

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Frühjahrssession 2017

Session de printemps 2017

27. Februar – 17. März 2017

27 février – 17 mars 2017

Beide Räte : 3

Les deux Conseils : 3

Nationalrat: Seite 4

Conseil national : Page 4

Ständerat: Seiten 5-12

Conseil des États : Pages 5-12

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Nationalrat und Ständerat:</p> <p>14.088 Reform „Altersvorsorge 2020“ → Annahme Kompromissvorschlag SGK-NR Seite 3</p> <p>Nationalrat:</p> <p>16.3909 Postulat SGK-NR: Rechtliche Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitex Seite 4</p> <p>Ständerat:</p> <p>14.417 Parlamentarische Initiative SR Egerszegi-Obrist: Nachbesserung der Pflegefinanzierung → Annahme gemäss Wortlaut des Nationalrats Seite 5</p> <p>12.470 Pa.Iv. Rudolf Joder: Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden Seite 6</p> <p>16.3623 Motion SGK-SR: Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone Seite 7</p> <p>16.3906 Motion SGK-NR: Mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen Seite 8</p> <p>16.3988 Motion Erich Ettlín: Einführung einer Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogener OKP-Leistungen Seite 9</p> <p>16.4086 Motion Josef Dittli: Pflegesparkonto – Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals → Annahme der Motion Seite 10</p> <p>16.4087 Motion Josef Dittli: Stärkung der Ergänzungsleistungen durch klare Zuordnung der Kompetenzen Seite 12</p>	<p>Conseil national et Conseil des États :</p> <p>14.088 Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 » → Adoption selon proposition compromis CSSS-CN page 3</p> <p>Conseil national :</p> <p>16.3909 Postulat CESSS-CN : Egalité juridique entre les organisations d'aide à domicile publiques et privées page 4</p> <p>Conseil des États :</p> <p>14.417 Initiative parlementaire CE Egerszegi-Obrist : Amender le régime de financement des soins → Adoption selon le texte du Conseil national page 5</p> <p>12.470 Iv.pa. Rudolf Joder : Meilleur soutien pour les enfants gravement malades ou lourdement handicapés qui sont soignés à la maison page 6</p> <p>16.3623 Motion CESSS-CE : Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons page 7</p> <p>16.3906 Motion CESSS-CN : Pour une plus grande liberté entrepreneuriale dans le secteur de la santé page 8</p> <p>16.3988 Motion Erich Ettlín : AOS ; introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations à l'étranger page 9</p> <p>16.4086 Motion Josef Dittli : Compte d'épargne pour les soins – baisse des primes d'assurance-maladie et allègement des charges pesant sur le personnel soignant → Adopter la motion page 10</p> <p>16.4087 Motion Josef Dittli : Prestations complémentaires – organiser les compétences pour renforcer le système page 12</p>

Nationalrat und Ständerat	Conseil national et Conseil des États
<p>14.088 Reform „Altersvorsorge 2020“</p>	<p>14.088 Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 »</p>
<p>Ausgangslage Die Reform Altersvorsorge 2020 enthält die folgenden Kernelemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gleiches Referenzalter für Frauen und Männer bei 65. - Flexible Gestaltung der Pensionierung zwischen 62 und 70 Jahren. - Zusatzfinanzierung für die AHV mit Erhöhung der Mehrwertsteuer. - Besserer Zugang zur 2. Säule: Die Eintrittsschwelle der obligatorischen beruflichen Vorsorge wird gesenkt. - Anpassung des Mindestumwandlungssatzes in der obligatorischen beruflichen Vorsorge an die Entwicklung der Lebenserwartung und der Kapitalrenditen, von 6,8 Prozent auf 6 Prozent. - 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. - Liquiditätsschutz für die AHV: Wenn sich abzeichnet, dass der Stand des AHV-Ausgleichsfonds unter eine gewisse Schwelle fallen wird, muss der Bundesrat Gegenmassnahmen vorschlagen. <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme nach Vorschlag SGK-NR</u> Das vom Ständerat zuletzt verabschiedete Ergebnis überzeugt nicht. Er fokussiert einseitig auf zusätzliche Einnahmen – auf Kosten von Arbeitgeber, Arbeitnehmer und künftigen Generationen. Deshalb ist dem Kompromiss der SGK-NR zu folgen: Es soll keine Erhöhung der künftigen AHV-Renten erfolgen, sondern eine Kompensation innerhalb des BVG erfolgen und zudem ein Automatismus zur Erhöhung des Rentenalters eingefügt werden, damit wir in wenigen Jahren nicht schon wieder vor der gleichen Problematik stehen.</p> <p>28.02.2017 Beratung im Nationalrat 07.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale La réforme Prévoyance vieillesse 2020 prévoit les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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 de 6,8 % à 6 %. - Adaptation du taux de conversion minimal dans la prévoyance obligatoire à l'évolution de l'espérance de vie et des rendements du capital. - 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. - 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. <p>Recommandation senesuisse : <u>adopter selon proposition CSSS-CN</u> Le résultat dernièrement adopté par le CE ne suffit pas à convaincre. Il se concentre uniquement sur des recettes supplémentaires – au détriment des employeurs, des employés et des générations futures. Il faut donc adopter le compromis de la C^{SSS}-CN : pas d'augmentation des futures rentes AVS, mais une compensation dans la LPP et une augmentation systématique de l'âge de la retraite pour ne pas être confronté une nouvelle fois à ce problème dans quelques années.</p> <p>28.02.2017 Débat au Conseil national 07.03.2017 Débat au Conseil des Etats</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>16.3909 Postulat SGK-NR: Rechtliche Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitex</p>	<p>16.3909 Postulat CSSS-CN : Egalité juridique entre les organisations d'aide à domicile publiques et privées</p>
<p>Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, inwiefern private und öffentliche Spitex-Organisationen bzw. ihre Kundinnen und Kunden nicht gleichgestellt sind.</p> <p>Wichtig dabei ist aufzuzeigen, wo es Unterschiede in Bezug auf die Gleichbehandlung (in Bezug auf Rechte und Pflichten) gibt. Ebenso soll der Bericht aufzeigen, wie allfällige Unterschiede eliminiert werden können. Dabei ist der Fokus auf die Finanzierung, Mehrwertsteuer, Qualität, Aus- und Weiterbildungsverpflichtung, Anstellungsbedingungen, und Versorgungssicherheit zu legen.</p> <p>Stellungnahme des Bundesrates Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates. Die Reglementierung der Spitex-Organisationen ist eine Aufgabe, die vor allem Sache der Kantone ist. Für allfällige Massnahmen wäre also der Spielraum des Bundes gering; zudem sind die Bundesregulierungen nur in wenigen Punkten differenzierend ausgestaltet. Der Bundesrat würde die in der Verfassung festgelegten Kompetenzen überschreiten, wenn er in diesem Bereich über das bereits bestehende Mass hinaus intervenieren würde. Aus all diesen Gründen ist der Bundesrat der Ansicht, dass ein Bericht zur vom vorliegenden Postulat aufgeworfenen Frage nicht notwendig ist.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme des Postulats Es kann nicht sein, dass wichtige Leistungserbringer im Gesundheitswesen nur wegen ihrer Rechtsform diskriminiert werden. Gerade die privaten Spitex-Organisationen erbringen ihre Leistungen vielfach effizienter und kostengünstiger bei gleicher Qualität und sollten deshalb gleichberechtigt im Markt mitspielen können und damit auch kostendämpfend wirken.</p> <p>13.03.2017 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport montrant dans quelle mesure il existe une inégalité entre les organisations d'aide à domicile privées et leurs homologues publiques ainsi que leurs clients respectifs.</p> <p>Il y aura lieu de mettre en évidence les disparités en matière de droits et d'obligations. En outre, le rapport devra proposer des mesures à même d'éliminer les éventuelles différences, en mettant l'accent sur le financement, la taxe sur la valeur ajoutée, la qualité, les conditions d'engagement, l'obligation de formation et de formation continue du personnel et l'accès aux prestations.</p> <p>Proposition du CF Le Conseil fédéral propose de rejeter ce postulat. La réglementation des organisations de soins et d'aide à domicile est avant tout une tâche incombant aux cantons. La Confédération dispose d'une faible marge de manœuvre pour prendre des mesures. En outre, les réglementations fédérales actuelles ne sont conçues de manière différenciée que pour un nombre restreint de points. Le Conseil fédéral outrepasserait les compétences définies par la Constitution fédérale s'il intervenait, au-delà de ce qui existe déjà, pour ce domaine. Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral est d'avis qu'un rapport sur la question soulevée par le présent postulat n'est pas nécessaire.</p> <p>Recommandation de senesuisse : adopter le postulat Il est inadmissible que des prestataires de service du secteur de la santé soient discriminés à cause de leur statut juridique. En effet, les organisations d'aide à domicile privées (spitex) s'avèrent en bien des points plus efficaces et moins onéreuses pour une qualité équivalente ; traitées sur un pied d'égalité sur le marché, elles auraient alors un effet de réduction des coûts.</p> <p>13.03.2017 Débat au Conseil national</p>

Ständerat	Conseil des États
<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> <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>Entscheid Nationalrat: Einstimmige Annahme folgenden Wortlauts <i>„ ... Für die Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Es gelten die Regelungen der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.“</i></p> <p>Empfehlung der Kommission (SGK-SR): „Kompromissvorschlag“ Die SGK will, dass ein Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt nur dann nach den Regeln des Standortkantons des Heims übernehmen muss, wenn er dem oder der Betroffenen keinen Pflegeheimplatz zur Verfügung stellen kann. Hierfür stellt er eine Regelung auf, welche zu grosser Rechtsunsicherheit für Betroffene führen würde.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme gemäss Nationalrat</u> Damit das Ziel der Initiative (Sicherstellung der Pflegekosten) erreicht werden kann, muss dem Nationalrat gefolgt werden. Sonst bleibt 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 abgelehnt werden, weil keine ausreichende Finanzierung garantiert ist. Nur mit dem Wortlaut gemäss Nationalrat ist für alle Pflegebedürftigen die Niederlassungsfreiheit beim Heimeintritt garantiert!</p> <p>08.12.2016 NR: Beschluss abweichend vom Ständerat 01.03.2017 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>Décision du Conseil national : adopté (à l'unanimité) comme suit <i>« ... Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour verser le financement résiduel. Le financement résiduel obéit aux règles du canton où se situe le prestataire de services. Le séjour dans un établissement médicosocial ne fonde aucune nouvelle compétence. »</i></p> <p>Avis de la Commission (CSSS-CE) : adoption avec une différence La commission propose que le séjour d'un assuré dans un EMS situé en dehors de son canton de domicile, ce dernier ne doit prendre en charge le financement résiduel selon les règles du canton de l'établissement concerné que s'il a été incapable de fournir à l'assuré une place dans l'un de ses établissements – une solution avec énorme d'insécurité juridique !</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter le texte du Conseil national</u> Afin que le but de l'initiative « Garantir le financement des soins » puisse être atteint, il faut suivre le Conseil national. Avec la proposition de la Commission, le problème n'est pas résolu : entrer en EMS (év. plus proche du domicile actuel) 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. La liberté d'établissement pour toute personne ayant besoin de soins qui entre dans un EMS n'est garantie qu'avec le texte du Conseil national !</p> <p>08.12.2016 CN : Décision avec divergences 01.03.2017 Débat au Conseil des États</p>

12.470 Pa.Iv. Joder: Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden	12.470 Iv.pa. Joder : Meilleur soutien pour les enfants gravement malades ou lourdement handicapés qui sont soignés à la maison
<p>Eingereichter Text</p> <p>Die gesetzlichen Grundlagen sind dahingehend anzupassen, dass Familien (Eltern und Erziehungsberechtigte), die schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder zu Hause pflegen, besser und wirkungsvoller unterstützt und entlastet werden.</p> <p>Begründung</p> <p>Eltern und Erziehungsberechtigte, die ihre schwerkranken oder schwerbehinderten Kinder zu Hause pflegen, geraten finanziell wie auch kräftemässig in eine schwierige Situation. Die parlamentarische Initiative will erreichen, dass die gesetzlichen Bestimmungen so angepasst werden, dass Familien (Eltern und Erziehungsberechtigte), die ein schwerkrankes oder schwerbehindertes Kind nicht in die Heimpflege geben, sondern die Pflege und Betreuung zu Hause übernehmen und gewährleisten, eine bessere und vermehrte Unterstützung erhalten. Die generelle Belastung von Familien, die schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder zu Hause pflegen, ist wesentlich grösser als bei Familien mit schwerkranken oder schwerbehinderten Kindern in der Heimpflege.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der parl. Initiative</p> <p>Für sämtliche Entschädigungen an die Pflege von Personen sollte nicht die Objektfinanzierung (der Leistungserbringer), sondern die Subjektfinanzierung (der Patienten) gelten. Nur durch die Finanzierung auf der betroffenen Person kann diese für sich selbst die geeignetsten Leistungen einkaufen. Dadurch setzten sich Angebote mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis durch und erfolgen keine Subventionen an Leistungserbringer, welche nur aus Zwangsgründen berücksichtigt werden. Die geforderte Erhöhung des Intensivpflegezuschlags entspricht dieser Subjektfinanzierung und ermöglicht die Organisation der Besten Leistung für jede Situation.</p> <p>15.08.2013 NR: Der Initiative wird Folge gegeben 10.01.2014 SR: Zustimmung 08.12.2016 NR: Beschluss gemäss Entwurf der Kommission 01.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Les bases légales seront adaptées de manière à ce que les familles (parents et personnes investies de l'autorité parentale) qui soignent à la maison des enfants gravement malades ou lourdement handicapés soient mieux et plus efficacement soutenues et déchargées.</p> <p>Développement</p> <p>Les parents et les personnes investies de l'autorité parentale qui soignent à la maison leurs enfants gravement malades ou lourdement handicapés sont mis à rude épreuve, tant financièrement que du point de vue de leurs capacités. La présente initiative vise à modifier les dispositions légales de manière à ce que les familles (parents et personnes investies de l'autorité parentale) qui, au lieu de mettre un enfant gravement malade ou lourdement handicapé dans un foyer, le prennent en charge et s'occupent de lui à la maison, bénéficient d'un soutien accru et de meilleure qualité. La charge qui pèse sur ces familles est en effet bien plus lourde que celle qu'ont à supporter les familles ayant confié de tels enfants à un foyer.</p> <p>Recommandation de senesuisse : adoption de l'initiative parlementaire</p> <p>Le financement de la personne (le patient) et non le financement de l'offre (le prestataire de services) devrait être appliqué pour tout dédommagement de soins. Le financement direct à la personne permet d'opter pour les prestations les plus appropriées. Les offres avec le meilleur rapport prestation-prix peuvent être choisies et il n'y a plus lieu de verser des subventions à des prestataires qui n'agissent que par obligation. Le supplément demandé pour les soins intensifs correspond au financement à la personne et permet d'organiser la prestation optimale dans toute situation.</p> <p>15.08.2013 CN : Décidé de donner suite à l'initiative 10.01.2014 CE : Adhésion 08.12.2016 CN : Décision conforme au projet de la Commission 01.03.2017 Débat au Conseil des États</p>

<p>16.3623 Motion SGK-SR: Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone</p>	<p>16.3623 Motion CSSS-CE : Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der (abgeschwächten) Motion In jedem Bereich des Gesundheitswesens ist darauf hinzuwirken, dass keine einseitige Subventionierung für bestimmte Leistungserbringer erfolgt. Dies gilt besonders für die Spitäler, aber auch für Pflegeheime und Spitexbetriebe (wo noch immer vielerorts eine Zusatzfinanzierung mit Steuergeldern für die öffentlichen Leistungserbringer einen ungerechtfertigten Vorteil verschafft).</p> <p>21.09.2016 SR: Annahme mit 31 zu 2 Stimmen 08.12.2016 NR: Annahme der Motion geringfügiger Abschwächung. 14.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Recommandation de senesuisse : adopter la motion (adapté) 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 publics).</p> <p>21.09.2016 CE : Adoption avec 31 voix contre 2 08.12.2016 CN : La motion est adoptée avec modifications minimales. 14.03.2017 Débat au Conseil des États</p>

<p>16.3906 Motion SGK-NR: Mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen</p>	<p>16.3906 Motion CSSS-CN : Pour une plus grande liberté entrepreneuriale dans le secteur de la santé</p>
<p><i>Eingereichter Text</i> Der Bundesrat wird beauftragt, seine Reformbemühungen im Bereich der Franchisen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) in folgendem Sinne zu fokussieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beibehaltung oder Ausbau der heutigen Wahlmöglichkeiten für versicherte Personen. 2. Mehr unternehmerische Freiheit für Anbieter der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung, damit unterschiedliche Versicherungsmodelle entwickelt und getestet werden können. 3. Regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. <p><i>Stellungnahme des Bundesrates</i> Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion. Er stellt fest, dass die Hauptanliegen der Motion der SGK-NR bereits in Vorstössen enthalten sind, die derzeit im Parlament behandelt werden.</p> <p><i>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion</i> Es mag sein, dass in der Motion formulierte Anliegen bereits in anderen Vorstössen überwiesen wurden. Umso mehr sollte sich der Bundesrat an der Nase nehmen und den Parlamentswillen endlich umsetzen. Leider braucht es hierfür offensichtlich den zusätzlichen Nachdruck, besonders was die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung betrifft. Deshalb ist diese Motion auch vom Ständerat zu unterstützen.</p> <p>08.12.2016 NR: Annahme mit 130 gegen 55 Stimmen 14.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p><i>Texte déposé</i> Le Conseil fédéral est chargé d'axer ses efforts visant à modifier le système des franchises de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) sur les points suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. maintien ou extension des possibilités de choix dont disposent actuellement les assurés ; 2. octroi d'une plus grande liberté entrepreneuriale aux prestataires de l'assurance obligatoire des soins, de manière à permettre le développement et la mise à l'épreuve de différents modèles d'assurance ; 3. adaptation régulière des franchises à l'évolution des coûts. <p><i>Proposition du Conseil fédéral</i> Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion. Il constate que les principaux objets de la motion de la CSSS-N sont contenus dans des interventions en cours de traitement au Parlement.</p> <p><i>Recommandation de senesuisse : adopter la motion</i> Il se peut que les objets formulés dans la motion soient contenus dans d'autres interventions déjà adoptées. Le Conseil fédéral n'aurait alors qu'à s'en prendre à lui-même et appliquer enfin la volonté du Parlement. Malheureusement, il faut encore augmenter la pression, tout particulièrement en ce qui concerne l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts. Le Conseil des Etats doit donc, lui aussi, soutenir cette motion.</p> <p>08.12.2016 CN : Adoption avec 130 contre 55 voix 14.03.2017 Débat au Conseil des Etats</p>

<p>16.3988 Motion Erich Ettlín: Einführung einer Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogener OKP- Leistungen</p>	<p>16.3264 Motion Erich Ettlín : AOS ; Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass künftig durch Versicherte auf freiwilliger Basis selber im Ausland getätigte Arzt- und Spitalbesuche sowie beschaffte MiGeL-Hilfsmittel und Medikamente von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt und die Auslandpreise unter den jeweiligen maximalen Schweizer OKP-Vergütungspreisen liegen.</p> <p>Begründung</p> <p>Auch die soziale Krankenversicherung leidet unter der Preisinsel Schweiz. Wirksame Marktabschottungen sorgen dafür, dass Spital- und Arztbehandlungen sehr teuer und z.B. Generika und Blutzuckermessstreifen gemäss Santésuisse-Studien in unserem Land rund doppelt so teuer verkauft werden wie im europäischen Ausland. Dies geht zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und der Privathaushalte. Besonders stört der Umstand, dass Personen, die bereits heute durch ihr aktives Einkaufsverhalten im Ausland die soziale Krankenversicherung entlasten, dafür durch Nichtvergütung ihrer Beschaffungen noch bestraft werden.</p> <p>Um eine Kostendämpfung zu honorieren, sind deshalb durch Versicherte selber (freiwillig!) im Ausland bezogene Arzt- und Spitalbehandlungen, Hilfsmittel und Medikamente von der OKP zwingend zu vergüten, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt und der Auslandpreis unter dem maximalen Schweizer OKP-Vergütungspreis liegt.</p> <p>Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion</p> <p>Bei aller Liebe zu den Herstellern, Verkäufern und Anwendern von Medizinprodukten und -dienstleistungen in der Schweiz ist nicht einzusehen, weshalb genau dieser Markt total abgeschottet sein sollte. Es darf nicht sein, dass bestraft wird, wer sich freiwillig für günstigere Lösungen aus dem Ausland entscheidet und damit aktiv zur Kostensenkung beiträgt.</p> <p>14.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier la LAMal et, le cas échéant, d'autres bases légales de manière à ce que les consultations médicales et hospitalières et les achats de moyens auxiliaires figurant sur la liste des moyens et appareils ou de médicaments que les assurés ont choisi d'effectuer à l'étranger soient remboursés par l'AOS, pour autant que l'assuré dispose d'une prescription médicale pour la prestation concernée et que les prix pratiqués à l'étranger soient inférieurs aux prix maximaux remboursés par l'AOS suisse.</p> <p>Développement</p> <p>L'assurance-maladie sociale souffre elle aussi de la cherté des prix en Suisse. Les traitements hospitaliers et médicaux sont chers. Selon des études de l'association Santésuisse, les médicaments génériques et les bandelettes de mesures de la glycémie, par exemple, sont vendus près de deux fois plus cher que dans les autres pays européens. Ceci pèse sur l'assurance-maladie sociale et sur les ménages. Aussi est-il particulièrement choquant que les personnes qui allègent les dépenses à la charge de l'assurance en procédant à leurs achats à l'étranger se voient refuser un remboursement.</p> <p>Il est urgent d'œuvrer à la réduction de la forte hausse des coûts de la santé et des primes de l'assurance-maladie. C'est pourquoi les traitements médicaux et hospitaliers et les achats de moyens auxiliaires et de médicaments que les assurés effectuent volontairement(!) à l'étranger doivent être obligatoirement remboursés, pour autant que l'assuré dispose d'une prescription médicale et que le prix pratiqué à l'étranger soit inférieur au prix max. remboursé par l'AOS.</p> <p>Recommandation senesuisse : adopter la motion</p> <p>Malgré toute la sympathie manifestée aux fabricants, aux détaillants et aux consommateurs de prestations et de produits médicaux, il n'est pas évident que ce marché devrait fonctionner complètement en vase clos. Il est difficilement compréhensible qu'une personne qui se décide librement pour des solutions qui sont moins onéreuses à l'étranger et donc participe à une baisse des coûts, soit sanctionnée.</p> <p>14.03.2017 Débat au Conseil des Etats</p>

<p>16.4086 Motion NR Josef Dittli: Pflegesparkonto – Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals</p>	<p>16.4086 Motion CN Josef Dittli : Compte d'épargne pour les soins – baisse des primes d'assurance-maladie et allègement des charges pesant sur le personnel soignant</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament die gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, damit die Finanzierung der Pflegeleistungen im Alter neu über ein Pflegesparkonto abgewickelt werden. Dieses obligatorisch angesparte Guthaben soll steuerbefreit und vererbbar sein. Die Finanzierung dieser Pflegevorsorge soll nicht über lohnabhängige Abzüge erfolgen, sondern über fixe Prämien. Ähnlich zur Prämienverbilligung im KVG soll der Staat subsidiär und bedarfsgerecht Unterstützung bieten. Des Weiteren soll die unterschiedliche Finanzierung von Pflege- und Betreuung im Alter aufgehoben werden und neu einheitlich über das Pflegesparkonto erfolgen.</p> <p>Begründung</p> <p>Der Bedarf an Pflegeleistungen im Alter und die Kosten der Alterspflege nehmen wegen der demographischen Entwicklung stark zu. Schätzungen des Bundesrates zu Folge werden die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege von 6,2 Milliarden Franken im Jahre 2011 auf rund 12 Milliarden Franken im Jahr 2030 und 17 Milliarden im Jahre 2040 steigen. Kostentreiber sind nicht nur die Demografie, sondern auch die fehlenden Anreize für Individuen und Leistungserbringer sparsam mit Geldern umzugehen und für die Kosten der Alterspflege zu sparen. Angesichts des bereits angespannten Generationenvertrags (z.B. Entwicklung der Kosten im KVG, AHV und auch BVG) ist es auch nicht sinnvoll die Kosten den nächsten Generationen aufzudrängen.</p> <p>Da die EL heute de facto zu einer Pflegeversicherung geworden sind, drängt sich ein Systemwechsel auf, um Fehlanreize zu korrigieren und dafür zu sorgen, dass sich eigenverantwortliches Sparen für die eigene Alterspflege lohnt. Mit der Schaffung eines obligatorischen und vererbbaren Pflegekontos wären die angesparten Mittel im Pflegefall dann für alle Leistungen einsetzbar (Spitex, Tagesstrukturen, Pflegeheim, etc.). Kann eine Person ihre Prämie nicht bezahlen, setzt der Staat subsidiär ein. Die Entlastung der öffentlichen Hand im Bereich der Restfinanzierung und der EL-Finanzierung führt zu Steuersenkungen und bremst auch das Kostenwachstum der EL. Ähnlich führt die Finanzierung über das Pflegesparkonto zu einer entsprechenden Entlastung der Krankenkassenprämien.</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement les bases légales nécessaires pour que le financement des soins aux personnes âgées soit désormais assuré par un compte d'épargne obligatoire pour les soins. Ce compte sera exempt d'impôt et transmissible par héritage. Le financement de ce système de prévoyance reposera sur des primes fixes, et non sur des cotisations salariales. L'Etat apportera un soutien à titre subsidiaire et en fonction des besoins, comme pour les réductions de primes dans la LAMal. Par ailleurs, la distinction entre soins et assistance aux personnes âgées sera supprimée et les prestations concernées seront financées de manière uniforme par le compte d'épargne pour les soins.</p> <p>Développement</p> <p>L'évolution démographique entraîne une forte augmentation des besoins en soins pour les personnes âgées et une forte hausse des coûts. Ce n'est pas cependant seulement la démographie qui pousse les coûts à la hausse, mais aussi le manque d'incitations pour les individus et les fournisseurs de prestations à se montrer économes avec l'argent disponible et à économiser eux-mêmes pour les soins qu'ils requerront lorsqu'ils seront âgés. Le contrat entre les générations étant déjà mis à mal (notamment en raison de l'évolution des coûts dans la LAMal, l'AVS et la LPP), il n'est pas judicieux de reporter les coûts sur les générations à venir.</p> <p>Les prestations complémentaires étant de facto devenues une assurance des soins, un changement de paradigme s'impose pour corriger les mauvaises incitations et faire en sorte qu'économiser pour ses vieux jours selon le principe de la responsabilité individuelle en vaille la peine. Les avoirs accumulés grâce à la création d'un compte d'épargne obligatoire et transmissible par héritage pourraient être utilisés pour toutes les prestations (aide et soins à domicile, structures d'accueil de jour, EMS, etc.). Si une personne n'est pas en mesure de payer sa prime, l'Etat interviendrait à titre subsidiaire. L'allègement de la charge pesant sur les pouvoirs publics (financement résiduel des soins en EMS et à domicile et financement des prestations complémentaires) entraînera des baisses d'impôts et freinera la hausse des coûts assumés par les prestations complémentaires. De même, le financement d'un compte d'épargne pour les soins allégerait les primes d'assurance-maladie.</p>

Vererbte Anteile des Pflegesparkontos sollen wiederum auch zu Finanzierung des eigenen Pflegesparkontos eingesetzt werden können.

Mit der Finanzierung aller Pflegeleistungen über das Pflegesparkonto (egal ob ambulant, stationär und welche Rechtsform der Leistungserbringer hat) werden zudem nicht nur Anreize für kostenbewusstes Handeln richtig gesetzt und die Wahlfreiheit der Patienten gestärkt, sondern auch der Wettbewerb zwischen den Einrichtungen gefördert. So werden Anreize geschaffen, um Leistungen zu verbessern und günstig anzubieten.

In einer alternden Gesellschaft steigt der Bedarf nach Pflegepersonal und ein Mangel ist zu befürchten. Deshalb muss dieses effizienter eingesetzt und von unnötiger Abrechnungsbürokratie befreit werden, indem die Unterscheidung zwischen Betreuung und Pflege bei Abrechnungen entfällt. Diese Unterscheidung ist in der Realität kaum sinnvoll abgrenzbar und führt dazu, dass das Personal wertvolle Zeit für den Einsatz bei Patienten verliert.

Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion

Das heutige System der unterschiedlichen Finanzierung von Leistungen ist intransparent, führt zu Fehlanreizen und beinhaltet keinerlei Anreiz für Einsparungen. Wer fürs Alter spart, wird mit eigener Kostentragung bestraft und wer sein Vermögen verprasst, wird am Ende mit Ergänzungsleistungen „belohnt“. Nur ein obligatorisches Sparen auf ein persönliches Konto kann die Finanzierung langfristig sicherstellen. Die Eigenverantwortung wird belohnt: Man kann sich für die am besten passenden Leistungen und Anbieter entscheiden, welche ihrerseits in einem guten Wettbewerb um das beste und günstigste Angebot stehen.

[Unter diesem Link geht's zur optimalen Finanzierungslösung.](#)

14.03.2017 Beratung im Ständerat

Il faut que les montants hérités d'un compte d'épargne puissent également servir à financer son propre compte d'épargne.

Le financement de tous les soins par ce compte (qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers et quelle que soit la forme juridique du fournisseur de prestations) crée des incitations à se montrer économe, renforce la liberté de choix des patients et stimule la concurrence entre les institutions de soins. En effet, les fournisseurs de prestations seront incités à améliorer leur offre et à proposer des prestations aussi bon marché que possible.

Le vieillissement de la population requiert un plus grand nombre de personnel soignant : un manque de personnel est à craindre. Il faut donc l'affecter de manière plus efficace et le libérer d'un décompte bureaucratique des prestations en supprimant la distinction entre soins et assistance. En pratique, il n'est guère judicieux de faire une différence, d'autant que le personnel y perd un temps précieux qu'il pourrait consacrer aux patients.

Recommandation senesuisse : adopter la motion

L'actuel système de financement diversifié des prestations n'est pas transparent, il est source d'incitations perverses et ne motive nullement à économiser. Celui qui économise pour ses vieux jours est pénalisé, car il doit prendre en charge les frais alors que celui qui a dilapidé sa fortune a droit « en récompense » aux prestations complémentaires. Le financement à long terme ne peut être garanti qu'avec une épargne obligatoire sur un compte personnel. La responsabilité individuelle est récompensée : on peut opter librement pour les prestations et les prestataires pour l'offre la meilleure et la plus avantageuse sur un bon terrain de compétitivité.

[Sous ce lien, la solution optimale de financement.](#) (en allemand)

14.03.2017 Débat au Conseil des Etats

<p>16.4087 Motion NR Josef Dittli: Stärkung der Ergänzungsleistungen durch klare Zuordnung der Kompetenzen</p>	<p>16.4087 Motion CN Josef Dittli : Prestations complémentaires. Organiser clairement les compétences pour renforcer le système</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament (z.B. im Rahmen des NFA-Wirksamkeitsberichtes) die nötigen gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, damit die Verbundsaufgabe "Ergänzungsleistungen" (EL) entflechtet wird. Diese Reform soll die Steuerung und Effizienz der EL verbessern und Fehlanreize abbauen, indem die Zuordnung der Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Kantonen neu nach dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz erfolgt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Kantone nicht für Entscheide bezahlen, welche auf Bundesebene gefällt werden - und umgekehrt.</p> <p>Begründung</p> <p>Gemäss Bundesrat steigen die Gesamtausgaben für die EL von 4,7 Milliarden im 2014 auf geschätzte 5,3 Milliarden im 2020 und 6,6. Milliarden im 2030. Die EL zur AHV steigen auf geschätzte 3,3 Milliarden im Jahre 2020 und auf 4,4 Milliarden im Jahre 2030. Kostentreiber sind nicht nur die Demografie und der steigende Bedarf an Pflegeleistungen im Alter, sondern auch weitere systembedingte Effekte und Regulierungen, z. B. in der Organisation und Finanzierung der Alterspflege. Die bestehenden Mischfinanzierungen im Sozialsystem führen zu Fehlanreizen und erschweren die Steuerbarkeit des Systems. Durch eine Entflechtung, welche die Zuständigkeiten klar regelt, würde zwischen Bund und den Kantonen klare Zuständigkeiten geschaffen, was kostenbewusstes Handeln fördert.</p> <p>Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion</p> <p>Es ist dringend nötig, das System der EL anzupassen. Heute sind betagte Menschen zum teuren Pflegeheimen gezwungen, weil Leistungen für selbständiges/betreutes Wohnen über EL nur ungenügend finanziert sind. Zudem profitiert von EL auch, wer sein Vermögen „verprasst“ oder rechtzeitig verschenkt. Solche Probleme können nur dann sinnvoll gelöst werden, wenn die Kompetenzen von Bund und Kantonen klar sind.</p> <p>14.03.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de soumettre les bases légales nécessaires au Parlement (dans le cadre du rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la RPT, par ex.) afin de séparer clairement les tâches dans le domaine des prestations complémentaires (PC), qui sont assurées aujourd'hui conjointement par la Confédération et par les cantons. Cette réforme améliorera le pilotage et l'efficacité des PC et supprimera les incitations pernicieuses en redistribuant les responsabilités entre la Confédération et les cantons selon le principe de l'équivalence fiscale, le but étant que les cantons n'aient pas à faire les frais des décisions prises au niveau fédéral et vice-versa.</p> <p>Développement</p> <p>Le Conseil fédéral a indiqué que les dépenses des PC avaient atteint un montant total de 4,7 milliards de francs en 2014 et qu'elles devraient s'élever à 5,3 milliards en 2020 et à 6,6 milliards en 2030. Selon les estimations, les PC à l'AVS représenteront 3,3 milliards de francs en 2020 et 4,4 milliards en 2030. La hausse des coûts est due non seulement à la démographie et à l'augmentation des besoins en soins liée au vieillissement de la population, mais aussi aux effets induits par le système et aux réglementations mises en place, notamment en matière d'organisation et de financement des soins aux personnes âgées. Le financement mixte de la protection sociale crée des incitations pernicieuses et complique le pilotage du système. En séparant les tâches et en réglant clairement les attributions respectives de Confédération et cantons, on créera des compétences claires qui favoriseront une gestion consciente des coûts.</p> <p>Recommandation senesuisse : adopter la motion</p> <p>Il faut adapter rapidement le système des PC. Aujourd'hui, les personnes âgées sont obligées d'entrer dans des EMS onéreux parce que les prestations pour les appartements protégés ne sont pas suffisamment financées par les PC. De plus celui qui a dilapidé sa fortune ou l'a transmise à temps profite des PC. De tels problèmes peuvent être efficacement résolus si les compétences de Confédération et des cantons sont claires.</p> <p>14.03.2017 Débat au Conseil des Etats</p>