senesuisse

Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse

Gesundheits- und Heimpolitik im Bundesparlament

Vorschau

Sommersession 2017

29. Mai – 16. Juni

Nationalrat: Seite 3-7

Ständerat: Seiten 8-10

La politique de la santé et des EMS au Parlement fédéral

Perspective

Session d'été 2017

29 mai – 16 juin 2017

Conseil national : Page 3-7

Conseil des États : Pages 8-10

Inhaltsverzeichnis

Nationalrat:

14.417 Parlamentarische Initiative SR Egerszegi-Obrist:
Nachbesserung der Pflegefinanzierung Seite 3
→ Annahme gemäss Empfehlung SGK-NR

16.3631 Motion SGK-SR:
Länger dauernde Mutterschaftsentschädigung bei
längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen Seite 4

16.3676 Motion SR Dittli:
Anhebung der AHV-Leistungen für Hörversorgungen
auf das Niveau der IV-Vergütungen Seite 5

16.4020 Motion SR Eder:
Statistische Angaben im Behindertenbereich Seite 7

Ständerat:

16.065 **Änderung Ergänzungsleistungsgesetz (EL-Reform)**
→ Schaffung einer Kategorie „Betreutes Wohnen“ Seite 8

14.4292 Motion NR Humbel: Praxistaugliche Zulassung
der Pflegeheime als Leistungserbringer Seite 10

Sommaire

Conseil national :

14.417 Initiative parlementaire CE Egerszegi-Obrist :
Amender le régime de financement des soins page 3
→ Adoption selon proposition de la Commission

16.3631 Motion CSSS-CE :
Rallonger la durée de l'allocation de maternité en cas
de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital page 4

16.3676 Motion CE Dittli :
Relèvement des prestations de l'AVS au niveau des
remboursements de l'AI pour les appareils auditifs page 5

16.4020 Motion CE Eder : Données statistiques dans le domaine
de l'intégration des personnes handicapées page 7

Conseil des États :

16.065 **Modification de la Loi sur les PC (Réforme des PC)**
→ Création d’une catégorie « Logement protégé » page 8

14.4292 Motion CN Humbel : Prise en charge des prestations
fournies par les EMS ; un peu de bon sens page 10

Nationalrat

14.417 Parl. Initiative SR Egerszegi: Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Entwurf der Gesetzesänderung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird in Art. 25a Abs. 5 dritter und vierter Satz geändert.

Entscheid Nationalrat: Einstimmige Annahme folgenden Wortlauts

„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."

Entscheid Ständerat: Annahme mit einer Ergänzung

„Kann der versicherten Person kein innerkantonaler Pflegeheimplatz zur Verfügung gestellt werden, hat der Wohnsitzkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers zu übernehmen."

Empfehlung der Kommission (SGK-NR): Kompromissvorschlag

Die SGK will den Kantonen den gewünschten Spielraum belassen, dabei aber nicht unnötige Unklarheiten schaffen. Sie beantragt mit 24 zu 1 Stimme, dass für die Festsetzung der Restkosten die Regeln des Standortkantons des Heims gelten, *sofern die Kantone keine anderslautenden Vereinbarungen abgeschlossen haben.*

Empfehlung von senesuisse: **Annahme gemäss SGK-Nationalrat**

Damit das Ziel der Initiative (Sicherstellung der Pflegekosten) erreicht werden kann, muss der Kommission 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. Jeder Kanton würde behaupten, irgendwo in seinem Kantonsgebiet sei ein Bett frei gewesen – nur, um nicht zahlen zu müssen. **Nur mit dem Wortlaut der Kommission ist für alle Pflegebedürftigen die Niederlassungsfreiheit beim Heimeintritt garantiert!**

07.06.2017 NR: Beratung im Nationalrat

Conseil national

14.417 Iv. parl. CE Egerszegi : Amender le régime de financement des soins

Projet modification de la Loi

La loi fédérale sur l'assurance-maladie est modifiée dans l'art. 25a, al. 5.

Décision du Conseil national : adopté (à l'unanimité) comme suit

«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. »

Décision du Conseil des États : adopté avec l'addition

« Si aucune place ne peut être mise à la disposition de la personne assurée dans un établissement médicosocial de son canton de domicile, le canton en question prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. »

Avis de la Commission (CSSS-CN) : adoption d'un compromis

La Commission veut laisser aux cantons la marche de manœuvre souhaitée en veillant à éviter toute confusion inutile. Par 24 voix contre 1, la commission propose que le financement résiduel obéisse aux règles du canton où se situe l'établissement en question, *pour autant que les cantons n'aient pas conclu d'accords contraires en la matière.*

Recommandation de senesuisse : **Adopter le texte de la Commission**

Afin que le but de l'initiative « Garantir le financement des soins » puisse être atteint, il faut suivre la Commission. Avec la proposition du CE, 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. Chaque canton pourrait prétendre que quelque part dans son canton il y a un lit de libre – rien que pour ne pas payer.
La liberté d'établissement pour toute personne ayant besoin de soins qui entre dans un EMS n'est garantie qu'avec le texte de la Commission !

07.06.2017 Débat au Conseil national

16.3631 Motion SGK-SR: Länger dauernde Mutterschaftsentschädigung bei längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen der Erwerbsersatzordnung (EO) eine Bestimmung vorzuschlagen, die für Fälle, in denen ein Neugeborenes über drei Wochen im Spital verbleiben muss, eine länger dauernde Mutterschaftsentschädigung vorsieht.

Begründung

Muss ein Neugeborenes nach der Geburt für längere Zeit im Spital verbleiben, kann die Mutter um einen Aufschub der Mutterschaftsentschädigung ersuchen. Sie darf in den acht Wochen nach der Niederkunft nicht arbeiten, und sie hat, obwohl sie sich in einer schwierigen Situation befindet, zwischen dem Zeitpunkt der Geburt und dem Beginn der Mutterschaftsentschädigung kein gesichertes Einkommen.
Die Variante, mit der Ungleichbehandlungen am ehesten verhindert werden könnten, die zudem am wenigsten kosten würde und bei welcher der Arbeitgeber nicht alleine für die Lohnfortzahlung aufkommen müsste, sieht vor, im EOG zu verankern, dass bei einem Aufschub die Dauer der Mutterschafts-entschädigung – welche derzeit auf 98 Tage beschränkt ist – verlängert wird.

Antrag des Bundesrates vom 26.10.2016

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Empfehlung von senesuisse: **Annahme der Motion**

Angesichts der limitierten Zahl solcher Aufschübe sind die zusätzlichen Kosten einer solchen Verlängerung im Verhältnis zu den gesamten Kosten sehr beschränkt. Zudem sollen nur Frauen, die nach dem Mutterschaftsurlaub weiterhin erwerbstätig bleiben, unter diese neue Regelung fallen und die Hospitalisierung des Neugeborenen minimal und maximal beschränkt sein. Mit der Versicherungslösung müssen nicht einzelne Arbeitgeber hohe Summen bezahlen, sondern wird das Risiko auf alle verteilt.

13.12.2016 SR: Annahme der Motion (einstimmig)

07.06.2017 Beratung im Nationalrat

16.3631 Motion CSSS-CE : Rallonger la durée de l'allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de proposer une disposition visant à prévoir, dans le régime des allocations perte de gain (APG), la prolongation de la durée de l'allocation de maternité pour les mères dont l'enfant reste hospitalisé durant plus de trois semaines juste après l'accouchement.

Développement

En cas d'hospitalisation prolongée du nouveau-né immédiatement après l'accouchement, la mère peut demander le report des allocations de maternité. Elle n'a pas le droit de travailler durant les huit semaines suivant l'accouchement et, alors même qu'elle se trouve dans une situation difficile, son revenu ne lui est pas assuré entre le moment de la naissance et le début du versement des allocations.
L'option la plus à même d'éviter les inégalités de traitement, qui serait aussi la moins coûteuse et qui ne place pas le paiement du salaire à la seule charge des employeurs consiste à prévoir, dans la LAPG, une prolongation de la durée du versement de l'allocation de maternité – actuellement limitée à 98 jours – en cas de report.

Proposition du Conseil Fédéral du 26.10.2016

Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion.

Recommandation de senesuisse : **Adopter la motion**

Vu le nombre limité de cas, les coûts de cette extension seraient très limités en regard des dépenses totales de l'APG. Afin de contenir ces coûts, cette possibilité sera limitée aux femmes qui continuent de travailler après le congé maternité. En outre, la durée de la prolongation correspondra à la durée d'hospitalisation de l'enfant (minimum et maximum à déterminer). Avec la solution de l’assurance, un employeur ne devra pas payer des sommes élevées, car le risque est réparti entre tous.

13.12.2016 CE : Adoption (à l’unanimité)

07.06.2017 Débat au Conseil national

16.3676 Motion SR Dittli: Anhebung der AHV-Leistungen für Hörversorgungen auf das Niveau der IV-Vergütungen.

Eingereichter Text

Für Personen mit Hörminderungen im AHV-Alter, die erstmals Hörgeräte benötigen, sind die gleichen medizinischen Indikationskriterien zu übernehmen wie für Personen mit Hörminderungen im IV-Alter.
Wird eine notwendige Hörversorgung medizinisch indiziert, ist Personen mit Hörminderung auch im AHV-Alter - bei Erstversorgung oder Nachversorgung - der heutige Pauschalbetrag nicht nur für ein, sondern für beide Ohren analog der IV zu vergüten.
Der Pauschalbetrag für alle Hörgeräte im AHV-Alter ist auf den gleichen und höheren Pauschalbetrag der IV anzuheben. Die Frist für eine notwendige Nachversorgung ist altersunabhängig auf fünf Jahre festzulegen.
Die Anwendung der Härtefallregelung der IV soll auch im AHV-Alter möglich sein.

Begründung

Die heute geltenden unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen betreffend finanzielle Unterstützung von Personen mit Hörminderung durch die AHV und IV sind ungerecht und sozial auch nicht mehr zu vertreten. Die Änderungen von Demografie und Lebensgewohnheiten führen dazu, dass Menschen heute auch im höheren Alter noch äusserst aktiv am Gesellschaftsleben teilnehmen, und da ist gutes Gehör ein ganz elementarer Faktor.
Eine Hörminderung muss aktuell im IV-Alter einen Mindesthörverlust von 15 bis 20 Prozent und im AHV-Alter einen solchen von 35 Prozent aufweisen, damit Anspruch auf eine Vergütung besteht.
Eine Orientierung an einer "Alterslinie" wird Betroffenen im AHV-Alter nicht gerecht, sondern alleine medizinische Kriterien können massgebend sein.
Aktuell bezahlt die AHV eine Pauschale von 630 Franken und nur für ein Ohr, die IV 1650 Franken für beide Ohren respektive 840 Franken für ein Ohr, wenn das Hördefizit nur auf einer Seite besteht. Aus medizinischer Sicht ist heute bei einem beidseitigen Hörverlust die binaurale Versorgung mit Hörgeräten "state of the art".
Der Zeitkorridor für einen Beitrag bei notwendiger Nachversorgung ist unterschiedlich: bei der AHV fünf Jahre und bei der IV sechs Jahre. Erwachsene mit Hördefiziten haben zweifelsohne das gleiche Recht auf "gutes Hören" und sollen deshalb alle fünf Jahre Anspruch auf einen Vergütungsbeitrag haben.

16.3676 Motion CE Dittli : Relèvement des prestations de l'AVS au niveau des remboursements de l'AI pour les appareils auditifs.

Texte déposé

Les personnes qui ont atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS et qui ont besoin pour la première fois d'un appareil auditif doivent bénéficier des mêmes critères médicaux d'indication que les personnes sous le régime de l'AI.
Si un appareil auditif s'avère médicalement indiqué, les personnes qui ont atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS doivent bénéficier de l'actuel forfait non pour une seule oreille, mais pour les deux oreilles comme sous le régime de l'AI, qu'elles aient besoin d'un appareil auditif pour la première fois ou qu'elles aient besoin de remplacer leur appareil.
Le forfait versé pour les appareils auditifs sous le régime de l'AVS doit être relevé au niveau de celui versé sous le régime de l'AI. Le délai en cas de nécessité de remplacer l'appareil doit être fixé à cinq ans, indépendamment de l'âge de la personne.

Développement

Selon qu'elles relèvent de l'AVS ou de l'AI, les personnes malentendantes ont droit à un soutien financier plus ou moins important, dont le montant est déterminé par les dispositions légales afférentes à l'une ou l'autre assurance. Ces différences sont injustes et ne sont plus défendables d'un point de vue social. L'évolution démographique et les modifications des habitudes de vie font que les gens participent encore très activement à la vie sociale à un âge avancé et qu'il leur est essentiel de disposer d'une bonne ouïe.
Sous le régime de l'AI, la perte auditive doit être de 15 à 20 % pour avoir droit à un remboursement, tandis qu'elle doit être de 35 pour cent à l'âge de la retraite. Le principe de l'égalité de traitement n'est pas respecté: quel que soit son âge, chacun devrait avoir le droit d'entendre le mieux possible.
Actuellement, l'AVS verse un forfait de 630 francs, pour une seule oreille, tandis que l'AI verse 1650 francs pour les deux oreilles ou 840 francs si le déficit auditif ne touche qu'une seule oreille. D'un point de vue médical, un appareillage binaural correspond aux standards techniques.
Lorsqu'il est nécessaire de changer d'appareil, le délai pour bénéficier d'un remboursement est différent d'une assurance à l'autre : cinq ans pour l'AVS contre six ans pour l'AI. Les adultes malentendants ont sans conteste le même droit que les personnes âgées de disposer d'une bonne ouïe. C'est pourquoi le délai pour avoir droit à un remboursement forfaitaire devrait être de cinq ans pour tous.

Stellungnahme des Bundesrates vom 23.11.2016 Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion. Die IV ist eine Eingliederungsversicherung, welche durch die Abgabe von Hilfsmitteln nebst der Eingliederung ins Erwerbsleben unter anderem auch den Kontakt mit der Umwelt ermöglichen soll. Die AHV ist hingegen eine Rentenversicherung. Dass sie auch Beiträge an Hilfsmittel bezahlt, dient nicht einem Eingliederungszweck, sondern ist eine historisch gewachsene Sonderregelung aus der Zeit, in der es noch keine obligatorische Krankenversicherung für die ganze Bevölkerung gab. Die Kostenübernahme bei Hilfsmitteln durch die AHV ist aus diesen Gründen weniger umfangreich als in der IV. Bei Hörgeräten leistet sie einen Kostenbeitrag von 75 % des Betrages der IV. Bezüger von Altersrenten, die sich die Hörgeräteversorgung nicht leisten können, werden von öffentlichen oder privaten Stellen individuell unterstützt. Insbesondere Personen mit einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen erhalten grundsätzlich die durch die AHV nicht gedeckten Kosten vergütet. Es besteht somit kein Bedarf, die Kostenübernahme bei Hörgeräten durch die AHV grundsätzlich grosszügiger auszugestalten. Eine binaurale Versorgung könnte aus audiologischer Sicht allerdings sinnvoll erscheinen und erfolgt bereits heute in etwa 70 % der Fälle. Der Bundesrat ist daher bereit, eine entsprechende Änderung der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) zu prüfen. Zu den Kosten einer solchen Ausweitung sind allerdings noch vertiefte Abklärungen nötig. ***Empfehlung von senesuisse:*** **Annahme der Motion** Leider werden betagte Patienten im Vergleich zu jüngeren Patienten in vielen Fällen schlechter behandelt und vor allem schlechter finanziert. Dies darf in solch wichtigen Bereichen wie der Hörversorgung nicht der Fall sein: Die Gesundheit und Lebensqualität im Alter muss endlich einen höheren Stellenwert erhalten! Ein Hörgerät sollte auch im Alter für alle Betroffenen erschwinglich sein, v.a. im Hinblick auf negativen Konsequenzen einer unbehandelten Schwerhörigkeit (Isolation, Depression, erhöhtes Sturzrisiko, Einfluss auf Demenzentwicklung und kognitive Funktionen). Eine optimale Hörgeräteversorgung hat sowohl therapeutischen wie auch prophylaktischen Nutzen. 06.12.2016 SR: Annahme der Motion (einstimmig) 07.06.2017 Beratung im Nationalrat	***Avis du Conseil Fédéral du 23.11.2016*** Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion. L'AI est une assurance de réadaptation: la remise de moyens auxiliaires vise la réadaptation à la vie professionnelle, mais aussi notamment l'établissement de contacts avec l'entourage. L'AVS en revanche est une assurance de rentes. Si elle verse des contributions pour des moyens auxiliaires, ce n'est pas dans un but de réadaptation: cette réglementation spéciale a vu le jour à une époque où il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population. C'est pourquoi la prise en charge des moyens auxiliaires par l'AVS est moins étendue que dans l'AI. Pour les appareils auditifs, la contribution de l'AVS correspond à 75 pour cent du montant fourni par l'AI. Les rentiers AVS qui n'ont pas les moyens de s'appareiller bénéficient du soutien ciblé d'organismes publics ou privés. Les coûts non couverts par l'AVS sont remboursés en particulier aux personnes au bénéfice de prestations complémentaires. Il n'est donc pas nécessaire d'étendre la prise en charge par l'AVS des coûts des appareils auditifs. Toutefois, un appareillage binaural pourrait être indiqué d'un point de vue audiologique. Cela concerne déjà environ 70 % des cas à l'heure actuelle. Le Conseil fédéral est donc disposé à examiner l'opportunité d'adapter en ce sens l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV). Des analyses approfondies seront cependant nécessaires afin d'en déterminer les conséquences financières. ***Recommandation de senesuisse :*** **Adopter la motion** Malheureusement les personnes âgées – à l'encontre de patients plus jeunes – sont financièrement souvent moins bien traitées et surtout leurs besoins en moyens auxiliaires sont moins bien financés. Ceci ne devrait pas être le cas dans le domaine des appareils auditifs : la santé et à la qualité de vie sont prioritaires ! Les appareils auditifs doivent rester abordables pour les personnes âgées, ne serait-ce qu'en raison des conséquences négatives d'une surdité non traitée (isolement, dépression, risque accru de chute, influence négative sur le développement de démences et sur les fonctions cognitives). Un appareillage optimal a des avantages tant thérapeutiques que prophylactiques. 06.12.2016 CE : Adoption (à l'unanimité) 07.06.2017 Débat au Conseil national

16.4020 Motion SR Eder : Statistische Angaben im Behinderten-bereich

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die Gesetzgebung so anzupassen, dass:

1. Leistungserbringer im Behindertenbereich verpflichtet sind, den Kantonen bzw. dem Bundesamt für Statistik (BFS) Angaben für eine gesamtschweizerische Statistik zur Verfügung zu stellen;
2. der Bund verpflichtet ist, die Daten zu erheben und auszuwerten, diesbezüglich für eine gesamtschweizerische Kohärenz zu sorgen und die Daten den Kantonen für deren (koordinierte) Planung und Steuerung (insbesondere zur Gewährleistung ihrer Versorgungspflicht) zur Verfügung zu stellen; sowie
3. die Kantone dem Bund die Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen haben und der Bund die Kosten für die Datenerhebung und -auswertung zu tragen hat.

Begründung

Für den Behindertenbereich werden in der Schweiz Beiträge von 14,6 Mia. Franken ausgerichtet. Diese Beiträge stammen aus unterschiedlichen Quellen (Bund, Kanton, Gemeinden, IV, Pensionskassen, Unfallversicherungen usw.). Entsprechend schwierig ist es, einen Überblick zu bewahren. Eine nationale Behindertenpolitik ist nicht möglich, ohne über entsprechende Daten zu verfügen. Nationale statistische Daten dienen als Planungsgrundlage für die Zukunft und als Indikatoren für Entwicklungen.

Stellungnahme des Bundesrates vom 15.02.2017

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion, weil die verfügbaren Daten den Bedarf der verschiedenen Anspruchsgruppen decken.

***Empfehlung von senesuisse:* Ablehnung der Motion**

Angesichts des Spardrucks, der heute auf den Bundesfinanzen lastet, erscheint es wenig sinnvoll, dass der Bund anstelle der Kantone Daten erhebt, die hauptsächlich für die kantonale Planung und Steuerung verwendet werden. Wie die SOMED bei den Pflegeheimen zeigt, ist nur zusätzlicher Administrativaufwand ohne wirklich brauchbare Daten zu befürchten.

07.03.2017 SR: Annahme der Motion

07.06.2017 Beratung im Nationalrat

16.4020 Motion CE Eder: Données statistiques dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées

Texte déposé

Le CF est chargé de proposer les modifications de loi nécessaires afin :

1. que les prestataires opérant dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées soient tenus de mettre des données à la disposition des cantons et de l'Office fédéral de la statistique (OFS) en vue de l'établissement d'une statistique suisse ;
2. que la Confédération soit tenue de collecter et d'évaluer ces données de manière à assurer une vision cohérente de la situation à l'échelle suisse et à fournir aux cantons les bases nécessaires à une planification et un pilotage (coordonnés) pour garantir les prestations destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides ;
3. que les cantons soient tenus de mettre gratuitement leurs données à la disposition de la Confédération et que cette dernière supporte les coûts de la collecte et de l'évaluation des données.

Développement

Un montant total de 14,6 milliards de francs est versé en Suisse pour les contributions allouées dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées. Ces contributions émanant d'entités diverses (Confédération, cantons, communes, AI, caisses de pensions, assurance-accidents, etc.), il est difficile d'avoir une vision d'ensemble de ces prestations. Il est impossible de définir une politique nationale sans disposer de données pertinentes. Les données statistiques nationales constituent un préalable indispensable à la planification et à l'élaboration d'indicateurs de développement.

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion

***Recommandation de senesuisse :* Rejet de la motion**

Vu la pression qui existe aujourd'hui sur les finances fédérales, il n'est pas opportun que la Confédération se substitue aux cantons pour procéder à la collecte de données utilisées essentiellement à des fins cantonales de planification et de pilotage. Comme la SOMED le montre pour les EMS, tout porte à craindre qu'il n'en résulte que des tâches administratives supplémentaires sans données utilisables.

07.03.2017 CE : Adoption

07.06.2017 Débat au Conseil national

Ständerat

16.065 Änderung des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen (EL-Reform)

Inhalt

Die Reform der Ergänzungsleistungen (EL) hat zum Ziel, das System der EL zu optimieren und von falschen Anreizen zu befreien. Das Leistungsniveau soll dabei grundsätzlich erhalten und das Sparkapital der obligatorischen beruflichen Vorsorge besser geschützt werden.

Empfehlungen der Kommission (SGK-SR):

- Versicherte der beruflichen Vorsorge sollen das Altersguthaben aus dem obligatorischen Teil als Rente beziehen (keine Kapitalauszahlung).
- Hingegen soll der Kapitalbezug bei der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit nicht ausgeschlossen sein, sondern auf jenen Betrag limitiert, auf den die Versicherten im 50. Altersjahr Anspruch gehabt hätten (8 zu 4 Stimmen).
- Die maximalen Mietkosten zur Berechnung der EL soll erhöht und regional abgestuft werden. Damit wird dem Anstieg der Mietzinsen seit der letzten Anpassung im Jahr 2001 Rechnung getragen. (8 zu 3 Stimmen bei 2 Enthaltungen). Zudem soll der Zuschlag für eine rollstuhlgängige Wohnung erhöht werden.
- Für die Krankenkasse soll den EL-Beziehenden ein Pauschalbetrag angerechnet werden, welcher der Prämie des drittgünstigsten Versicherers im Kanton entspricht. Liegt die tatsächliche Prämie tiefer, sollen die Kantone diese als massgebend festlegen dürfen (6 zu 5 Stimmen). Die Mehrheit will damit einen Anreiz schaffen, damit EL-Beziehende zu günstigeren Krankenkassen wechseln.
- Das Vermögen bei der EL-Berechnung soll stärker berücksichtigt und deshalb die Freibeträge für alleinstehende Personen auf 30‘000 und für Ehepaare auf 50‘000 Franken gesenkt werden (9 zu 4 Stimmen).

Empfehlungen von senesuisse:

1. **Der BVG-Kapitalbezug für selbständige Erwerbstätigkeit muss weiterhin vollständig erlaubt bleiben.** Es kann nicht sein, dass wegen der bloss sehr geringen Gefahr einer späteren EL-Bedürftigkeit die Schaffung von neuen Firmen und damit wertvollen Arbeitsplätzen stark beschränkt wird.

Conseil des États

16.065 Modification de la Loi sur les Prestations Complémentaires (réforme des PC)

Contenue du projet

La réforme des prestations complémentaires (PC) a pour but d'optimiser le système des PC et d'éliminer certains effets pervers. Elle vise également à maintenir le niveau des prestations tout en renforçant la protection du capital de la prévoyance professionnelle obligatoire.

Propositions de la Commission (CSSS-CE) :

- Les assurés de la prévoyance professionnelle devraient percevoir la partie obligatoire de leur avoir de vieillesse uniquement sous forme de rente.
- Par contre, la commission ne veut pas exclure le retrait en capital en cas de démarrage d'une activité lucrative indépendante, mais de limiter le retrait au montant auquel l'assuré aurait eu droit à 50 ans (8 voix contre 4).
- Il faut relever le montant du loyer maximal dans le calcul des PC et l'adapter en fonction des régions, afin de tenir compte de la hausse des loyers intervenue depuis 2001 (année de la dernière adaptation) (8 voix contre 3 et 2 abstentions). En plus il faut augmenter le supplément pour appartements accessibles et adaptés pour les fauteuils roulants.
- S'agissant de l'assurance obligatoire des soins, un montant forfaitaire correspondant au montant de la prime du troisième assureur le moins cher du canton doit être pris en considération. Les cantons peuvent prévoir que la prime effective est déterminante si celle-ci est moins élevée (par 6 voix contre 5). La majorité veut ainsi inciter les bénéficiaires de prestations complémentaires à opter pour des caisses-maladie moins chères.
- La commission propose de tenir davantage compte de la fortune dans le calcul des PC et réduire le montant des franchises sur la fortune totale à 30’000 francs pour les personnes seules et à 50’000 francs pour les couples (par 9 voix contre 4).

Recommandations de senesuisse :

1. **Le retrait en capital LPP en cas de démarrage d’une activité lucrative indépendante doit rester entièrement autorisé.** Il est exclu qu’à cause d’un risque minime de besoin ultérieur de PC, la création de nouvelles entreprises et donc la limitation de précieux emplois soient limitées.

2. **Die maximalen Mietbeträge müssen gemäss der Empfehlung von Kommission und Bundesrat erhöht werden.** Für 1‘100 Franken im Monat kann man als betagte EL-bedürftige Person kaum mehr eine angemessene Wohnung finden. Nach über 15 Jahren ist endlich eine dringende Anpassung an die gestiegenen Mietkosten nötig. Zudem sollte eine automatische Anpassung alle 5 Jahre erfolgen.
3. **Die heute geltenden Vermögensfreibeträge bei der EL-Berechnung müssen beibehalten werden**, für alleinstehende Personen auf 37‘500 und für Ehepaare auf 60‘000 Franken. Eine Rücknahme dieser mit der „Neuen Pflegefinanzierung“ eingeführten Kompensation wäre ein krasser Verstoss gegen Treu und Glauben. Sie hätte gravierende Konsequenzen auf die Lebensqualität, weil sich bedürftige Personen kleinen einzigen „kleinen Luxus“ mit ihrem Vermögen gönnen könnten.
4. **Die einzige echt kostensenkende und zudem qualitätssteigernde Massnahme fehlt: Es muss nebst „Miete“ und „Heim“ eine neue Kategorie „Betreutes Wohnen“ geschaffen werden!**
   Ein Drittel der in Pflegeheimen lebenden Personen benötigt weniger als 1 Stunde Pflege pro Tag. **Für sie sollte es bessere Lösungen als den Heimaufenthalt geben.** Das „Betreute Wohnen“ ist diese optimale Lösung, welche die Bedürfnisse der Betagten besser abdeckt und Pflegeplätze einspart. Solche alters-/behindertengerechte Wohnungen ermöglichen die Aufrechterhaltung von Mobilität und regelmässigen sozialen Kontakten; gleichzeitig ist die nötige Betreuung/Pflege besser garantiert als am ursprünglichen Wohnort.
   Die Zentrierung mehrerer Wohnungen an einem Ort ermöglicht zusätzliche **Einsparungen bei den Pflegekosten**, weil nebst dem Wegfall von Anfahrts- und Abfahrtsweg für einfachere Tätigkeiten im Gegensatz zur „externen Spitex“ nicht nur bestens ausgebildetes Pflegepersonal eingesetzt werden kann. Damit wird erst noch der **Mangel an gut ausgebildetem Pflegepersonal reduziert**.
   Es könnten alleine damit statt der total 303 Mio. Franken insgesamt rund 600 Mio. Franken pro Jahr eingespart werden:
   Mit einer Tagespauschale von 100 Franken könnten günstige und gute Angebote finanziert werden – statt 160-200 Franken fürs Pflegeheim. Von den heute im Pflegeheim wohnenden 70‘500 EL-Bezügern könnte ein Drittel im „Betreuten Wohnen“ leben, was bei durchschnittlichen Einsparungen von 70 Franken pro Tag über 600 Mio. pro Jahr ergibt.

31.05.2017 Beratung im Ständerat

2. **Le montant maximal du loyer doit être relevé selon la recommandation de la Commission et du Conseil fédéral.** Pour 1'100 francs par mois, une personne âgée et bénéficiaire des PC trouvera difficilement un logement répondant à ses besoins. Après 15 ans sans augmentation, il est urgent d’adapter les coûts de location à la situation actuelle. De plus, l’adaptation devrait être automatique tous les cinq ans.
3. **Le montant des limites de fortune dans le calcul des PC doit être maintenu**, soit 37’5’00 francs pour les personnes seules et 60'000 francs pour les couples. Une reprise de cette compensation introduite avec le « Nouveau régime de financement des soins » serait une infraction grave à la bonne foi et à la confiance. Elle aurait des conséquences préjuciables sur la qualité de vie parce que les personnes peu fortunées ne pourraient plus s’offrir le moindre petit plaisir avec leurs deniers personnels.
4. **Outre « le loyer » et « l’EMS », l’unique mesure qui permettrait aussi bien de baisser les coûts que de relever le niveau de qualité, manque : Il faut une nouvelle catégorie « logement protégé ».**
   Un tiers des résidents dans les EMS ont besoin de moins d'une heure de soins par jour. **Pour eux, il y aurait de meilleures solutions qu'un séjour en home.** Le « logement protégé » est la solution par excellence parce qu'elle couvre mieux les besoins de la personne âgée et libère des places de soins. De tels logements adaptés aux besoins de la personne âgée ou à mobilité réduite lui permettent de conserver sa mobilité et de garder des contacts sociaux; les soins et l'encadrement sont aussi mieux assurés qu'au domicile d'origine.
   Le regroupement de plusieurs logements en un même lieu permet de **faire d’autres économies dans le domaine des soins** parce que les trajets pour les visites d'un domicile à l'autre sont supprimées et à l’encontre des visites de « spitex externe qui demandent l’engagement de personnel soignant avec formation, du personnel moins bien formé peut être employé pour des fonctions simples. **Le manque de personnel soignant avec formation supérieure est ainsi réduit*. Ces économies permettraient une économie totale de 600 millions de francs par an.***
   Avec un forfait journalier de 100 francs, des offres bon marché et de qualité seraient financées – au lieu des 160 à 200 francs en EMS. Des 70'500 résidents en EMS avec PC, un tiers pourrait vivre dans un « logement protégé » ce qui représente une économie de 70 francs/jour, soit 600 millions/an.

31.05.2017 Débat au Conseil des États

14.4292 Motion NR Humbel : Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Bestimmungen im KVG so anzupassen, dass Pflegeheime selbstständig ihre kassenpflichtigen Leistungen vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer abrechnen können und Pauschalierungen der Leistungen möglich sind.

Begründung

Artikel 50 KVG wird teilweise so interpretiert, dass Pflegeheime nur die eigentlichen Pflegeleistungen selbstständig verrechnen können, nicht aber die weiteren notwendigen medizinischen Nebenleistungen wie ärztliche Versorgung, MiGeL-Produkte, Medikamente, paramedizinische Leistungen und medizinische Laborleistungen.
Das BAG und Tarifsuisse scheinen sich auf den Standpunkt zu stellen, dass diese Leistungen von den Heimen nicht selbstständig und auch pauschaliert, sondern nach Einzelleistungstarifen nach Aufwand (in Rechnung zu stellen sind. Zudem sollen Pflegematerial (Verbrauchsmaterial) und Produkte der MiGeL gemäss rechtlicher Auslegung nicht zusätzlich vergütet werden können. Diese Gesetzesinterpretation ist realitätsfremd, patientenfeindlich, bürokratisch und kostentreibend – ohne Mehrwert.

Stellungnahme des Bundesrates vom 13.03.2015

Diese Fragen zur Abrechnung wurden von verschiedener Seite bereits eingebracht. Das Bundesamt BAG führt daher derzeit Diskussionen, in denen die Praxis bezüglich der Vergütung des Pflegematerials in der Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim analysiert wird. Die aktuelle Regelung entspricht aus Sicht des Bundesrates den Aufgaben der Pflegeheime. Eine Änderung des gesetzlichen Rahmens ist nicht notwendig.

Empfehlung von senesuisse: **Annahme der Motion**

Pflegeheime können ihre Leistungen dann qualitativ und effizient erbringen, wenn die Abrechnungsmöglichkeiten klar und einfach sind. Dies ist aktuell trotz dem von der Kommission zitierten BVGer-Urteil nicht der Fall, weshalb eine Gesetzesänderung nötig ist – durch Annahme der Motion.

14.12.2016	NR: Annahme (mit 153 zu 38 Stimmen)
13.06.2017	Beratung im Ständerat

14.4292 Motion CN Humbel : Prise en charge des prestations fournies par les EMS ; un peu de bon sens

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les dispositions pertinentes de la (LAMal) de manière à ce que les EMS puissent facturer eux-mêmes aux caisses-maladie l'intégralité des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et appliquer une tarification forfaitaire.

Développement

L'article 50 LAMal est interprété de telle manière que les EMS ne peuvent facturer eux-mêmes que les prestations de soins proprement dites, et non toutes les prestations médicales annexes qui sont pourtant nécessaires telles que les soins médicaux, les produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA), les médicaments, les prestations paramédicales et les prestations médicales de laboratoire.
L'Office fédéral OFSP et la société Tarifsuisse SA semblent estimer que les EMS ne peuvent facturer ces prestations eux-mêmes ou par forfait, mais qu'il faut appliquer un tarif à la prestation. Par ailleurs, toujours selon cette interprétation, le matériel de soins (consommables) et les produits figurant sur la LiMA ne peuvent être facturés en sus. Cette interprétation de la loi est coupée de la réalité, défavorable aux patients, bureaucratique et coûteuse.

Avis du Conseil fédéral du 13.03.2015

D'aucuns ont déjà soulevé la question de la facturation du matériel de soin. Pour cette raison, l'Office fédéral de la santé publique et les associations concernées mènent actuellement des discussions afin d'analyser le remboursement du matériel utilisé pour des soins ambulatoires et dans des EMS. Le Conseil fédéral estime que la réglementation actuelle correspond aux tâches des EMS et qu'il n'est donc pas nécessaire de modifier la législation.

Recommandation de senesuisse : **Adopter la motion**

Les EMS peuvent se concentrer sur des prestations de qualité et d'efficacité si la facturation est claire et simple. Ce qui n'est actuellement pas le cas malgré le jugement du TAF cité par la commission, c'est pourquoi il est nécessaire de modifier la législation – par adoption de la motion.

14.12.2016	CN : Adhésion (avec 153 voix contre 38)
13.06.2017	Débat au Conseil des États