

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Herbstsession 2018

Session d'automne 2018

10. September – 28. September

10 septembre – 28 septembre

Nationalrat: Seiten 3-11

Conseil national : Pages 3-11

Ständerat: Seiten 12-14

Conseil des États : Pages 12-14

Inhaltsverzeichnis

Nationalrat

- [16.065](#) **Änderung Ergänzungsleistungsgesetz (EL-Reform)
→ Differenzenbereinigung** Seite 3
- [17.3860](#) Motion SR Baumann:
Familienzulagen; für eine faire Lastenverteilung Seite 5
- [17.3969](#) Motion SGK-SR: Tarifpartner sollen Tarife von
Laboranalysen aushandeln Seite 6
- [17.3974](#) Motion SGK-NR: Schadenprävention und Umgang
mit Schäden bei medizinischen Behandlungen Seite 7
- [18.3031](#) Motion SGK-NR: Systematischere Missbrauchs-
bekämpfung im Bereich der Ergänzungsleistungen Seite 8
- [18.3387](#) Motion SGK-NR: Sinnvolle Patientensteuerungs-
programme im KVG ermöglichen Seite 9
- [18.3709](#) Motion SGK-NR: Mitsprache und Mitbestimmung der
Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und
Pflegeheimlisten Seite 10
- [18.3710](#) **Motion SGK-NR: MiGeL-Produkte; Inrechnung-
stellung durch Erbringer von Pflegeleistungen** Seite 11

Ständerat

- [18.3512](#) Motion SR Stöckli: Recht auf einen Medikationsplan
zur Stärkung der Patientensicherheit Seite 12
- [18.3425](#) Motion SR Bischof: Sprunghafte Mehrbelastung der
Kantone, Gemeinden und Spitexorganisationen
beseitigen; Kosten für Pflegematerial anpassen Seite 13
- [18.3542](#) Interpellation SR Vonlanthen: Senkung der Gesundheitskosten
durch Fortsetzung bzw. gesamtschweizerische Generalisierung
des "Freiburger Modells" einer pauschalen Abrechnung
der Medikamentenkosten in Pflegeheimen Seite 14

Sommaire

Conseil national

- [16.065](#) **Modification de la Loi sur les prestations
complémentaires (Réforme des PC) → Différences** page 3
- [17.3860](#) Motion CE Baumann : Allocations familiales ; pour une
répartition des charges équitable page 5
- [17.3969](#) Motion CSSS-CE : Négociation des tarifs des analyses
de laboratoire par les partenaires tarifaires page 6
- [17.3974](#) Motion CSSS-CN : Prévention et gestion des dommages
lors de traitements médicaux page 7
- [18.3031](#) Motion CSSS-CN : Lutte plus systématique contre les
abus dans le domaine des prestations complémentaires page 8
- [18.3387](#) Motion CSSS-CN : LAMal ; permettre des programmes
judicieux de gestion des patients page 9
- [18.3709](#) Motion CSSS-CN : Établissement des listes cantonales
des hôpitaux et des EMS ; participation et codécision
des assureurs-maladie page 10
- [18.3710](#) **Motion CSSS-CN : Produits figurant sur la LiMA ;
prise en compte par les prestataires de soins** page 11

Conseil des États

- [18.3512](#) Motion CE Stöckli : Droit à un plan de médication en vue
de renforcer la sécurité des patients page 12
- [18.3425](#) Motion CE Bischof : Supprimer la hausse brutale des coûts à la
charge des cantons, communes et des organisations de soins
à domicile en adaptant les coûts du matériel de soins page 13
- [18.3542](#) Interpellation CE Vonlanthen : Faire baisser les coûts de la
santé en poursuivant ou en généralisant à l'ensemble de la
Suisse le modèle fribourgeois de décompte forfaitaire des
coûts des médicaments dans les EMS page 14

Nationalrat	Conseil national
<p>16.065 Änderung des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen (EL-Reform)</p>	<p>16.065 Modification de la Loi sur les Prestations complémentaires (réforme des PC)</p>
<p>Inhalt</p> <p>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.</p> <p>Bestehende Differenzen nach Entscheiden SR/NR/SR (Sommer 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 4 <u>Anspruch auf EL</u>: Nach Ansicht des NR soll ein Anrecht auf EL neu nur dann bestehen, wenn die betroffene Person während mindestens zehn Jahren Beiträge an die AHV geleistet hat. Der Ständerat will diese Einschränkung nicht einführen. • Art. 9 Abs. 1^{ter} <u>Kürzung der EL</u>: Der NR will im Falle von teilweisem oder vollem BVG-Kapitalbezug die EL um 1/10 kürzen, wenn dieses Kapital aufgebraucht wurde. Der Ständerat will diese Kürzungen bei Kapitalbezug nicht neu einführen. • Art. 9 Abs. 5 Bst. i <u>EL-Zahlung für Betreutes Wohnen</u>: Der NR will die EL-Vergütung von „Betreutem Wohnen“ einführen und hierfür den Bundesrat die Leistungsinhalte definieren lassen. Der SR will zuerst eine genauere Abklärung und vertiefte Diskussion. • Art. 9a <u>Vermögensschwelle</u>: Der NR will die Vermögensschwelle für Liegenschaftsbesitzer senken: Wer mehr als 100'000 Franken (Ehepaare 200'000) besitzt resp. auf dieses freiwillig verzichtete, soll keine EL mehr erhalten. Der SR will dies nicht. • Art. 10 <u>Mietzinsbeiträge</u>: Der NR will die Maximalvergütungen für die Mietkosten in etwa auf aktuellem Niveau beibehalten, der SR will sie auf die gestiegenen Mietzinsen und regional angepasst erhöhen. • Art. 11 <u>Vermögensgrenze</u>: Der NR will, dass das Vermögen bis auf 25'000 Franken (Ehepaare 40'000) aufgebraucht werden muss, um EL zu erhalten. Der SR will die Senkung nur auf 30'000/50'000.--. • Art. 14 <u>EL-Kategorie „Betreutes Wohnen“</u>: Der NR will neu nicht nur das Pflegeheim, sondern auch das „Betreute Wohnen“ über EL finanzierbar machen, mit 37'500 Franken pro Jahr (Paare 75'000). Der SR will zuerst eine genauere Abklärung und vertiefte Diskussion. 	<p>Contenu du projet</p> <p>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.</p> <p>Divergences restantes après décisions CE/CN/CE (été 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • art. 4 <u>Droit aux PC</u>: selon le CN, seules les personnes qui comptent au moins dix années de cotisation à l'AVS ont dès lors droit aux PC. Le Conseil des États ne veut pas introduire cette restriction. • art. 9 al. 1^{er} <u>Réduction des PC</u>: le Conseil national veut réduire d'un dixième les PC en cas de retrait d'une partie ou de la totalité du capital de la prévoyance professionnelle si celui a été utilisé. Le Conseil des États ne veut pas introduire de telles réductions en cas de retrait de capital. • art. 9, al. 5, let. i <u>Financement du logement protégé par les PC</u>: le CN veut introduire le versement des PC pour logement protégé et demande au Conseil fédéral de définir le contenu des prestations. Le CE veut d'abord des précisions et une discussion approfondie. • art. 9a <u>Seuil de fortune</u>: le Conseil national veut baisser le seuil de fortune pour les propriétaires immobiliers: celui qui dispose de 100'000 francs (couple 200'000 francs), ou resp. y a renoncé librement ne doit plus recevoir les PC. Le CE n'est pas d'accord. • art. 10 <u>Contributions en matière de loyers</u>: le CN veut maintenir le montant annuel maximal à peu près au niveau actuel, le CE veut l'indexer à l'augmentation des loyers et l'adapter sur le plan régional. • art. 11 <u>Limite de la fortune</u>: le CN demande que la fortune soit utilisée jusqu'à 25'000 francs (couple 40'000 francs) pour avoir droit aux PC. Le CE ne veut baisser cette limite qu'à 30'000/50'000 francs. • art. 14 <u>Catégorie PC « logement protégé »</u>: le CN veut que désormais non seulement le home soit finançable par les PC, mais également le « logement protégé » avec 37'500 francs/an (couple 75'000). Le CE veut d'abord des précisions et une discussion approfondie.

- Art. 21a Direktüberweisung der EL an Spitäler und Heime: Der NR will die Möglichkeit einführen, dass EL an Spitäler und Heime abgetreten und somit direkt überwiesen werden kann.

Empfehlungen von senesuisse: Festhalten am letzten NR-Entscheid bezüglich Art. 21a, Umschwenken auf SR bei Art. 4, 9, 9a, 10 und 11

- **Art. 21a Abs. 3: Die Direktüberweisung der EL an Heime und Spitäler muss möglich werden.** Es kann nicht sein, dass die zu diesem Zweck ausgerichteten EL zweckentfremdet werden, indem namentlich nach dem Todesfall die Erben das Geld für andere Rechnungen verwenden als den eigentlichen Zahlungszweck.
- **Art. 4, Art. 9 Abs. 1^{ter}, Art. 9a: Diese Einschränkungen des NR führen nur zu mehr Sozialhilfeabhängigkeit statt Kosteneinsparung.** Der SR liegt mit seiner Meinung richtig, dass die in Art. 16a schon beschlossene Rückerstattung aus dem Erbe die viel bessere Lösung darstellt als ein Ausschluss von der EL-Berechtigung.
- **Art. 10 Abs. 1 ff.: Die maximalen Mietbeträge müssen gemäss SR erhöht werden.** Für 1'100 Franken im Monat kann man als betagte EL-bedürftige Person kaum eine angemessene Wohnung finden. Dies zwingt Betroffene zum Umzug ins viel teurere Pflegeheim.
- **Art. 11 Abs. 1: Die heutigen Vermögensfreibeträge dürfen nicht noch weiter gesenkt werden als der SR vorschlägt.** Sie wurden 2011 als Kompensation für die mit der neuen Pflegefinanzierung verursachte Mehrbelastung eingeführt und somit vom Parlament zugesichert. Bereits die Senkung auf 30'000/50'000 Franken ist unlauter.
- **Art. 9 Abs. 5 und Art. 14 Abs. 3: Das „Betreute Wohnen“ ist unbedingt nötig – so schnell und gut wie nur möglich!**

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. Die Zentrierung mehrerer Wohnungen an einem Ort ermöglicht grosse Einsparungen bei den Pflegekosten, dank Wegfall von Fahrtzeiten und effizientem Einsatz von Personal, was erst noch den Mangel an gut ausgebildetem Pflegepersonal reduziert.

Die Verbände Pro Senectute, Curaviva, Spitex Schweiz, senesuisse arbeiten derzeit an wissenschaftlichen Grundlagen für eine geeignete Umsetzung.

10./11.09.2018 Beratung im Nationalrat

- **art. 21a Versement des PC directement aux hôpitaux et aux homes** : le CN veut introduire la possibilité de céder et de verser directement le montant des PC aux hôpitaux et aux homes.

Recommandations de senesuisse : garder la dernière décision du CN concernant art. 21a et prendre celle du CE pour art. 4, 9, 9a, 10 et 11

- **art. 21a al. 3 : Le versement direct des PC aux homes et aux hôpitaux doit devenir possible.** Il est incompréhensible que les PC prévues à cet effet soient détournées notamment en cas de décès par les héritiers pour payer d'autres factures avec cet argent.
- **art. 4, art. 9 al. 1^{er}, art. 9a** : ces restrictions du CN ne font qu'augmenter la dépendance à l'aide sociale au lieu d'amener des économies. Le CE voit juste quand il considère que les remboursements déjà décidés à l'art. 16a par la succession sont une meilleure solution qu'une exclusion au droit aux PC.
- **art. 10 al. 1 ss** : Le montant maximal du loyer doit être relevé selon la décision du CE. Pour 1'100 francs par mois, une personne âgée et bénéficiaire des PC trouvera difficilement un logement répondant à ses besoins. Ceci oblige les personnes concernées à entrer dans un home, ce qui coûte beaucoup plus cher.
- **art. 11 al. 1** : Le montant actuel de fortune librement disponible ne doit pas être encore plus fortement baissé que ce qui est proposé par le CE. Il s'agit d'une compensation de la charge supplémentaire assurée par le parlement suite à l'introduction du « nouveau régime de financement des soins ». Déjà la baisse à 30'000/50'000 francs est déloyale.
- **art. 9 al. 5 et art. 14 al. 3** : **Il faut absolument une nouvelle catégorie « logement protégé » - le plus vite et qualitatif que possible !**

Un tiers des résidents dans les homes a besoin de moins d'une heure de soins par jour. Pour ces personnes, il y aurait de meilleures solutions qu'un séjour en home. Le « logement protégé » est la solution par excellence parce qu'il couvre mieux les besoins et libère des places de soins. Le regroupement de plusieurs logements en un même lieu permet de faire des économies parce que les trajets pour les visites médicales sont supprimés et le personnel soignant peut être plus efficace ce qui réduit aussi le manque de personnel soignant avec formation.

Les associations Pro Senectute, Curaviva, Spitex Suisse, senesuisse élaborent actuellement des bases scientifiques pour une mise en œuvre appropriée.

10./11.09.2018 Débat au Conseil national

**17.3860 Motion SR Baumann:
Familienzulagen; für eine faire
Lastenverteilung**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird aufgefordert, das Bundesgesetz über die Familienzulagen so zu ändern, dass zwingend der volle Lastenausgleich zwischen den Kassen erfolgen muss.

Begründung

Der Bund regelt die Mindestleistungen für Kinder- und Ausbildungszulagen, nicht jedoch die Beitragssätze. Viele Kantone haben zudem die bundesrechtlichen Mindestleistungen erhöht. Um eine faire Lastenteilung bei den Familienleistungen innerhalb der Kantone zu erzielen, soll innerhalb des Kantons der Lastenausgleich zwischen den FAK verpflichtend eingeführt werden. In sechzehn Kantonen hat sich dieser Ausgleich, ähnlich wie bei der AHV, bereits bewährt. In zehn Kantonen ist die Einführung notwendig. Der innerkantonale Lastenausgleich verleiht den FAK mehr Zukunftsfähigkeit, auch hinsichtlich allfälliger Leistungserhöhungen, wahrt dabei die Kompetenzen der Kantone und ist für diese gleichzeitig kostenneutral.

Antrag des Bundesrates: Ablehnung der Motion

Die kantonalen Lastenausgleichssysteme funktionieren grundsätzlich gut und erfüllen ihren Zweck. Eine Verpflichtung der Kantone, zwingend einen vollen Lastenausgleich zwischen den Kassen vorzusehen, ist jedoch aus Sicht des Bundesrates nicht angezeigt und nicht vereinbar mit einer Kompetenzverteilung, die dem in der Familienpolitik stark verankerten Föderalismus Rechnung trägt. 16 Kantone haben ein Lastenausgleichssystem eingeführt.

Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Motion

Es ist Sache der Kantone, die Art und Höhe der Leistungen zugunsten der Familien festzulegen. Es ist deshalb richtig, dass sie auch die Kompetenz haben, deren Finanzierung und die Frage des innerkantonalen Lastenausgleichs auf ihrem Territorium zu regeln. Die Kantonsautonomie ist zu gewährleisten: Wer will, kann und wer nicht will, soll nicht müssen!

15.03.2018 SR: Annahme der Motion mit 20 gegen 18 Stimmen
05.07.2018 SGK-NR: Antrag zur Annahme mit 14 gegen 10 Stimmen
19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**17.3860 Motion CE Baumann :
Allocations familiales ; pour une répartition
des charges équitables**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur les allocations familiales (RS 836.2) en introduisant la compensation obligatoire et intégrale des charges entre les caisses (surcompensation).

Développement

La Confédération règle les prestations minimales octroyées au titre des allocations pour enfant et de formation professionnelle, mais pas les taux de cotisation. De nombreux cantons ont relevé les prestations minimales. Si l'on veut répartir équitablement les charges d'allocations familiales à l'intérieur des cantons, il faut mettre en place une compensation obligatoire des charges entre les CAF au sein du canton. Cette compensation, comme celle qui existe pour l'AVS, fait déjà ses preuves dans seize cantons. Il faut donc l'introduire dans les dix cantons restants. La compensation intra-cantonale des charges assure une meilleure viabilité des caisses, leur permettant notamment de faire face à une éventuelle augmentation des prestations, et préserve les compétences des cantons sans entraîner de coûts supplémentaires.

Proposition du Conseil fédéral : Rejet de la motion

Les systèmes de compensation mis en place dans les cantons fonctionnent généralement bien et atteignent leur but. Mais le Conseil fédéral estime qu'il ne serait pas judicieux d'obliger les cantons à prévoir une pleine compensation des charges entre les caisses et que cela ne respecterait ni la répartition des compétences en vigueur ni le fédéralisme qui caractérise la politique familiale en Suisse. Seize cantons ont introduit un système de compensation.

Recommandation de senesuisse : Rejet de la motion

Il appartient aux cantons de déterminer la nature et le montant des prestations destinées aux familles. Il est donc aussi juste qu'ils soient responsables de régler le financement de ces prestations et la compensation des charges entre les caisses présentes sur leur territoire. L'autonomie du canton doit être garantie : celui qui veut, peut et celui qui ne veut, ne doit pas !

15.03.2018 CE : Adoption de la motion avec 20 voix contre 18
19.09.2018 Débat au Conseil national

17.3969 Motion SGK-SR: Tarifpartner sollen Tarife von Labor- analysen aushandeln	17.3969 Motion CSSS-CE : Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires
<p>Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 52 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig - analog Tarmed und DRG - durch die Tarifpartner verhandelt werden.</p> <p>Entscheid des Ständerats: Annahme der Motion Bei den Tarifen für Laboranalysen möchte der Ständerat von der behördlich festgelegten Analysenliste wegkommen und stattdessen auf Tarifvereinbarungen zwischen Labors, Ärzten und Versicherern setzen. Gemeinsame Vorarbeiten von Leistungserbringern und Versicherern seien schon weit gediehen und dieser Versuch einer Liberalisierung sei zu unterstützen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u> Aus Sicht von senesuisse sind im Bereich der Tarife möglichst einfache und zweckmässige Lösungen zu suchen. Diese werden am besten gefunden, wenn zwischen den Tarifpartnern eine praxisingerechte Vereinbarung zustande kommt. Durch den Wegfall von staatlichen Preisfestlegungen kann nicht nur die politische Komponente aus dieser rein wirtschaftlichen Frage entfernt werden, sondern ist auch ein grosses Einsparpotenzial an Bundesstellen und Administrativaufwand möglich (Beispiel: Tagestaxen für MiGeL in Pflegeheimen ersetzen die aufwändige Einzelerfassung und Verrechnung sämtlicher Pflegematerialien pro betroffenem Patient).</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'article 52 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie de manière à ce que les tarifs des analyses menées par les laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires, comme le système de tarification Tarmed et celui des forfaits par cas.</p> <p>Décision du Conseil des États : Adoption de la motion Le Conseil des États souhaite que les tarifs des analyses de laboratoire ne soient plus fixés par les autorités dans la liste des analyses : en lieu et place, elle propose que des conventions tarifaires soient conclues entre les laboratoires, les médecins et les assureurs. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ont déjà fait ensemble d'importants travaux préparatoires en la matière et il faut soutenir cette tentative de libéralisation.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u> Pour senesuisse, il faut chercher des solutions simples et adéquates. Elles se trouvent le plus facilement si les partenaires tarifaires négocient une convention conforme à la pratique. Avec la suppression des fixations tarifaires par l'État, non seulement la composante politique peut être exclue de cette question purement économique, mais il y a grand potentiel d'économies réalisables en services fédéraux et tâches administratives (p. ex. les taxes journalières pour moyens et appareils dans les EMS remplacent la prise en compte individuelle et le calcul de tout le matériel des soins par patient).</p>
<p>29.11.2017 SR: Annahme der Motion mit 24 gegen 18 Stimmen 18.05.2018 SGK-NR: Antrag zur Annahme mit 15 gegen 7 Stimmen 19.09.2018 Beratung im Nationalrat</p>	<p>29.11.2017 CE : Adoption de la motion avec 24 voix contre 18 18.05.2018 CSSS-CN : Recommandation d'adopter la motion (15 contre 7) 19.09.2018 Débat au Conseil national</p>

**17.3974 Motion SGK-NR:
Schadenprävention und Umgang mit
Schäden bei medizinischen Behandlungen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen, der Stiftung Patientensicherheit, Gesundheitsfachpersonen, Patientenorganisationen und den Krankenkassen Massnahmen zu ergreifen mit dem Ziel der Stärkung der Schadenprävention wie:

- Stärkung und flächendeckende Implementierung einer Sicherheits- und Fehlerlernkultur verbunden mit Regressmöglichkeiten und der Erleichterung der Beweissituation durch Verbesserung der Behandlungstransparenz insbesondere bei fehlerhaften Eingriffen;
- Verbesserung des Medizinal-Haftpflichtrechts und Vereinfachungen zur Erleichterung der Beweissituation betreffend Einhaltung bundesrechtlich verbindlicher Vorgaben der Qualitätssicherung und Patientensicherheit;
- Klärung der Fragen des Haftungsrechts auf Bundes- und Kantons-ebene betreffend.

Antrag des Bundesrates: Ablehnung der Motion

Der Bundesrat ist davon überzeugt, dass die sich aus der Transparenz ergebende, selbstmotivierte Qualitätsentwicklung wirkungsvoller ist als Erleichterungen im Haftpflicht- oder Regressrecht, die auf Schadenausgleich im Einzelfall abzielen. Grundsätzliche Änderungen oder sektoriell den Medizinalbereich betreffende Anpassungen seien nicht zielführend. Wennschon sollen die Beratungs- und Unterstützungsangebote der Kantone und Patientenorganisationen gestärkt und weiterentwickelt werden.

Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Motion

Es würde den bestehenden haftungsrechtlichen Grundsätzen diametral widersprechen, wenn für gewisse Einzelfälle nicht mehr die Kläger ihr Recht beweisen müssten, sondern die Beklagten. Weshalb soll für das Medizinal-Haftpflichtrecht das Gegenteil von sämtlichen Schäden aus einem anderen Ereignis gelten? Eine flächendeckende Implementierung einer Sicherheits- und Fehlerlernkultur besteht bereits und geschieht besser in eigenständiger Initiative der Betroffenen statt durch Drittakteure.

19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**17.3974 Motion CSSS-CN :
Garantir la qualité et imposer la
transparence dans l'offre de soins**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé, en collaboration avec les cantons, la Fondation pour la sécurité des patients, les professionnels de la santé, les organisations de patients et les caisses-maladie, de prendre des mesures visant à renforcer la protection des dommages, telles que :

- renforcement et introduction à large échelle d'une culture constructive en matière de sécurité et de traitement des erreurs, liée à la possibilité d'actions récursoires et à l'amélioration des conditions concernant les preuves exigées du patient lésé en améliorant la transparence des traitements, notamment en cas d'erreurs médicales ;
- amélioration de la responsabilité civile médicale en y apportant des simplifications visant à améliorer les conditions concernant les preuves exigées s'agissant du respect des prescriptions obligatoires du droit fédéral en matière d'assurance-qualité et de sécurité des patients ;
- établissement d'un état des lieux s'agissant de la responsabilité civile (échelon fédéral et échelon cantonal).

Proposition du Conseil fédéral : Rejet de la motion

Le Conseil fédéral est convaincu que le renforcement spontané de la qualité découlant du renforcement de la transparence aura plus d'effets qu'une simplification du droit de la responsabilité civile ou du droit récursoire visant la réparation des dommages au cas par cas. Des adaptations ponctuelles dans le domaine médical ou des modifications substantielles ne sont pas utiles. Pour soutenir les patients, il faut renforcer et développer les offres de conseil et de soutien mises en place par les cantons et les organisations de patients.

Recommandation de senesuisse : Rejet de la motion

Ce serait diamétralement opposé aux principes de responsabilité civile si le plaignant ne devait plus prouver son droit, mais pour certains cas particuliers le défendeur. Pourquoi serait-ce autrement dans les cas médicaux que dans la vie courante pour tout dommage ? Une implantation à large échelle d'une culture constructive en matière de sécurité et de traitement des erreurs existe déjà et fonctionne mieux sur la base d'une initiative indépendante des concernés qu'avec l'intervention de tiers.

19.09.2018 Débat au Conseil national

**18.3031 Motion SGK-NR:
Systematischere Missbrauchsbekämpfung
im Bereich der Ergänzungsleistungen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die notwendigen Massnahmen zu treffen und bei Bedarf die erforderlichen Rechtsgrundlagen zu schaffen, damit der Missbrauch im Bereich der Ergänzungsleistungen künftig systematischer angegangen werden kann. Es sollen insbesondere die notwendigen Massnahmen ausgearbeitet resp. verstärkt werden, um zu überprüfen, ob nichtdeklarierte Vermögen im Ausland (insbesondere Immobilien) bestehen. Unter Einbezug der kantonalen Durchführungsstellen sind dabei Mindeststandards zu definieren. Künftig sollen sie auch jährlich einen Bericht über die Resultate publizieren, so wie dies mittlerweile seit Jahren auch die Invalidenversicherungsstellen machen.

Begründung

Die systematische Missbrauchsbekämpfung (insbesondere bei nicht deklariertem Vermögensbesitz im Ausland) bei den Ergänzungsleistungen muss verstärkt werden. Es ist hinreichend bekannt, dass es nicht nur Einzelfälle gibt, die über nichtdeklarierte Vermögen im Ausland verfügen. Gerade im Zeitpunkt, wo ehrlichen Bezüglern einschneidende Massnahmen drohen, muss alles unternommen werden, um das Vertrauen in das System zu stärken. Angesichts der zunehmend schwierigen finanziellen Situation der EL ist das System für die Zukunft zwingend so auszurichten, dass nur jene Personen Anspruch auf EL haben, die wirklich darauf angewiesen sind.

Stellungnahme des BR: Antrag zur Ablehnung der Motion

Mit den bestehenden Massnahmen stehen den EL-Durchführungsstellen ausreichende Datengrundlagen zur Verfügung. Der Bundesrat ist deshalb der Ansicht, dass die in der vorliegenden Motion geforderten Massnahmen keinen Mehrwert bringen würden, sondern die Durchführungsstellen lediglich mit einem zusätzlichen administrativen Aufwand belasten würden.

Empfehlung senesuisse: Art. 21a ELG ist wichtiger als diese Motion

Wenn es eine Anpassung des ELG braucht, dann jene in Art. 21a nach Fassung des Nationalrates (s. oben). Die vorliegende Problematik ist aber nicht via Gesetzesrevision, sondern bessere Umsetzung anzugehen.

19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**18.3031 Motion CSSS-CN :
Lutte plus systématique contre les abus dans
le domaine des prestations complémentaires**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de prendre les mesures qui s'imposent et, si nécessaire, de créer les bases légales nécessaires afin qu'il soit possible de lutter plus systématiquement contre les abus dans le domaine des prestations complémentaires (PC). Il s'agira en particulier d'élaborer ou de renforcer les outils permettant de contrôler que les personnes qui perçoivent des PC ne disposent pas de biens non déclarés à l'étranger (en particulier des biens immobiliers). Pour ce faire, des normes minimales seront définies d'entente avec les organes d'exécution cantonaux. Ces derniers publieront chaque année un rapport présentant les résultats de leurs travaux, à l'instar de ce que font depuis plusieurs années les offices de l'assurance-invalidité.

Développement

Il faut renforcer la lutte systématique contre les abus dans le domaine des PC. Il n'est pas rare que des bénéficiaires de PC possèdent à l'étranger des biens non déclarés. Moyennant une stratégie adaptée, le domaine des PC pourra lui aussi voir sa charge diminuer et, surtout, sa réputation s'améliorer. Au moment où des mesures radicales menacent les bénéficiaires de PC qui font preuve d'honnêteté, il faut tout entreprendre pour renforcer la confiance dans le système. Eu égard aux difficultés financières croissantes dans le domaine des PC, il est impératif d'organiser dorénavant le système de telle manière que seules les personnes qui dépendent réellement des PC y aient droit.

Prise de position du CF : Recommandation de rejeter la motion

Avec les mesures existantes, les organes d'exécution des PC disposent de données suffisantes pour calculer correctement les prestations. Le Conseil fédéral estime par conséquent que les mesures demandées par la présente motion n'apporteraient aucune plus-value, mais ne feraient qu'accroître la charge administrative supportée par les organes d'exécution.

Recommandation senesuisse : art. 21a LPC plus important que la motion

Si une adaptation de la LPC s'avère nécessaire, c'est bien celle à l'art. 21a comme le considère le CN (v. ci-dessus). Mais il ne s'agit pas d'aborder la problématique présente par une révision de la loi, mais par une meilleure mise en application des bases existantes.

19.09.2018 Débat au Conseil national

**18.3387 Motion SGK-NR:
Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme
im KVG ermöglichen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des KVG vorzulegen, so dass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 25b Patientensteuerungsprogramme

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese:

- a. auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind;
- b. zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung gegenüber Behandlungen ausserhalb dieser Programme führen;
- c. zwischen Leistungserbringern nach Artikel 35 KVG und Versicherern vereinbart wurden.

Begründung

Die starre Regelung im aktuellen KVG verhindert die Durchführung und Abrechnung von nichtärztlichen Koordinations- und Beratungsleistungen sowie von wirksamen nichtkassenpflichtigen Leistungen; dies insbesondere wegen dem abschliessenden Leistungskatalog und dem Erfordernis der ärztlichen Anordnung. Zweckmässige Patientensteuerungsprogramme führen zu besseren Behandlungsergebnissen und tieferen Kosten. In Anbetracht des zunehmenden Mangels an Hausärzten wäre es sinnvoll, auch nichtärztliche Leistungserbringer vermehrt für Koordinations- und Beratungsaufgaben einsetzen zu können.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Es müssen endlich Schritte weg von der Einzelvergütung von Leistungen hin zur Pauschalvergütung für Patienten gemäss ihren Bedürfnissen erfolgen. Einzig eine konsequente Subjektfinanzierung (statt Leistungsfinanzierung) ermöglicht patientengerechte, qualitative und erst noch kostengünstige Lösungen, indem der Wettbewerb um die beste Leistung spielen kann.

19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**18.3387 Motion CSSS-CN :
LAMal ; permettre des programmes
judicieux de gestion des patients**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à ce que les prestations fournies dans le cadre de programmes de gestion des patients puissent être rémunérées. Cette modification de la LAMal pourrait prendre la forme suivante :

Art. 25b Programmes de gestion des patients

L'assurance obligatoire des soins prend en charge aux conditions suivantes les coûts des prestations fournies dans le cadre de programmes de gestion des patients :

- a. les programmes sont limités à un groupe de patients clairement défini ;
- b. les programmes permettent d'améliorer l'efficacité et la qualité par rapport aux traitements dispensés en dehors de ces programmes ;
- c. les programmes ont été convenus entre les fournisseurs de prestations au sens de l'article 35 LAMal et les assureurs.

Développement

Les règles actuelles sont tellement rigides que seul un médecin peut dispenser et facturer des prestations de coordination et de conseil ; certaines prestations pourtant efficaces ne peuvent pas davantage être dispensées et facturées, notamment parce que le catalogue des prestations est exhaustif et qu'une prescription médicale est nécessaire. Des programmes adéquats de gestion des patients permettent d'améliorer les résultats des traitements et de réduire les coûts. Compte tenu du manque croissant de médecins de famille, il serait judicieux de pouvoir davantage recourir à des fournisseurs de prestations qui ne sont pas des médecins pour des tâches de coordination et de conseil.

Recommandation de senesuisse : Adopter la motion

Il faut abandonner le remboursement à la prestation et appliquer le remboursement forfaitaire pour les patients en fonction de leurs besoins. Un financement axé sur la personne (au lieu d'un financement par prestation) offre des solutions de qualité adaptées aux besoins des patients et en plus meilleur marché, car la compétitivité peut jouer un rôle pour la meilleure prestation.

19.09.2018 Débat au Conseil national

**18.3709 Motion SGK-NR:
Mitsprache und Mitbestimmung der
Krankenversicherer bei kantonalen
Spital- und Pflegeheimlisten**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 53 KVG betreffend die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht um einen Absatz 3 zu ergänzen, in welchem eine spezialgesetzliche Grundlage geschaffen wird, welche die Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach dem Artikel 39 KVG (Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung zulasten der OKP) zum Gegenstand hat. Konkret sind Krankenversicherer und ihre Verbände zur Beschwerdeführung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen betreffend Spital- und Pflegeheimlisten zu berechtigen.

Begründung

Die Aufnahme von Leistungserbringern in die kantonalen Spitallisten ist für die Krankenversicherer stets von grosser Bedeutung. Zum einen führt die Zunahme an Leistungserbringern erfahrungsgemäss zu Mehrkosten für die Versicherer und damit für die bei ihnen versicherte Gemeinschaft. Zum anderen sind die Versicherer aber auch als Teil des regulierten Wettbewerbs von der kantonalen Spitalplanung betroffen. Durch die Einräumung der Beschwerdelegitimation wird ihnen im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion und auch Mitverantwortung für ein kostengünstiges Gesundheitswesen eine sinnvolle Möglichkeit gegeben, im Falle von rechtsverletzenden kantonalen Spital- und Pflegeheimplanungsentscheiden korrigierend einzugreifen.

Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Motion

Es ist die Aufgabe der Kantone, ein bedarfsgerechtes Angebot an Spitälern und Pflegeheimen zu erstellen. Bereits heute sind sie mit der Bewilligung neuer Betriebe äusserst zurückhaltend, weil sie die Kosten zu einem grossen Teil mittragen. Wenn nun auch noch den Versicherern ein Beschwerderecht eingeräumt wird, wären dringend benötigte Pflegeheimprojekte nochmals über Jahre blockiert und die bedürftigen Personen ohne das nötige Angebot.

19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**18.3709 Motion CSSS-CN :
Établissement des listes cantonales des
hôpitaux et des EMS. Participation et
codécision des assureurs-maladie**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de compléter l'art. 53 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), portant sur les recours au Tribunal administratif fédéral (TAF), par un al. 3 qui crée une base légale spéciale relative au droit des assureurs-maladie de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux au titre de l'art. 39 LAMal (admission des hôpitaux à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins). Concrètement, les assureurs-maladie et leurs fédérations auront le droit de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux concernant les listes des hôpitaux et des établissements médicosociaux (EMS).

Développement

L'admission de fournisseurs de prestations dans les listes cantonales des hôpitaux est toujours d'une grande importance pour les assureurs-maladie. En effet, l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations entraîne, d'expérience, des coûts supplémentaires pour les assureurs, et donc pour leurs assurés. Par ailleurs, les assureurs sont concernés par la planification hospitalière qu'opèrent les cantons puisqu'ils sont un rouage de la concurrence régulée. Leur conférer la qualité pour recourir leur donnerait la possibilité judicieuse d'intervenir, dans le cadre de leur fonction de surveillance et leur coresponsabilité à garantir un système de santé bon marché, pour corriger des décisions prises par les cantons en matière de planification des hôpitaux et des EMS qui enfreignent le droit en vigueur.

Recommandation de senesuisse : Rejet de la motion

C'est aux cantons d'élaborer une offre des hôpitaux et des EMS adaptée aux besoins. Aujourd'hui, les cantons sont très réticents quand il s'agit d'ouvrir de nouveaux établissements parce qu'ils doivent prendre en charge une grande partie des coûts. Si un droit de recourir était accordé en plus aux assureurs-maladie, les projets urgents d'établissements médico-sociaux seraient bloqués pendant de nombreuses années et les personnes ayant besoin de soins seraient privées d'une offre indispensable.

19.09.2018 Débat au Conseil national

**18.3710 Motion SGK-NR:
MiGeL-Produkte; Inrechnungstellung
durch Erbringer von Pflegeleistungen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungserbringer für Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführten Produkte sowohl für die Selbstanwendung der versicherten Person als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung müssen die OKP-Versicherer nur noch einen fixierten Beitrag an die Pflegekosten bezahlen. Obwohl das Parlament die Kostenneutralität vorgeschrieben hat, wurden die Leistungen für „Mittel und Gegenstände“ nicht in diesen Beitrag einberechnet. Viele Versicherer waren deshalb der Meinung, dass diese Vergütung weiterhin zusätzlich zu den fixierten Pflegebeiträgen geschuldet ist.

Nachdem Gerichtsurteile das Gegenteil festgestellt haben, besteht nun akuter Handlungsbedarf. Wenn die Versicherer nur noch die „ohne eine Mithilfe von Personal“ angewendeten Materialien vergüten müssen und auch nur wenn ein Abgabevertrag vorliegt, können sie sich aus der Verantwortung stehlen. Anstelle der Krankenkassen müssen die Kantone immer noch mehr Kosten selber übernehmen.

Die wegen der Urteile nötige Unterscheidung zwischen „Selbstanwendung“ und „Anwendung durch Personal“ ist in der Praxis (z. B. Spitex) enorm aufwändig oder schlicht nicht durchführbar. Es muss deshalb festgelegt werden, dass die OKP in jedem Fall für die Kosten von MiGeL aufkommen muss, egal wer diese nun genau angewendet hat.

19.09.2018 Beratung im Nationalrat

**18.3710 Motion CSSS-CN :
Produits figurant sur la LiMA ; prise en
compte par les prestataires de soins**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de créer les conditions juridiques nécessaires pour que les prestataires des soins visés à l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) puissent prendre en compte les produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) aussi bien lorsqu'ils sont utilisés par la personne assurée elle-même que lorsqu'ils sont utilisés par le personnel infirmier.

Recommandation de senesuisse : Adopter la motion

Depuis l'introduction du nouveau financement des soins, les assureurs AOS ne sont astreints qu'à payer un montant fixe aux coûts des soins. Bien que le Parlement ait prescrit la neutralité des coûts, les prestations pour les « moyens et appareils » ne sont pas incluses dans ce montant. Bien des assureurs pensaient donc que ce remboursement était dû en plus des montants fixes aux soins.

Maintenant que le contraire a été démontré par des jugements du tribunal, il faut réagir rapidement. Si les assureurs ne sont tenus de rembourser que le matériel utilisé « sans l'aide du personnel soignant » et uniquement si un contrat de remise existe, ils peuvent se soustraire à leurs responsabilités. Il en résulte que les cantons doivent une fois de plus endosser des coûts qui seraient à la charge des caisses maladie.

Cette différence devant être faite entre « matériel de soins utilisé soi-même » et « matériel de soins utilisé par le personnel soignant » suite aux jugements du tribunal occasionne un énorme supplément de travail (p. ex. Spitex) ou s'avère même impossible à mettre en pratique. Il doit alors être défini que l'AOS est tenu de prendre en charge les coûts pour les « moyens et appareils » dans tous les cas, peu importe qui les utilise.

19.09.2018 Débat au Conseil national

Ständerat	Conseil des États
<p>18.3512 Motion SR Stöckli: Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit</p>	<p>18.3512 Motion CE Stöckli : Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Rechtsgrundlage zu unterbreiten, die für die Patientinnen und Patienten ein Anrecht schafft, einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan zu erhalten, sofern sie drei oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einnehmen.</p> <p>Begründung</p> <p>Viele mehrfach und chronisch kranke Menschen, darunter viele ältere Patienten, müssen gleichzeitig mehrere Medikamente einnehmen. Die so genannte Polymedikation birgt das Risiko von Nebenwirkungen und Interaktionen. Bei einem Arztbesuch, einem Eintritt in ein Spital oder ein Pflegeheim liegen die Informationen zu den Arzneimitteln oft nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor. Ein aktueller, umfassender Medikationsplan ist eine Voraussetzung für systematische Medikationschecks und die Erhöhung der Patientensicherheit. Für die Patienten soll ein Anrecht geschaffen werden, einen Medikationsplan zu erhalten. Voraussetzung ist, dass sie mindestens drei oder mehr, systemisch wirkende Arzneimittel über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen einnehmen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Medikationsfehler gehören nach wie vor zu den häufigsten Behandlungsfehlern im Gesundheitswesen. Sie führen zu zahlreichen Spitaleintritten, die mit hohen Kostenfolgen verbunden sind. Ein Medikationsplan, der in elektronischer oder in gedruckter Form verteilt werden kann, ist eine wichtige qualitätssichernde Massnahme und trägt dazu bei, vermeidbare Fehler zu verhindern.</p> <p>18.09.2018 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement une base légale conférant aux patients qui doivent prendre simultanément au moins trois médicaments le droit d'obtenir un plan de médication sous forme électronique ou sur papier.</p> <p>Développement</p> <p>De nombreux patients - souvent âgés - touchés par une polymorbidité ou souffrant de maladies chroniques doivent prendre plusieurs médicaments simultanément. Or la polymédication comporte des risques d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Il est fréquent, lors de visites médicales ou d'une admission à l'hôpital ou dans un EMS que les informations sur les médicaments pris ne soient pas disponibles à temps ou qu'il manque certaines informations. Or un plan de médication complet et à jour est indispensable pour procéder à un examen approfondi de la médication et améliorer la sécurité du patient. C'est pourquoi il faut conférer un droit à un plan de médication aux patients qui doivent prendre au moins trois médicaments à action systémique durant 28 jours ou plus.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Les erreurs de médication font partie des erreurs de traitement les plus fréquentes dans le domaine de la santé. Elles sont à l'origine de nombreuses hospitalisations et des importants coûts subséquents. L'établissement d'un plan de médication, qui pourra être remis au patient sous forme électronique ou sur papier, est une mesure essentielle pour garantir la qualité des traitements et prévenir les erreurs inutiles.</p> <p>18.09.2018 Débat au Conseil des États</p>

**18.3425 Motion SR Bischof:
Sprunghafte Mehrbelastung der Kantone,
Gemeinden und Spitexorganisationen
beseitigen; Kosten für Pflegematerial
anpassen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die in Artikel 7a Absatz 3 KLV festgelegt sind, spätestens auf 1. Januar 2019 zu erhöhen und damit an die effektive Pflegekostenentwicklung anzupassen. Zusätzlich sind die Kosten für die Verwendung von Mittel- und Gegenständen der gesetzlichen Liste (MiGeL) in den OKP-Beiträgen zu berücksichtigen.

Begründung

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) setzte mit zwei Urteilen im Herbst 2017 die Praxis zur Vergütung von Pflegematerial in Pflegeheimen fest. Für die Pflege notwendige und vom Personal angewendete Gegenstände, wie etwa Injektionshilfen oder Wundverbände, die sich auf der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) befinden, dürfen demnach nicht mehr separat bei den Krankenkassen abgerechnet werden, sondern sind als Teil der gesamten Pflegekosten zu betrachten. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) müssen Pflegematerialien seither im Rahmen der bestehenden Pflegekostenregelung finanziert werden. Dies, obwohl den MiGeL-Kosten bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011 offensichtlich zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Quasi als Notlösung sollen die Pflegematerialien nun über die Restfinanzierung bezahlt werden, wodurch die öffentlichen und privaten Spitex-Organisationen bzw. die Kantone und Gemeinden ein weiteres Mal zur Kasse gebeten werden.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Es braucht eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger. Die Versicherer sind hier stärker in die Pflicht zu nehmen und die OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung anzupassen. Gleichzeitig kann und muss das Problem der Bezahlung von MiGeL gelöst werden: Die Versicherer sind zu verpflichten, wie zur Zeit vor den Urteilen unabhängig vom Anwender für die Kosten aufzukommen.

18.09.2018 Beratung im Ständerat

**18.3425 Motion CE Bischof :
Supprimer la hausse brutale des coûts à la
charge des cantons, des communes et des
organisations de soins à domicile en
adaptant les coûts du matériel de soins**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'augmenter au 1er janvier 2019 au plus tard les montants pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, qui sont fixés à l'art. 7a, al. 3, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, en les adaptant à l'augmentation effective des coûts des soins. Il prendra en compte au surplus dans ces montants les coûts de l'utilisation des moyens et appareils recensés dans la liste des moyens et appareils (LiMA).

Développement

En automne 2017, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a rendu deux arrêts qui ont fixé la pratique en matière de remboursement du matériel de soins utilisé dans les EMS. Ainsi, les appareils nécessaires aux soins utilisés par le personnel, tels que les dispositifs d'injection ou les pansements, qui sont recensés dans la LiMA ne peuvent plus être facturés séparément aux caisses-maladie, mais sont considérés comme compris dans le coût total des soins. Selon l'OFSP, le matériel de soins doit désormais être financé selon les règles existantes de prise en charge des soins. Or, on n'a manifestement que peu tenu compte des coûts induits par les moyens et appareils de la LiMA lors de l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011. La solution consistant à assurer le paiement du matériel de soins par le financement résiduel est quasiment une solution de secours et elle fait passer une nouvelle fois à la caisse les organisations publiques et privées de soins à domicile, et donc les cantons et les communes.

Recommandation de senesuisse : Adopter la motion

Il faut à l'avenir assurer un financement à part égales par tous les agents payeurs de l'augmentation des coûts dans le domaine des soins. Les assureurs doivent être davantage responsabilisés et les montants pris en charge par l'AOS doivent être adaptés à l'évolution des coûts. Parallèlement, le problème du remboursement de LiMA peut et doit être résolu : Les assureurs doivent être obligés de prendre en charge les coûts comme c'était le cas avant les jugements, peu importe qui applique ces moyens et appareils.

18.09.2018 Débat au Conseil des États

**18.3542 Interpellation SR Vonlanthen:
Senkung der Gesundheitskosten durch
Fortsetzung bzw. gesamtschweizerische
Generalisierung des "Freiburger Modells"
einer pauschalen Abrechnung der
Medikamentenkosten in Pflegeheimen**

Eingereichter Text

Im Kanton Freiburg konnten mit Einführung der pharmazeutischen Betreuung durch Konsiliarapotheker in Alters- und Pflegeheimen die Medikamentenkosten um mehr als 2 Millionen Franken pro Jahr gesenkt werden ("Freiburger Modell"). Die Abgeltung erfolgt pauschal und wird indirekt finanziert, indem sie in die pauschale Abgeltung für Medikamentenkosten der APH integriert ist. Es existiert also ein Gesamtbudget mit Anreiz zu verantwortungsbewusstem Einsatz von Arzneimitteln.

Diese neu von den Versicherern mit Hinweis auf die gesetzliche Grundlage (geforderter Risikoausgleich in der Verordnung) provozierte Torpedierung dieses "Freiburger Modells", das qualitativ hervorragende Leistungen ermöglichte und eine beeindruckende Kostenersparnis mit sich brachte, löst überall ein grosses und unverständliches Kopfschütteln aus. Aufgrund dieser unbefriedigenden Situation erlaube ich mir, die folgenden Fragen zu stellen:

1. Wie beurteilt er die Vernichtung dieses "Freiburger Modells", eines gut eingespielten und sehr kostengünstigen Systems aufgrund rein formalistischer Überlegungen der Versicherungen?
2. Die Partner waren bis zur abrupten Unterbrechung des Prozesses durch gewisse Versicherer bereit, nach Lösungen zu suchen, welche alle Beteiligten befriedigte. Ist er bereit, eine weitere Karenzfrist bis Ende Jahr 2018 zu gewähren, damit die konstruktive Lösungsfindung fortgesetzt werden kann?
3. Welche Möglichkeiten sieht er, um das Freiburger Pauschalssystem, das zu massiven Einsparungen im Gesundheitswesen führt, auf eine Grundlage zu stellen, welche eine gesamtschweizerische Umsetzung zulässt? Welche Gesetzesanpassungen müssten in diesem Falle vorgenommen werden?

Empfehlung senesuisse: Annahme des Postulats

18.09.2018 Beratung im Ständerat

**18.3542 Interpellation CE Vonlanthen : Faire baisser
les coûts de la santé en poursuivant ou en
généralisant à l'ensemble de la Suisse le
modèle fribourgeois de décompte forfaitaire
des coûts des médicaments dans les
établissements médico-sociaux**

Texte déposé

Dans le canton de Fribourg, les coûts des médicaments pour les personnes soignées dans des EMS ont pu être réduits de plus de 2 millions de francs par an depuis l'introduction d'un service d'assistance pharmaceutique fourni par des pharmaciens conseil ("modèle fribourgeois"). La rémunération des prestations pharmaceutiques est forfaitaire et indirecte : elle est intégrée aux forfaits pour les coûts des médicaments des EMS. Ces derniers disposent donc d'un budget global qui les incite à une utilisation responsable des médicaments.

Le torpillage du modèle fribourgeois provoqué par les assureurs, qui invoquent les bases légales (exigence de la compensation des risques inscrite dans l'ordonnance), a suscité une énorme incompréhension. En effet, non seulement ce modèle a donné d'excellents résultats du point de vue qualitatif, mais il a permis de réaliser des économies impressionnantes. La situation étant insatisfaisante, je me permets de poser les questions suivantes :

1. Que pense-t-il de la destruction du modèle fribourgeois, qui est bien implanté et très bon marché, pour des considérations purement formelles avancées par les assureurs ?
2. Jusqu'à ce que certains assureurs ne mettent brutalement un terme au processus, les partenaires étaient disposés à chercher des solutions satisfaisant toutes les parties. Le Conseil fédéral est-il disposé à accorder un délai supplémentaire courant jusqu'à la fin 2018 pour que la recherche de solutions constructives puisse se poursuivre ?
3. De quelle manière, selon lui, pourrait-on donner au modèle forfaitaire fribourgeois, qui permet de réaliser d'énormes économies dans le système de santé, une base légale qui permettrait une mise en œuvre dans l'ensemble de la Suisse ? Quelles lois devraient être modifiées à cet effet ?

Recommandation senesuisse : Adopter le postulat

18.09.2018 Débat au Conseil des États