

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Wintersession 2016

Session d'hiver 2016

28. November – 16. Dezember 2016

28 novembre – 16 décembre 2016

Nationalrat: Seiten 3-7

Conseil national : Pages 3-7

Ständerat: Seiten 8-10

Conseil des États : Pages 8-10

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Nationalrat:</p> <p>14.417 Parlamentarische Initiative SR Egerszegi-Obrist: Nachbesserung der Pflegefinanzierung → Annahme mit Ergänzung der Kommission Seite 3</p> <p>15.4157 Motion NR Bischofberger: Franchisen der OKP der Kostenentwicklung anpassen Seite 4</p> <p>16.3623 Motion SGK-SR: Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone Seite 5</p> <p>14.448 Parlamentarische Initiative NR Humbel Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege Seite 6</p> <p>15.484 Parlamentarische Initiative Fraktion BDP: Zeitvorsorgesystem als Antwort auf eine der wichtigsten demografischen Herausforderungen Seite 7</p>	<p>Conseil national :</p> <p>14.417 Initiative parlementaire CE Egerszegi-Obrist : Amender le régime de financement des soins → Adoption selon le texte de la Commission page 3</p> <p>15.4157 Motion CN Bischofberger : Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts d'Assurance obligatoire page 4</p> <p>16.3623 Motion CSSS-CE : Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons page 5</p> <p>14.448 Initiative parlementaire CN Humbel : Soins de transition ; adapter les règles de financement à la pratique page 6</p> <p>15.484 Initiative parlementaire Groupe BDP : Le système de prévoyance-temps, une réponse à un défi démographique majeur page 7</p>
<p>Ständerat:</p> <p>11.449 Parl. Initiative NR Joder: Publikation von Erwachsenen- schutzmassnahmen Seite 8</p> <p>14.088 Reform „Altersvorsorge 2020“ → Annahme Kompromissvorschlag von SGV/SBV Seite 9</p> <p>16.3264 Motion SGK-NR: Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen Seite 10</p>	<p>Conseil des États :</p> <p>11.449 Initiative parl. CN Joder : Publication des mesures de protection des adultes page 8</p> <p>14.088 Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 » → Adoption selon proposition compromis USAM/USP page 9</p> <p>16.3264 Motion CSSS-CN : Places de stage dans les cabinets privés et dans les domaines extra cliniques page 10</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>14.417 Parl. Initiative SR Egerszegi: Nachbesserung der Pflegefinanzierung</p>	<p>14.417 Iv. parl. 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> „ ... 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.“</p> <p>Entscheid Ständerat: Einstimmige Annahme des Entwurfs</p> <p>Empfehlung der Kommission (SGK-NR): Annahme mit Ergänzung Die SGK stimmt dem Ständerat zu, dass der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz hat, für die Restkosten der Pflege aufkommen muss. Sie klärt aber auch eine wichtige Lücke: Mit 15 zu 5 Stimmen beantragt sie zusätzlich, der Herkunftskanton müsse die Restkosten nach den Regeln des Standortkantons des Pflegeheims übernehmen. So wird vermieden, dass ungedeckte Kosten verbleiben, welche den Patienten aufgebürdet werden oder gar die Niederlassungsfreiheit einschränken.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme mit Ergänzung der SGK-NR</u> Damit das Ziel der Initiative (Sicherstellung der Pflegekosten) erreicht werden kann, ist die Ergänzung dringend nötig. Ohne sie bliebe das Problem ungelöst: Ein Eintritt ins (evtl. nähere) Pflegeheim eines anderen Kantons ist für Personen ohne genügendes Einkommen/Vermögen nicht gewährleistet. Der Umzug ins Pflegeheim eines anderen Kantons müsste von diesem abgelehnt werden, weil keine ausreichende Finanzierung garantiert ist. Nur mit dem ergänzten Wortlaut gemäss der Kommission ist für alle Pflegebedürftigen die Niederlassungsfreiheit beim Heimeintritt garantiert!</p> <p>21.09.2016 SR : Beschluss gemäss Entwurf der Kommission 08.12.2016 Beratung im Nationalrat</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> « ... 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. »</p> <p>Décision du Conseil aux Etats : Adopté (à l'unanimité)</p> <p>Avis de la Commission (CSSS-NE) : Adoption avec une différence La commission suit le CE et propose que le canton dans lequel est domiciliée une personne qui se rend dans un autre canton pour séjourner dans un EMS ou recevoir des soins ambulatoires doit assumer le financement des soins. Par 15 voix contre 5, elle ajoute, que le canton de provenance est tenu de prendre en charge les coûts résiduels selon les règles du canton où se situe l'EMS. Elle entend ainsi éviter que des frais non couverts ne soient reportés sur les patients (ce qui pourra même limiter la liberté d'établissement !).</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter le texte selon CSSS-CE</u> Afin que le but de l'initiative « Garantir le financement des soins » puisse être atteint, le texte doit être complété selon la Commission. Si cet ajout n'est pas inclus, le problème n'est pas résolu : entrer en EMS (év. plus proche) dans un autre canton n'est pas garanti pour les personnes sans revenus/fortune suffisants. L'EMS d'un autre canton est obligé de refuser l'entrée dans son établissement par manque de garantie financière. Selon la commission, la liberté d'établissement pour toute personne ayant besoin de soins qui entre dans un EMS n'est garantie qu'avec le paragraphe complété.</p> <p>21.09.2016 CE : Décision conforme au projet de la Commission 08.12.2016 Débat au Conseil national</p>

<p>15.4157 Motion NR Bischofberger: Franchisen der obligatorischen Krankenversicherung der Kostenentwicklung anpassen</p>	<p>15.4157 Motion CN Bischofberger : Assurance obligatoire des soins – adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>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.</p> <p>Begründung</p> <p>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. Mit der demographischen Alterung und der personalisierten Medizin kommen bereits neue finanzielle Herausforderungen auf die Krankenversicherung zu.</p> <p>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.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion</p> <p>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.</p> <p>21.09.2016 SR: Annahme mit 31 zu 12 Stimmen 08.12.2016 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>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.</p> <p>Développement</p> <p>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. 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.</p> <p>Les assurés consultent par ailleurs trop souvent le médecin pour des bagatelles et la répétition inutile d'examens 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.</p> <p>Recommandation de senesuisse : adopter la motion</p> <p>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.</p> <p>21.09.2016 CE : Adoption avec 31 voix contre 12 08.12.2016 Débat au Conseil national</p>

**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 SR: Annahme mit 31 zu 2 Stimmen

08.12.2016 Beratung im Nationalrat

**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 de soins à domicile (là où avec l'argent des impôts un avantage injustifié est accordé aux prestataires publiques).

21.09.2016 CE : Adoption avec 31 voix contre 2

08.12.2016 Débat au Conseil national

<p>14.448 Parlamentarische Initiative NR Humbel: Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege</p>	<p>14.448 Initiative parlementaire CN Humbel : Soins de transition. Adapter les règles de financement à la pratique</p>
<p><i>Eingereichter Text</i> Artikel 25a Absatz 2 KVG ist so zu präzisieren, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich (Pflege, Betreuung, Behandlung/ Therapie sowie Hotellerie) nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden. Zudem ist die Zeitdauer von zwei Wochen zu überprüfen.</p> <p><i>Begründung</i> Bei den Leistungen der Akut- und Übergangspflege handelt es sich um Pflegeleistungen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind. Der Gesetzgeber wollte, dass diese Leistungen während einer befristeten Zeit vollständig von Krankenversicherungen und Kantonen übernommen werden, und zwar nach dem gleichen Schlüssel wie die Spitalleistungen. In der Praxis werden aber heute nur die Pflegekosten nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt. Die Hotelleriekosten hingegen gehen ganz zulasten der Patienten. Auf diese Weise funktioniert die Übergangspflege nicht. Entweder werden die Patienten zu lange im Akutspital hospitalisiert oder sie werden zu früh entlassen. Die gesetzlichen Grundlagen sind daher zu präzisieren. Zudem erweist sich die heute geltende Dauer von 14 Tagen als zu kurz. Wie eine Erhebung des nationalen Spitalverbandes H+ bei seinen Mitgliedern zeigt, beansprucht die notwendige Übergangspflege im Durchschnitt 21 Tage, weshalb die Dauer von 14 Tagen zu überprüfen ist.</p> <p><i>Empfehlung von senesuisse: <u>Der Initiative ist Folge zu geben</u></i> Die Übergangspflege ist ein äusserst sinnvolles Konstrukt: Sie ermöglicht nach dem frühzeitigen Spitalaustritt eine kurze Übergangsphase, um dann wieder selbständig Zuhause leben zu können. Nur leider hat das System zwei gravierende Mängel. Einerseits ist die Dauer von 2 Wochen gerade für ältere Menschen viel zu kurz, um die Selbständigkeit im Alltag wieder zu Erlangen. Andererseits erschweren die nicht bezahlten Aufenthaltskosten (Hotellerie und Betreuung) einen sinnvollen Aufenthalt im Pflegeheim. Diese zwei Punkte müssen korrigiert werden, damit diese Zwischenlösung ihre wichtige Bedeutung erhält und man nicht unnötig lange im Akutspital bleiben muss.</p> <p>13.11.2015 SGK-NR: Zustimmung mit 17 zu 3 Stimmen 21.03.2016 SGK-SR: Keine Zustimmung</p>	<p><i>Texte déposé</i> L'article 25a alinéa 2 de la LAMal est précisé de manière à ce que l'ensemble des soins aigus et des soins de transition (soins, assistance médicale, traitement/thérapie, hébergement) soient rémunérés conformément à la réglementation du financement hospitalier. La durée maximale de deux semaines pendant laquelle ces soins sont rémunérés sera par ailleurs réexaminée.</p> <p><i>Développement</i> Les soins aigus et les soins de transition sont des prestations qui sont nécessaires après un séjour à l'hôpital. Le législateur a souhaité qu'ils soient totalement remboursés par l'assurance-maladie et les cantons pendant une durée limitée, selon la même clé de financement que pour les prestations hospitalières. Aujourd'hui, cependant, seuls les coûts des soins sont répartis selon la réglementation du financement hospitalier : les coûts d'hébergement sont entièrement à la charge du patient, ce qui empêche les soins de transition de fonctionner correctement, car soit les patients sont hospitalisés trop longtemps en soins aigus, soit ils quittent l'hôpital trop tôt. Il faut donc préciser les bases légales. Par ailleurs, la durée maximale de quatorze jours pendant laquelle les soins sont pris en charge s'est avérée trop courte : comme le montre une enquête menée par l'association nationale des hôpitaux H+, les soins de transition durent en moyenne 21 jours. Il faut donc revoir cette durée.</p> <p><i>Recommandation senesuisse : <u>Donner suite à l'initiative</u></i> Les soins de transition sont un modèle très probant qui offre une courte phase transitoire au patient qui quitte l'hôpital très tôt pour pouvoir retourner vivre chez lui de façon autonome. Malheureusement ce système présente deux graves lacunes : d'une part, une durée de deux semaines est bien trop courte pour les personnes âgées pour retrouver leur autonomie dans l'accomplissement des activités quotidiennes ; d'autre part, les coûts de séjour (hotellerie et encadrement) sont à la charge du patient et rendent difficile un séjour dans un EMS. Ces deux points doivent être revus pour que cette solution intermédiaire soit efficace et que le patient n'est pas à rester dans un hôpital pour soins aigus sans nécessité.</p> <p>13.11.2015 CE : Donner suite avec 17 voix contre 3 21.03.2016 CE : Rejet de l'initiative</p>

<p>15.484 Pa. Iv. Fraktion BDP: Zeitvorsorgesystem als Antwort auf eine der wichtigsten demografischen Herausforderungen</p>	<p>15.484 Initiative parlementaire Groupe BDP : Le système de prévoyance-temps, une réponse à un défi démographique majeur</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Die Sozialziele im 3. Kapitel der Bundesverfassung werden mit folgender Bestimmung ergänzt: "Bund und Kantone schaffen die Möglichkeit einer allgemeinen Dienstleistung, welche mit Guthaben für den Bezug von Dienstleistungen abgegolten wird."</p> <p>Begründung</p> <p>Die Schweiz belegt erfreulicherweise einen Spitzenplatz in Bezug auf die Lebenserwartung. Immer mehr Menschen erfreuen sich im fortgeschrittenen Alter einer guten Gesundheit, bleiben aktiv und möchten möglichst lange nach ihren Bedürfnissen wohnen und mobil bleiben. Zur künftigen demografischen Herausforderung gehört deshalb auch die Frage, wie und durch wen die Betreuungsbedürfnisse der älteren Generation abgedeckt werden.</p> <p>Die BDP-Fraktion schlägt dazu eine Lösung vor, welche die verschiedenen Generationen in ihren verschiedenen Lebenszyklen miteinbezieht. Als Basis dazu dient ein Zeitvorsorgesystem, welches die Leistungserbringer mit Zeitgutschriften honoriert, die sie später für ihre eigenen Betreuungsbedürfnisse einlösen können. Das System schafft Anreize für zeitlich limitierte oder regelmässige Engagements zugunsten der Allgemeinheit. Gleichzeitig wird den Leistungsbezügern eine möglichst lange Erfüllung der individuellen Wohn- und Mobilitätsbedürfnisse ermöglicht. Gesellschaftlich entstehen wertvolle soziale Netzwerke und Begegnungen. Und im Gesamtsystem kann ein massiver Anstieg der Betreuungskosten verhindert werden.</p> <p>Hierzu sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Organisation, Administration, Leistungskatalog usw. zu definieren. Dabei ist dem Grundsatz der Subsidiarität Rechnung zu tragen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Zustimmung zur Initiative</p> <p>Zwar kann das System der Zeitvorsorge nicht alle Probleme der demografischen Alterung lösen. Es kann aber positive Anreize zur Hilfestellung im Alltag setzen und so älteren Menschen ermöglichen, länger selbstbestimmt zu Hause zu leben. Die Betreuungsleistungen der Zeitvorsorge können die Lebensqualität erhöhen, aber auch pflegende und betreuende Angehörige entlasten.</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Les buts sociaux définis au chapitre 3 de la Constitution seront complétés par la disposition suivante : « La Confédération et les cantons créent les conditions de mise en place d'un système de services fournis en échange d'un crédit-temps donnant droit à des prestations. »</p> <p>Développement</p> <p>La Suisse est l'un des pays où l'espérance de vie est la plus élevée, et on ne peut que s'en féliciter. De plus en plus de personnes sont en une bonne santé et restent actives même à un âge avancé, et ces personnes souhaitent pouvoir continuer à se loger et à se déplacer selon leurs besoins. Le vieillissement démographique oblige donc aussi à se demander comment répondre adéquatement aux besoins divers des personnes âgées et qui fournira les services répondant à ces besoins.</p> <p>Le groupe PBD propose un modèle qui intègre les différentes générations dans leur cycle de vie propre. Il s'agit d'un système de prévoyance-temps qui consiste à octroyer aux prestataires un crédit-temps qu'ils pourront échanger ensuite contre des prestations d'aide pour eux-mêmes. Le système crée des incitations pour des engagements réguliers ou de durée limitée au profit de la collectivité. Il permet aux bénéficiaires de pourvoir le plus longtemps possible à leurs besoins de logement et de mobilité individuels et crée un réseau de contacts et d'échanges très utile socialement. Il offre en outre un moyen de contenir l'explosion des frais d'assistance.</p> <p>Il faut créer dans la loi les conditions nécessaires à la mise en place de ce système (organisation, administration, catalogue de prestations), dans le respect du principe de subsidiarité.</p> <p>Recommandation de senesuisse : adopter l'initiative</p> <p>Certes, le système de prévoyance-temps ne peut pas résoudre tous les problèmes du vieillissement démographique. Mais ce peut être une incitation positive qui aide dans les activités quotidiennes et permet à des personnes âgées de vivre plus longtemps dans leurs quatre murs. Les prestations d'encadrement de prévoyance-temps peuvent augmenter la qualité de vie et décharger les proches dans les tâches de soins et d'encadrement.</p>

Ständerat	Conseil des États
11.449 Parl. Initiative NR Joder: Publikation von Erwachsenenschutzmassnahmen	11.449 Initiative parl. CN Joder : Publication des mesures de protection des adultes
<p>Eingereichter Text</p> <p>Das geltende Recht ist wie folgt abzuändern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erwachsenenschutzbehörde wird verpflichtet, das Betreibungsamt am Wohnsitz der betroffenen Person über die Ergreifung oder die Aufhebung von Erwachsenenschutzmassnahmen zu informieren. 2. Die Information über die Erwachsenenschutzmassnahme ist im Betreibungsregister einzutragen und vom Betreibungsamt Dritten bei deren Einholung eines Betreibungsregistrauszuges weiterzugeben. <p>Begründung</p> <p>Ab 2013 werden Erwachsenenschutzmassnahmen nirgends mehr öffentlich gemacht. Die Handlungsfähigkeit hat aber nach wie vor die gleiche Wirkung: Mit Handlungsunfähigen abgeschlossene Verträge sind ex tunc nichtig. Dies bedeutet, dass Dritte (Gewerbe, Privatpersonen, Unternehmungen, usw.) keine Kenntnis mehr von der Massnahme erlangen, aber die Folgen bis hin zum vollständigen Untergang seiner Forderung selber tragen müssen.</p> <p>Allfällige Interessen von Einzelpersonen werden über den Rechtsschutz im alltäglichen Geschäftsverkehr gestellt. Dies gefährdet die Rechtssicherheit. Die Auswirkungen auf die Wirtschaft sind fatal, und das Erfordernis eines Interessennachweises ist im täglichen Geschäftsverkehr kaum praktikabel.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Initiative</p> <p>Der in die Vernehmlassung gegebene Gesetzesentwurf hilft, die viel zu aufwändigen gewordenen Abklärungen für an einem Vertragsschluss interessierte Parteien zu reduzieren. Auch für Leistungen im Gesundheitsbereich müssen Anbieter einfach in Erfahrung bringen können, ob eine Urteilsunfähigkeit vorliegt und/oder ein Vorsorgeauftrag wirksam geworden ist. Letztlich dient es auch den betroffenen Personen und deren Vertreter, wenn die Zuständigkeit für den Abschluss rechtsgültiger Verträge klar ist.</p> <p>31.08.2012 RK-NR: Der Initiative wird Folge gegeben 23.10.2012 RK-SR: Zustimmung 01.12.2016 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Je dépose l'initiative parlementaire suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'autorité de protection des adultes est tenue d'informer l'office des poursuites du domicile de la personne concernée de toute mesure relevant du droit de la protection des adultes qu'elle prend ou qu'elle lève. 2. L'office des poursuites inscrit cette information dans le registre des poursuites et la transmet aux tiers qui demandent un extrait du registre. <p>Développement</p> <p>Dès le 1^{er} janvier 2013, les mesures de protection des adultes ne sont plus publiées. L'incapacité d'exercer les droits civils entraîne cependant toujours les mêmes conséquences : les contrats passés avec des personnes privées de l'exercice de leurs droits civils sont nuls et non avenue. Par conséquent, les tiers (commerçants, particuliers, entreprises, etc.) ne peuvent plus savoir si une personne est soumise à une mesure, mais ils continuent de devoir assumer seuls l'ensemble des conséquences allant jusqu'à l'extinction de la créance.</p> <p>Les éventuels intérêts des particuliers sont ainsi placés au-dessus de la protection des affaires, ce qui met en danger la sécurité du droit. Les conséquences sur l'économie seront désastreuses et la nécessité de prouver un intérêt n'est guère praticable dans la réalité des relations d'affaires.</p> <p>Recommandation de senesuisse : prolongation/adoption de l'initiative</p> <p>Le projet de loi en consultation aide à diminuer les investigations devenues coûteuses pour des parties souhaitant conclure un contrat. Pour des prestations dans le secteur de la santé, les prestataires doivent aussi avoir la possibilité de rechercher s'il y a incapacité de discernement et/ou si un mandat pour cause d'inaptitude est en cours. En fin de compte, cette démarche est aussi utile à la personne concernée et à son représentant légal puisque la compétence pour conclure un contrat valable est claire.</p> <p>31.08.2012 CAJ-CN : Décidé de donner suite à l'initiative 23.10.2012 CAJ-CE : Adhésion 01.12.2016 Débat au Conseil des Etats</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 zwischen 62 und 70 Jahren.
- 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: mit Anpassung des Koordinationsabzugs und der Altersgutschriften.
- Zielgerichtete Leistungen für Hinterlassene: Witve- und Waisenrenten werden auf ein faires Niveau angepasst.
- 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 mit Erhöhung der Mehrwertsteuer.
- Besserer Zugang zur 2. Säule: Die Eintrittsschwelle der obligatorischen beruflichen Vorsorge wird gesenkt.
- 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.

Empfehlung von senesuisse: Annahme nach Empfehlungen SGV/SBV

Weder das von SR noch vom NR verabschiedete Ergebnis überzeugt. Es ist ein fauler Kompromiss auf Kosten der künftigen Generationen, zu bezahlen durch die Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Am ehesten Überzeugt der neue Vorschlag von SGV und SBV, welcher nur die tieferen AHV-Renten erhöhen will und damit den wirklich Bedürftigen hilft. Alternativ wäre auch der „Minderheitsantrag Kuprecht“ ein tauglicher Kompromiss.

16.09.2015 Annahme im Ständerat mit Differenzen
29.09.2016 Annahme im Nationalrat mit Differenzen
13.12.2016 Beratung im Ständerat

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 : choix libre du moment du départ à la retraite entre 62 et 70 ans.
- 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 avec la déduction de coordination et les bonifications de vieillesse.
- Adaptation des prestations de survivants : les rentes de veuve et les rentes d'orphelin seront adaptés à un niveau équilibré.
- 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 par le biais de la TVA.
- Amélioration de l'accès au 2^e pilier : le seuil d'accès à la prévoyance professionnelle obligatoire sera abaissé.
- 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, le CF devra proposer des mesures de stabilisation.

Recommandation senesuisse : adopter selon proposition USAM/USP

Le résultat adopté par le CE et par le CN ne suffit pas à convaincre. Il s'agit d'un compromis véreux au détriment des générations futures qui serait financé par les employeurs et les employés. La proposition la plus plausible est celle de l'USAM/USP qui vise à augmenter uniquement les retraites les plus basses et à aider ainsi les personnes qui sont vraiment dans le besoin. L'alternative pourrait être la proposition minoritaire Kuprecht qui s'avère être un compromis valable.

16.09.2015 Adoption au Conseil national avec divergences
29.09.2016 Adoption au Conseil des Etats avec divergences
13.12.2016 Débat au Conseil des Etats

<p>16.3264 Motion SGK-NR: Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen</p>	<p>16.3264 Motion CSSS-CN : Places de stage dans les cabinets privés et dans les domaines extracliniques</p>
<p>Ausgangslage Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung des KVG dahingehend vorzulegen, dass die Ausbildung für nicht-universitäre Gesundheitsberufe in privaten Praxen und weiteren ausserklinischen Situationen unter analoger Berücksichtigung der Ausbildungsleistungen des Ausbildners im stationären Bereich ermöglicht wird, um der sinkenden Anzahl von Ausbildungsplätzen bei steigendem Personalbedarf entgegenzuwirken. Das kann über die Abrechnung von Leistungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d und e KVG mit Einbezug der praktischen Ausbildungskosten in die Tarifikalkulation geschehen, oder über andere Wege, die ein Anbieten von Praktika in privaten Praxen und anderen ambulanten Leistungserbringern ohne wettbewerbsverzerrende Benachteiligungen gegenüber dem stationären Bereich ermöglichen.</p> <p>Begründung Die geltenden rechtlichen Bestimmungen verunmöglichen es, dass private Praxen und andere ambulante Leistungserbringer Praktika für Studierende in Gesundheitsberufen anbieten. Das Problem stellt sich heute am dringlichsten für die Fachhochschul-Studiengänge Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik, für welche das Potential an Praktikumsplätzen im stationären Bereich abnimmt obwohl der Bedarf an entsprechenden Fachleuten zunimmt.</p> <p>Empfehlung senesuisse: Annahme der Kommissionsmotion Die praktische Ausbildung ist für das Gesundheitspersonal äusserst wichtig, weshalb vor allem im Bereich der FH-Studiengänge geeignete Lehrplätze zusätzlich geschaffen werden müssen. Nur wenn alle Gesundheitspartner dazu beitragen, kann der Mangel an Fachpersonal gemindert werden.</p> <p>07.06.2016 NR: Annahme mit 92 zu 89 Stimmen 13.12.2016 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au parlement une modification de la LAMal de sorte qu'il soit possible de proposer des offres de formation des professions de la santé non universitaires au sein de cabinets privés et dans d'autres situations extra cliniques (sur le modèle du domaine stationnaire). Il s'agit de contrer la diminution des places de formation, considérant que le besoin de personnel augmente. Par exemple, il serait possible de prendre en considération, dans le calcul des tarifs, les prestations des fournisseurs visés à l'article 35, alinéa 2, lettre d et e, LAMal qui sont en formation en tenant compte des coûts de formation pratique ; on pourrait également imaginer d'autres moyens permettant de proposer des stages au sein de cabinets privés et auprès d'autres fournisseurs en ambulatoire, sans que cela provoque une distorsion de la concurrence vis-à-vis du domaine stationnaire.</p> <p>Développement Les dispositions légales en vigueur empêchent les cabinets privés et d'autres fournisseurs de soins ambulatoires de proposer des places de stage aux étudiants dans les professions de la santé. Aujourd'hui, le problème se pose surtout pour les filières des hautes écoles spécialisées pour physiothérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, conseillers en nutrition et diététiciens, pour lesquelles le potentiel de places de stage dans le secteur stationnaire diminue, alors que le besoin en personnel spécialisé augmente.</p> <p>Recommandation senesuisse : Adoption de la motion La formation pratique est primordiale pour le personnel de la santé ; il faut donc créer des places de stage supplémentaires pour les filières des HES. A cet effet, les partenaires de la santé doivent coopérer pour réduire la pénurie latente de personnel qualifié.</p> <p>07.06.2016 CN : Adoption avec 92 voix contre 89 13.12.2016 Débat au Conseil des Etats</p>