzelpersonen wenden gemäss Berichten des Bundesamtes für Gesundheit bis über 20 Prozent ihres Haushalteinkommens für die Prämien der OKV auf. Die dämpfende Prämienverbilligung wird in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich gehandhabt und die zur Verfügung stehenden Mittel in vielen Kantonen der Sparschere zum Opfer fallen. Um dem Willen des Gesetzgebers nach einer sozialen Finanzierung der Grundversicherung Rechnung zu tragen, braucht es deshalb klarere nationale Mindestanforderungen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Motion</p> <p>Die infolge demografischer Alterung stattfindende Kostensteigerung wird nicht über die Versicherungsprämie, sondern mit Steuergeldern bezahlt. Im Gegenzug hat die zunehmend ambulante Spitalversorgung eine Erhöhung der Prämien zur Folge. Die Zahlungsflüsse sind intransparent und die vielen Kostenträger führen zu Fehlanreizen und Administrativaufwand. Statt reiner Kosmetik ist eine langfristige Lösung anzustreben: Die Vereinfachung der Finanzierung mit monistischem Modell, mit anschliessender Diskussion zur Aufteilung der Kosten auf die verschiedenen Träger (Krankenversicherung, Patient, Steuerzahler).</p> <p>14.09.2016 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), et si nécessaire d'autres bases légales, de manière à ce que les ménages ne doivent pas dépenser plus de 10 pour cent de leur revenu pour les primes de l'assurance obligatoire des soins. Il veillera à ce que les modifications législatives proposées n'aient pas de conséquences négatives pour la situation des ménages qui bénéficient actuellement de réductions de primes.</p> <p>Développement</p> <p>Depuis l'introduction de la LAMal, les primes ont augmenté massivement et pèsent très lourdement sur le budget des ménages. Selon les rapports de l'OFSP, les familles et les personnes seules peuvent verser plus de 20 % de leur revenu pour les primes de l'AOS. Parallèlement, les cantons ont des pratiques très différentes en matière de réduction des primes, les montants qui sont affectés à la réduction des primes sont la cible des coupes budgétaires. Pour respecter la volonté du législateur d'instaurer un financement social de l'assurance de base, il faut que des exigences minimales claires soient définies pour l'ensemble de la Suisse. Celles-ci devront plafonner la charge financière pesant sur les assurés, tout particulièrement pour les moyens revenus.</p> <p>Recommandation de senesuisse : Rejeter la motion</p> <p>A cause du vieillissement démographique, l'augmentation des coûts n'est pas payée avec les primes d'assurance, mais avec des recettes fiscales. Par contre, l'augmentation des soins ambulatoires en milieu hospitalier entraîne une augmentation des primes. Les flux de paiement ne sont pas transparents et la surabondance tiers-payant mènent à de fausses incitations et à une augmentation des frais de gestion. Au lieu de faire du rapiécage, il faut arriver à une solution à long terme : simplifier le financement avec le modèle moniste, puis ouvrir la discussion sur la répartition des coûts entre les différents acteurs (assurance-maladie, patient, contribuable).</p> <p>14.09.2016 Débat au Conseil des États</p>

<p>14.417 Parlamentarische Initiative SR Egerszegi: Nachbesserung der Pflegefinanzierung</p>	<p>14.417 Initiative Parlementaire CE Egerszegi : Amender le régime de financement des soins</p>
<p>Entwurf der Gesetzesänderung Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert: <i>Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz 5</i> <i>„ ... Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“</i></p> <p>Bericht der Kommission (SGK-SR) Mit 10 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen verabschiedete die Kommission den von ihr erarbeiteten Entwurf. Mit der vorgeschlagenen Änderung des KVG sollen die bisher kantonal unterschiedlichen Regeln wie folgt vereinheitlicht werden: Der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz hat, muss auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen, wenn diese Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Mit dieser Lösung, die sich am Modell der Ergänzungsleistungen orientiert und bereits von einer knappen Mehrheit der Kantone praktiziert wird, will die Kommission Rechtssicherheit schaffen und eine kantonsübergreifende Pflegeheimplanung erleichtern.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Ergänzung des Textes Damit das Ziel der Initiative (Sicherstellung der Pflegekosten) erreicht werden kann, ist folgende Ergänzung nötig: „Die Kantone anerkennen gegenseitig die festgelegten Beiträge der Restfinanzierung.“ Wenn diese Ergänzung nicht aufgenommen wird, bleibt das bestehende Problem ungelöst: Ein Eintritt ins Pflegeheim eines anderen Kantons oder die Pflege durch eine Spitex aus einem anderen (evtl. näheren) Kanton ist für Personen ohne genügendes Einkommen/Vermögen nicht gewährleistet. Namentlich ist die Niederlassungsfreiheit nicht gewährleistet: Der Umzug ins Pflegeheim eines anderen Kantons wird von diesem abgelehnt werden müssen, weil keine ausreichende Finanzierung garantiert ist.</p> <p>21.09.2016 Beratung im Ständerat</p>	<p>Projet modification de la Loi La loi fédérale sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit : <i>Art. 25a, al. 5, 3e et 4e phrases 5</i> <i>« ... Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence. »</i></p> <p>Avis de la Commission (CSSS-CE) Par 10 voix contre 0 et 3 abstentions, la commission a adopté le projet qu'elle a élaboré. Elle propose de modifier la LAMal de sorte que les règles en la matière, définies jusqu'alors par les cantons, soient uniformisées. L'idée est que le canton dans lequel est domiciliée une personne qui se rend dans un autre canton pour séjourner dans un établissement médico-social ou recevoir des soins ambulatoires doit assumer le financement résiduel des soins. Avec cette solution, qui s'inspire du modèle en vigueur dans le domaine des prestations complémentaires et qui est déjà appliqué par une courte majorité des cantons, la commission entend garantir la sécurité juridique et simplifier la planification supra-cantonale des EMS.</p> <p>Recommandation de senesuisse : compléter le texte Afin que le but de l'initiative « Garantir le financement des soins » puisse être atteint, le texte doit être complété comme suit : « Les cantons reconnaissent les contributions fixées du de tous les autres cantons. » Si cet ajout n'est pas accepté, le problème actuel n'est pas résolu : entrer en EMS dans un autre canton ou bénéficier de soins par les soins à domicile d'un autre canton (év. plus proche) n'est pas garanti pour les personnes sans revenus/fortune suffisants. Notamment, la liberté d'établissement n'est pas garantie : l'EMS d'un autre canton est obligé de refuser l'entrée dans son établissement par manque de garantie financière.</p> <p>21.09.2016 Débat au Conseil des États</p>

15.4157 Motion NR Bischofberger: Franchisen der obligatorischen Krankenversicherung der Kostenentwicklung anpassen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Bestimmungen im KVG so anzupassen, dass insbesondere die tiefste Franchise ("Standardfranchise"), aber auch die bestehenden Franchisen regelmässig der Kostenentwicklung der sozialen Krankenversicherung (OKP) angepasst wird.

Begründung

Mit über 4 Prozent pro Jahr ist das Kostenwachstum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im langjährigen Durchschnitt übermässig hoch. Seit 1996 haben sich die Nettoprämien mehr als verdoppelt. Löhne und Renten vermögen diesem Kostenanstieg nicht zu folgen. Entsprechend angestiegen ist die Belastung der Prämienzahler. Vor allem der Mittelstand ohne Prämienverbilligung oder Ergänzungsleistungen leidet unter der Entwicklung. Wie die Finanzierung der OKP langfristig gesichert werden kann, ist heute ganz und gar nicht klar. Mit der demographischen Alterung, Stichwort Langzeitpflege, und der personalisierten Medizin kommen bereits neue finanzielle Herausforderungen auf die Krankenversicherung zu.

Das bestehende Kostenwachstum der OKP wird nun auch dadurch verschärft, dass der Arzt zu häufig wegen Bagatellen aufgesucht wird und unnötige Mehrfachuntersuchungen kaum hinterfragt werden. Auf diese Weise werden insbesondere bei der "Standardfranchise" von 300 Schweizer Franken Leistungen zu Lasten der solidarisch finanzierten Versicherung beansprucht, die häufig unnötig sind oder die zumindest selbst getragen werden könnten. Um die Krankenversicherung bezahlbar zu halten, muss die Eigenverantwortung sukzessive gestärkt werden. Ein moderates Zeichen in diese Richtung ist die regelmässige Anpassung der Mindestfranchise an die Kostenentwicklung der OKP.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Wenn bei der obligatorischen Krankenversicherung Änderungen ins Auge gefasst werden, müssten diese nicht in Richtung „Abschaffung von Wahlfranchisen“, und „weniger Rabatte“ sondern wenschon hin zu „mehr Eigenverantwortung“ zielen. Wie bei den anderen Sozialversicherungen ist auch bei der Krankenversicherung eine Anpassung an die Entwicklung der Kosten korrekt und zu unterstützen.

21.09.2016 Beratung im Ständerat

15.4157 Motion CN Bischofberger : Assurance obligatoire des soins – adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie de manière à ce que le montant des franchises, en particulier celui de la franchise la plus basse (« franchise standard »), soit régulièrement adapté à l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Développement

Les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins affichent une hausse excessive : celle-ci s'élève à plus de 4 % par an en moyenne pluriannuelle. Depuis 1996, les primes nettes ont ainsi plus que doublé. Les salaires et les rentes ne sauraient suivre le même rythme, si bien que la charge pesant sur les assurés s'est alourdie. C'est principalement la classe moyenne qui en souffre, parce qu'elle n'a pas droit aux réductions de primes ou aux prestations complémentaires. Nul ne sait aujourd'hui comment garantir le financement de l'assurance obligatoire à long terme. Le vieillissement démographique, qui implique des soins de longue durée, et l'émergence de la médecine personnalisée posent de nouveaux défis financiers à l'assurance.

Les assurés consultent par ailleurs trop souvent le médecin pour des bagatelles et la répétition inutile d'examen n'est que rarement remise en question. Lorsque les assurés ont une franchise standard de 300 francs en particulier, des prestations sont mises à la charge de l'assurance-maladie, qui est financée solidairement par l'ensemble des assurés, alors qu'elles sont souvent inutiles ou qu'elles pourraient au moins être assumées par ceux qui en bénéficient. L'assurance-maladie ne doit pas devenir hors de prix. Le renforcement progressif de la responsabilité individuelle est indispensable à cet effet. Un pas modeste dans cette direction serait d'adapter régulièrement le montant des franchises à l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire.

Recommandation de senesuisse : adopter la motion

Si des modifications étaient envisagées pour l'assurance-maladie obligatoire, elles ne devraient pas cibler une suppression de la « palette des franchises » et « moins de réductions », mais sensibiliser les assurés à l'auto-responsabilité. Comme pour les autres assurances sociales, une adaptation de l'assurance-maladie à l'évolution des coûts, est tout à fait correcte et à soutenir.

21.09.2016 Débat au Conseil des États

**16.3487 Motion SR Kuprecht:
Einführung der Vertragsfreiheit bei
Labortarifen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 52 KVG so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig – analog Tarmed und DRG - durch die Tarifpartner verhandelt werden. Ein Vertragszwang im Laborbereich ist aufzuheben.

Begründung

Das Tarif- und Preisbildungssystem im schweizerischen Gesundheitswesen ist heterogen und unübersichtlich. Während die kostenintensivsten Tarife wie Tarmed und DRG in Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern ermittelt werden, legt der Staat die Arzneimittelpreise auf Gesuch hin in der Spezialitätenliste fest, wobei immerhin noch ein Rechtsmittel möglich ist. Bei der Labormedizin werden Tarife einseitig und ohne Rekursmöglichkeiten in einer Verordnung (Analysenliste) festgelegt, was rechtsstaatlich fragwürdig ist. Ausserdem nehmen Anpassungen der Analysenliste sehr viel Zeit in Anspruch (durchschnittlich 22 Monate), was innovationsfeindlich ist.

Seit vielen Jahren versucht der Verordnungsgeber, die Analysenliste total zu revidieren, definitive Resultate liegen aber bis heute nicht vor. Da auch bei der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) seit Jahren Handlungsbedarf im Sinne einer Totalrevision besteht, könnte die Rechtsnatur beider Tarife zusammen geändert werden.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Aus Sicht von *senesuisse* sind im Bereich der Tarife möglichst einfache und zweckmässige Lösungen zu suchen. Diese werden am besten gefunden, wenn zwischen den Tarifpartnern eine praxisgerechte Vereinbarung zustande kommt. Durch den Wegfall von staatlichen Preisfestlegungen kann nicht nur die politische Komponente aus dieser rein wirtschaftlichen Frage entfernt werden, sondern ist auch ein grosses Einsparpotenzial an Bundesstellen und Administrativaufwand möglich (Beispiel: Tagestaxen für Mittel & Gegenstände in Pflegeheimen ersetzen die aufwändige Einzelerfassung und Verrechnung sämtlicher Pflegematerialien pro betroffenem Patient).

21.09.2016 Beratung im Ständerat

**16.3487 Motion SR Kuprecht :
Tarifs des analyses de laboratoire,
introduire la liberté de contracter**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'art. 52 LAMal de manière à ce que les tarifs des analyses menées par les laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires, comme le système de tarification Tarmed et celui des forfaits par cas. Il abolira par ailleurs l'obligation de contracter dans le domaine des laboratoires.

Développement

Le régime de tarification et de formation des prix du système de santé suisse manque d'homogénéité et de clarté. En effet, tandis que les tarifs les plus coûteux comme Tarmed et les forfaits par cas sont négociés entre les partenaires tarifaires, l'Etat fixe les prix des médicaments sur demande dans la liste des spécialités. Dans le domaine de la médecine de laboratoire, en revanche, les tarifs sont fixés unilatéralement et sans possibilité de recours dans une ordonnance, la liste des analyses. Cette pratique est contestable du point de vue de l'état de droit et les raisons qui la motivent sont floues. Par ailleurs, les modifications prennent beaucoup de temps, en moyenne 22 mois. L'OFSP essaie depuis des années de procéder à une révision totale de la liste des analyses, sans résultats. Etant donné qu'une révision totale de la liste des moyens et appareils est elle aussi nécessaire depuis des années, la nature juridique de ces deux structures tarifaires pourrait être modifiée simultanément.

Recommandation de senesuisse : adopter la motion

Pour *senesuisse*, il faut chercher des solutions simples et adéquates. Elles se trouvent le plus facilement si les partenaires tarifaires négocient une convention conforme à la pratique. Avec la suppression des fixations tarifaires par l'Etat, non seulement la composante politique peut être exclue de cette question purement économique, mais il y a grand potentiel d'économies réalisables en services fédéraux et tâches administratives (p. ex. les taxes journalières pour moyens et appareils dans les EMS remplacent la prise en compte individuelle et le calcul de tout le matériel des soins par patient).

21.09.2016 Débat au Conseil des États

**16.3623 Motion SGK-SR:
Transparenz bei der Spitalfinanzierung
durch die Kantone**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen der laufenden Wirkungsanalyse KVG-Revision Spitalfinanzierung aufzuzeigen, welche Kantone ihre Leistungserbringer in den Jahren 2012 bis 2015 in welchem Ausmass bei Kosten direkt oder indirekt subventioniert haben, die OKP-berechtigt gewesen wären.

Begründung

Der Gesetzgeber wollte mit der neuen Spitalfinanzierung Transparenz herstellen, die Vergleichbarkeit verbessern und einen fairen Wettbewerb unter den Spitälern über die Kantonsgrenzen hinaus ermöglichen. Um beurteilen zu können, ob diese Ziele erreicht werden, muss unter anderem untersucht werden, wie Investitionen und gemeinwirtschaftliche Leistungen in der Praxis finanziert werden.

Im Rahmen der laufenden Evaluation der neuen Spitalfinanzierung hat das Bundesamt für Gesundheit eine Machbarkeitsstudie zu diesem Thema in Auftrag gegeben. Die Studie (Infras, 16. Juni 2016) kommt zum Schluss, dass sich die Transparenz über die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und Investitionen etwas verbessert habe, aber ungenügend bleibe. Die verfügbaren Daten liessen sich weder für einen interkantonalen noch einen intertemporalen Vergleich der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und Investitionen verwenden. Diese Situation ist unbefriedigend, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wettbewerbsverzerrende Subventionen ausgerichtet worden sind.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

In jedem Bereich des Gesundheitswesens ist darauf hinzuwirken, dass keine einseitige Subventionierung für bestimmte Leistungserbringer erfolgt. Dies gilt besonders für die Spitälern, aber auch für Pflegeheime und Spitexbetriebe (wo noch immer vielerorts eine Zusatzfinanzierung mit Steuergeldern für die öffentlichen Leistungserbringer einen ungerechtfertigten Vorteil verschafft).

21.09.2016 Beratung im Ständerat

**16.3623 Motion CSSS-CE :
Transparence du financement hospitalier
assuré par les cantons**

Texte déposé

Dans le cadre de l'analyse sur les effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, le Conseil fédéral est chargé d'indiquer quels cantons ont subventionné, directement ou indirectement et à quelle hauteur, leurs fournisseurs de prestations durant les années 2012 à 2015 pour des coûts qui auraient été pris en charge par l'AOS.

Développement

En introduisant le nouveau régime de financement hospitalier, le législateur entendait créer une certaine transparence, améliorer la comparabilité des prestations et permettre une concurrence équitable entre les hôpitaux au-delà des frontières cantonales. Afin de pouvoir déterminer si ces objectifs ont été atteints, il y a notamment lieu d'examiner comment les prestations d'intérêt général et les investissements sont financés dans la pratique.

Dans le cadre de l'évaluation actuellement réalisée l'OFSP a commandé une étude de faisabilité sur ce thème. Les auteurs de l'étude parviennent à la conclusion que si la transparence sur le financement des prestations d'intérêt général et des investissements s'est quelque peu améliorée, elle reste insuffisante. Ils indiquent en effet que les données disponibles ne peuvent être utilisées ni pour une comparaison inter-cantonale ni pour une comparaison temporelle du financement des prestations d'intérêt général et des investissements. Cette situation n'est pas satisfaisante, car on ne peut exclure que des subventions faussant la concurrence aient été versées dans le cadre du nouveau régime de financement hospitalier.

Recommandation de senesuisse : adopter la motion

Dans le secteur de la santé, il faut s'investir pour qu'il n'y ait pas de subventions accordées unilatéralement à certains prestataires. Ceci vaut en particulier pour les hôpitaux et aussi les EMS et les services spitex (là où avec l'argent des impôts un avantage injustifié est accordé aux prestataires publiques).

21.09.2016 Débat au Conseil des États