

**Gesundheits- und Heimpolitik  
im Bundesparlament**

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

**Vorschau**

**Perspective**

**Frühjahrssession 2019**

**Session de printemps 2019**

**4. März – 22. März**

**4 mars – 22 mars**

**Nationalrat: Seiten 3-8**

**Conseil national : Pages 3-8**

**Ständerat: Seiten 9-11**

**Conseil des États : Pages 9-11**

## Inhaltsverzeichnis

### Nationalrat

- [16.065](#) **Änderung Ergänzungsleistungsgesetz (EL-Reform)  
→ Differenzenbereinigung** Seite 3
- [18.3716](#) **Motion SGK-NR: Ergänzungsleistungen für  
betreutes Wohnen** Seite 4
- [18.3512](#) Motion SR Stöckli: Recht auf einen Medikationsplan  
zur Stärkung der Patientensicherheit Seite 5
- [19.3002](#) Postulat SGK-NR: Pflege und EFAS (einheitliche  
Finanzierung ambulant/stationär) Seite 6
- [18.4091](#) Motion SGK-SR: Krankenkassen; verbindliche  
Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und  
Qualitätssicherung Seite 7
- [18.4096](#) Motion SGK-NR: Krankenversicherung; Franchise  
auf 500 Franken festsetzen Seite 8

### Ständerat

- [18.036](#) Bundesratsgeschäft: KVG; Anpassung der Franchisen  
an die Kostenentwicklung
- [15.468](#) Parl. Initiative F. Borer: Stärkung der  
Selbstverantwortung im KVG Seite 9
- [15.083](#) KVG: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit Seite 10
- [17.528](#) Parl. Initiative SR Ettlín: Obligatorische Krankenpflege-  
versicherung; Berücksichtigung der Mengenausweitung  
bei Tarifverhandlungen
- [18.3305](#) Motion NR Brand: KVG; keine Tarifverträge ohne  
Kosteneindämmungselement Seite 11

## Sommaire

### Conseil national

- [16.065](#) **Modification de la Loi sur les prestations  
complémentaires (Réforme des PC) → Différences** page 3
- [18.3716](#) **Motion CSSS-CN : Prestations complémentaires  
pour les personnes âgées en logement protégé** page 4
- [18.3512](#) Motion CE Stöckli : Droit à un plan de médication en vue  
de renforcer la sécurité des patients page 5
- [19.3002](#) Postulat CSSS-CN : Soins et financement uniforme  
des prestations hospitalières et ambulatoires page 6
- [18.4091](#) Motion CSSS-CE : Caisses-maladie : réglementation  
contraignante des commissions versées aux intermédiaires,  
sanctions et garantie de la qualité page 7
- [18.4096](#) Motion CSSS-CN : Assurance-maladie ; fixer la  
franchise à 500 francs page 8

### Conseil des États

- [18.036](#) Objet du Conseil fédéral : LAMal. Adaptation des  
franchises à l'évolution des coûts
- [15.468](#) Initiative parl. F. Borer : LAMal ; renforcer la  
responsabilité individuelle page 9
- [15.083](#) LAMal : Renforcement de qualité et économie page 10
- [17.528](#) Initiative parl. CE Ettlín : Assurance obligatoire des soins ;  
prise en compte de l'accroissement du volume des  
prestations dans les négociations tarifaires
- [18.3305](#) Motion CE Brand : LAMal ; plus de convention tarifaire  
sans maîtrise des coûts page 11

Nationalrat	Conseil national
<p><b>16.065 Änderung des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen (EL-Reform)</b></p>	<p><b>16.065 Modification de la Loi sur les Prestations complémentaires (réforme des PC)</b></p>
<p><b>Bestehende Differenzen nach Entscheiden SR/NR/SR/NR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Art. 9 Abs. 1<sup>ter</sup> 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.</li> <li>• <u>Art. 9a 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.</li> <li>• <u>Art. 11 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 Fr.</li> <li>• <u>Art. 21a Direktüberweisung der EL an Spitäler und Heime:</u> Der NR will die Möglichkeit einführen, dass die für Spitäler und Heime bezahlte EL abgetreten und somit direkt überwiesen werden kann.</li> </ul> <p><b><u>Empfehlungen von senesuisse: Festhalten gemäss NR bei Art. 21a, Umschwenken auf Ständerat bezüglich Art. 9, 9a, und 11</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Art. 21a Abs. 3: Die Direktüberweisung der EL an Heime und Spitäler muss möglich werden.</u></b> Das Geld wurde explizit zu diesem Zweck ausgerichtet und darf deshalb nicht zweckentfremdet werden, indem es die Erben für andere Rechnungen verwenden.</li> <li>• <u>Art. 9 Abs. 1<sup>ter</sup>, Art. 9a:</u> 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.</li> <li>• <u>Art. 11 Abs. 1: Die heutigen Vermögensfreibeträge dürfen nicht noch weiter gesenkt werden als der SR vorschlägt.</u> 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.</li> </ul> <p>06.03.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p><b>Divergences restantes après décisions CE/CN/CE/CN :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>art. 9 al. 1<sup>er</sup> 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.</li> <li>• <u>art. 9a 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.</li> <li>• <u>art. 11 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.</li> <li>• <u>art. 21a Versement des PC directement aux hôpitaux et aux homes :</u> le CN veut introduire la possibilité de céder et de verser directement le montant des PC aux hôpitaux et aux homes.</li> </ul> <p><b><u>Recommandations de senesuisse : garder la décision du CN pour art. 21a, garder celle du prendre la décision du CE concernant art. 9, 9a, et 11</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>art. 21a al. 3 : Le versement direct des PC aux homes et aux hôpitaux doit devenir possible.</u></b> 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.</li> <li>• <u>art. 9 al. 1<sup>er</sup>, art. 9a :</u> 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.</li> <li>• <u>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.</u> 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.</li> </ul> <p>06.03.2019 Débat au Conseil national</p>

## 18.3716 Motion SGK-NR: Ergänzungsleistungen (EL) für betreutes Wohnen

### Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesänderung vorzulegen, welche die Finanzierung von betreutem Wohnen über Ergänzungsleistungen zur AHV sicherstellt, sodass Heimeintritte für betagte Menschen verzögert oder vermieden werden können.

### Begründung

Die Finanzierung in der aktuellen EL-Gesetzgebung reicht in den meisten Fällen nicht aus, um die Kosten einer ausreichend betreuten Wohnform zu decken. Deshalb leben viele Personen trotz relativ geringem Pflege- und Betreuungsaufwand im Heim, obwohl sie noch in einer eigenen Wohnung leben könnten. Heute benötigt ein Drittel der in Pflegeheimen lebenden Personen weniger als eine Stunde Pflege pro Tag. Besonders für sie wäre das "betreute Wohnen" eine optimale Lösung, welche ihre Bedürfnisse besser abdeckt und Pflegeplätze einspart. Solche alters-/behindertengerechte Wohnungen ermöglichen die Aufrechterhaltung von Mobilität und regelmässigen sozialen Kontakten; gleichzeitig ist die notwendige Pflege und die Sicherheit besser garantiert als am ursprünglichen Wohnort.

**Antrag des Bundesrates:** Annahme der Motion

### **Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion**

Diese Unterstützung für Betreutes Wohnen ist unbedingt nötig! Damit Heimaufenthalte verhindert oder zumindest hinausgezögert und Anreize für vorzeitige Eintritte ins betreute Wohnen vermieden werden können, muss die ein auf die Bedürfnisse ausgerichtetes Angebot festgelegt werden.

Die Zentrierung mehrerer Wohnungen an einem Ort ermöglicht grosse Einsparungen bei den Pflegekosten, dank Wegfall von Fahrtzeiten effizientem Einsatz von Personal, was erst noch der Mangel an gut ausgebildetem Pflegepersonal reduziert. Damit könnten über 600 Mio. Franken pro Jahr eingespart werden: Mit einer Kosten von unter 100 Franken pro Tag könnten günstige und gute Angebote finanziert werden – statt 160-200 Franken im Pflegeheim. Ein Drittel der heute im Pflegeheim wohnenden EL-Bezüger könnte im Betreuten Wohnen leben, was bei durchschnittlichen Einsparungen von 70 Franken pro Tag über 600 Mio. pro Jahr ergibt.

06.03.2019 Beratung im Nationalrat

## 18.3716 Motion CSSS-CN : Prestations complémentaires pour les personnes âgées en logement protégé

### Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement une modification de la loi de sorte que les personnes âgées concernées puissent obtenir des prestations complémentaires à l'AVS pour financer leur séjour dans un logement protégé, de manière à pouvoir retarder, voire éviter, leur entrée en EMS.

### Développement

Dans la plupart des cas, le financement actuellement prévu par la législation sur les PC ne suffit pas à couvrir les frais d'une forme de logement protégé. Par conséquent, de nombreuses personnes vivant dans des EMS pourraient pourtant vivre dans leur propre logement, car l'ampleur des soins ou de la prise en charge dont elles ont besoin est relativement modeste. Aujourd'hui, un tiers des personnes vivant dans des EMS nécessite moins d'une heure de soins par jour: c'est en particulier pour elles que les logements protégés constitueraient une solution optimale, qui correspondrait mieux à leurs besoins et présenterait l'avantage de libérer des places dans les EMS. Ces logements adaptés permettent de conserver leur mobilité et d'entretenir des contacts sociaux réguliers; parallèlement, il est plus facile de prodiguer les soins nécessaires et de garantir leur sécurité que dans leur ancien logement.

**Proposition du Conseil fédéral :** Adopter la motion

### **Recommandation senesuisse : Adopter la motion**

Cette aide pour le financement du « logement protégé » est absolument nécessaire! Pour empêcher, ou du moins retarder l'entrée en EMS, la modification législative doit prévoir une offre axée sur les besoins.

Le regroupement de plusieurs logements en un même lieu permet de faire d'économies dans le domaine des soins parce que les trajets pour les visites sont supprimées et le personnel soignant peut être plus efficace ce qui réduit aussi le manque de personnel soignant avec formation. Cette mesure permettrait une économie de quelque 600 millions: Avec des coûts journaliers de moins de 100 francs, des offres bon marché et de qualité seraient financées – au lieu des 160 à 200 francs en EMS. Un tiers des résidents en EMS avec PC pourraient vivre dans un « logement protégé », ce qui représente une économie de 70 francs/jour, soit 600 millions/an.

06.03.2019 Débat au Conseil national

<p><b>18.3512 Motion SR Stöckli: Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit</b></p>	<p><b>18.3512 Motion CE Stöckli : Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b></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><b>Begründung</b></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><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></b></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 Ständerat: Annahme 07.03.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p><b>Texte déposé</b></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><b>Développement</b></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><b>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></b></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 Conseil des Etats : Approbation 07.03.2019 Débat au Conseil national</p>

## 19.3002 Postulat SGK-NR: Pflege und EFAS

### Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, zusammen mit der GDK und den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer mittels Erarbeitung von Grundlagen zu prüfen, ob gegebenenfalls die Pflegeleistungen nach Artikel 25a Absatz 1 KVG und Artikel 7 KLV sowie die Beiträge der öffentlichen Hand (Kantone und Gemeinden) im Rahmen der KVG-Restkostenfinanzierung in die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (EFAS) eingebaut werden können. Bei den Grundlagen geht es insbesondere um:

- die Herstellung der Kostentransparenz,
- die Definition und Stabilisierung der Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung,
- die Definition der Pflegeleistungen in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen,
- eine einheitliche Definition der Pflegestufen ambulant und stationär,
- eine Harmonisierung der Vergütungsregeln von ambulant und stationär,
- Schaffung eines nationalen Gremiums für Tarifstrukturfragen in der Pflegefinanzierung.

Eine Minderheit (Aeschi Thomas, Burgherr, Frehner) beantragt, das Postulat abzulehnen.

### **Empfehlung von senesuisse: Annahme des Postulats**

Es ist im Interesse des gesamten Systems und vor allem der Patienten, dass nicht die Kostenaufteilung über die Leistungen entscheidet. Es kann etwa nicht sein, dass zu Hause durch die Spitex optimal betreute Personen ins Pflegeheim ziehen müssen, nur weil dies zwar für den Krankenversicherer günstiger ist – insgesamt aber viel teurer. Um Fehlanreize zu vermindern und die integrierte Versorgung zu fördern, sollte auch in der Pflege eine einheitliche Finanzierung der Leistungen eingeführt werden.

14.03.2019 Beratung im Nationalrat

## 19.3002 Postulat CSSS-CN : Soins et financement uniforme des prestations

### Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, conjointement avec la CDS et les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, si les soins visés à l'art. 25a, al. 1, LAMal et à l'art. 7 OPAS ainsi que les contributions des pouvoirs publics (cantons et communes) dans le cadre du financement des coûts résiduels LAMal pourraient être intégrés au financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires. Les informations qu'il aura recueillies à cet effet devront notamment porter sur les aspects suivants :

- transparence en matière de coûts ;
- définition et stabilisation des parts supportées par les différents acteurs du financement des soins ;
- définition des prestations de soins par opposition aux prestations d'assistance ;
- définition uniforme des niveaux de soins dans les domaines ambulatoire et stationnaire ;
- harmonisation des règles de rémunération pour les traitements ambulatoires et stationnaires ;
- création d'un organe national chargé des questions de structure tarifaire dans le financement des soins.

Une minorité (Aeschi Thomas, Burgherr, Frehner) propose de rejeter le postulat.

### **Recommandation de senesuisse : Adopter le postulat**

Il est dans l'intérêt de l'ensemble du système et surtout des patients que ce ne soit pas la répartition des coûts qui détermine les services fournis. Par exemple, il est inacceptable que des personnes soignées de manière optimale à domicile par les Spitex doivent déménager dans une maison de retraite simplement parce que c'est peut-être moins cher pour l'assureur maladie – mais beaucoup plus cher globalement. Afin de réduire les fausses incitations et de promouvoir les soins intégrés, un financement uniforme des services devrait également être introduit pour les soins.

14.03.2019 Débat au Conseil national

## 18.4091 Motion SGK-SR: Verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung

### Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Erlassentwurf vorzulegen, welcher dem Bundesrat ermöglicht,

- betreffend obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Branchenlösung zur Regelung der Provisionen im Bereich Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) für allgemeinverbindlich zu erklären, Änderungen zu genehmigen sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung vorzusehen;
- betreffend OKP und Zusatzversicherung KVG eine Branchenlösung zur Regelung folgender Punkte für allgemeinverbindlich zu erklären sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung vorzusehen:
  - Verbot telefonische Kaltakquise;
  - Umfangreiche Ausbildung obligatorisch;
  - Pflicht zu Beratungsprotokoll, von Kunde und Berater unterzeichnet.

### Begründung

Nach eingehender Diskussion hat die Kommission einstimmig eine Kommissionmotion beschlossen, um Vermittlerprovisionen verbindlich zu regeln und hohe Qualitätsstandards zu gewährleisten. Konkret soll der Bundesrat im Bereich der obligatorischen Versicherung eine Branchenlösung zur Regelung der Provisionen allgemeinverbindlich erklären, Änderungen genehmigen sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung vorsehen können. Im Bereich der Zusatzversicherung soll der Bundesrat ebenfalls eine Branchenlösung für allgemeinverbindlich erklären und Sanktionen vorsehen können.

### Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion

Es kann nicht sein, dass die Versicherer den Maklern 500 Mio. bezahlen, während sie gegen Pflegeheime und Kantone wegen rund 30-50 Mio. für MiGeL bis vor Bundesgericht ziehen. Angesichts der steigenden Prämien in der OKP und der dadurch zunehmenden finanziellen Belastung vieler Haushalte müssen unnötig hohe Ausgaben der Krankenversicherer unbedingt vermieden werden. Deshalb soll der Bundesrat die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf gegen solche unverhältnismässig hohen Vermittlerprovisionen vorgehen zu können.

12.12.2018 Ständerat: Annahme

14.03.2019 Beratung im Nationalrat

## 18.4091 Motion CSSS-CE : Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et qualité

### Texte déposé

Le CF est chargé de présenter un projet d'acte visant à lui permettre:

- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) une réglementation des commissions versées aux intermédiaires dans le domaine de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), d'approuver des modifications et de prévoir des sanctions en cas de non-respect ;
- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'AOS et l'assurance complémentaire selon la LAMal une réglementation des points ci-dessous et de prévoir des sanctions en cas de non-respect :
  - interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid ;
  - formation approfondie obligatoire ;
  - obligation de dresser un procès-verbal de l'entretien, signé par le client et le conseiller.

### Développement

Après une discussion approfondie, la CSSS-CE a décidé, à l'unanimité, de déposer une motion proposant une réglementation contraignante relative à ces commissions et la mise en place de normes de qualité élevées. Concrètement, il s'agit de créer une base légale permettant au Conseil fédéral de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche une réglementation des commissions versées aux intermédiaires dans le domaine de l'assurance de base et aussi dans le domaine des assurances complémentaires, d'approuver des modifications et de prévoir des sanctions en cas de non-respect.

### Recommandation senesuisse : Adopter la motion

Il n'est pas normal que les assureurs versent 500 millions aux courtiers, en même temps qu'ils recourent contre des EMS et cantons jusqu'au Tribunal fédéral pour des sommes de 30-50 millions pour les LiMA. Les primes de l'assurance obligatoire des soins ne cessant d'augmenter, ce qui pèse de plus en plus sur le budget de nombreux ménages, il faut absolument éviter que les assureurs-maladie engagent inutilement de lourdes dépenses. Le Conseil fédéral doit dès lors avoir la possibilité d'intervenir, si nécessaire, contre le versement de commissions disproportionnées aux intermédiaires.

12.12.2018 Conseil des Etats : Approbation

14.03.2019 Débat au Conseil national

## 18.4096 Motion SGK-NR: Krankenversicherung; Franchise auf 500 Franken festsetzen

### Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die ordentliche Franchise gemäss Verordnung über die Krankenversicherung auf 500 Franken festzusetzen.

### Begründung

Eine höhere Kostenbeteiligung schafft erwiesenermassen positive Anreize für kostenbewusstes Verhalten und senkt gleichzeitig die Prämienbelastung aller Versicherten. Die ordentliche bzw. tiefste Franchise hätte schon längst angepasst werden sollen, um unnötigen Spital- und Arztkonsultationen besser vorzubeugen. Um das bestehende Franchisesystem nicht unnötig zu komplizieren, soll die ordentliche Franchise so rasch wie möglich auf 500 Franken (Höhe der tiefsten Wahlfranchise) festgesetzt werden. Diese Anpassung würde einerseits zu einer aufgrund der Kostenentwicklung vertretbaren Mehrbelastung der kranken Erwachsenen, andererseits zu einer Entlastung der Prämien aller Versicherten führen. Damit könnten die Prämien um mindestens 430 Millionen Franken oder rund 1,7 Prozent gesenkt werden (Antwort des Bundesrates auf die Interpellation [15.3132](#)).

Diese Einsparungen entlasten auch das Budget der öffentlichen Hand bzw. geben den Kantonen die Möglichkeit, die Prämienverbilligungen weiterhin bedarfsgerecht auszurichten. Eine Erhöhung der tiefsten Franchise auf 500 Franken ist finanziell vertretbar und hilft mit, die Eigenverantwortung zu verbessern. Der Handlungsbedarf ist dringend. Diese Erhöhung sollte deshalb so rasch wie möglich erfolgen. Zur Eindämmung der Kostenentwicklung der Krankenversicherung müssen alle einen Beitrag leisten.

**Antrag des Bundesrates:** Ablehnung der Motion

### **Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion**

Der Tendenz zu immer weniger Eigenverantwortung ist dringend Einhalt zu gebieten, dessen Endresultat ist alles andere als sozial: Besonders Familien leiden unter stetig steigenden Prämien, und gerade sie würde die Senkung der Eigenverantwortung – durch vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der Rabatte – am heftigsten treffen. Gerade die Familien haben eher höhere Franchises gewählt; sei es aufgrund ihrer altersbedingt noch tieferen Gesundheitsausgaben oder auch zur Schonung des Familienbudgets.

14.03.2019 Beratung im Nationalrat

## 18.4096 Motion CSSS-CN : Assurance-maladie ; fixer la franchise à 500 francs

### Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de fixer à 500 francs le montant de la franchise ordinaire dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

### Développement

C'est un fait: s'ils doivent davantage participer aux coûts, les assurés sont incités à adopter un comportement responsable, entraînant une baisse des primes. Le montant de la franchise ordinaire - la plus basse - aurait dû être adapté depuis longtemps pour mieux prévenir les consultations inutiles, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet.

Pour ne pas compliquer le système actuel, il y a lieu de relever la franchise ordinaire à 500 francs (montant qui correspond à la franchise à option la plus basse), et ce, le plus rapidement possible. Les malades adultes seraient ainsi davantage sollicités, mais de manière raisonnable eu égard à l'évolution des coûts; en contrepartie, le volume total des primes diminuerait d'au moins 430 millions de francs, soit 1,7 pour cent (selon la réponse du Conseil fédéral à l'interpellation [15.3132](#)).

Cette économie se répercute aussi sur le budget des pouvoirs publics; les cantons pourront par exemple réaffecter les ressources ainsi épargnées aux réductions de primes, accordées en fonction des besoins. Il est indispensable que chacun apporte sa contribution à la maîtrise des coûts de l'assurance-maladie. En l'occurrence, relever à 500 francs le montant de la franchise la plus basse constitue une mesure financièrement supportable, qui contribue à améliorer la responsabilité individuelle.

**Proposition du Conseil fédéral :** Rejeter la motion

### **Recommandation senesuisse : Adopter la motion**

La tendance à une responsabilité individuelle décroissante doit être freinée d'urgence, le résultat final en étant tout autre que « social » : Par-dessus tout, ce sont les familles qui souffrent sous l'augmentation permanente des primes, et ce sont précisément eux qui encaisseront le choc le plus dur avec l'abrégement de la responsabilité individuelle prévue par le Conseil fédéral par la diminution des rabais. Ce sont notamment les familles qui ont choisi des franchises plutôt élevées; serait-ce pour des raisons de dépenses médicales modérées liées à l'âge ou encore pour préserver le budget familial.

14.03.2019 Débat au Conseil national



Ständerat	Conseil des États
<p><b>18.036 Bundesratsgeschäft: KVG; Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung</b></p> <p><b>15.468 Parl. Initiative F. Borer: Stärkung der Selbstverantwortung im KVG</b></p>	<p><b>18.036 Objet du Conseil féd. : LAMal ; adaptation des franchises à l'évolution des coûts</b></p> <p><b>15.468 Initiative parl. F. Borer : LAMal ; renforcer la responsabilité individuelle</b></p>
<p><b>Inhalt</b></p> <p><b>Bundesratsgeschäft:</b> In der gleichen Stossrichtung verabschiedete die Kommission die bundesrätliche Vorlage mit 16 zu 7 Stimmen. Damit wird die Kompetenz eingeräumt, die Höhe der Franchisen an die Kostenentwicklung anzupassen. Vorgesehen ist eine Erhöhung um je 50 Franken sobald die durchschnittlichen Bruttoleistungen der OKP mehr als 13-mal höher sind als die ordentliche Franchise.</p> <p><b>Parlamentarische Initiative (Borer) Brand:</b> Weiter hielt die Mehrheit der Kommission trotz der ablehnenden Haltung des Bundesrates an ihrer Vorlage für eine dreijährige Vertragsdauer für Wahlfranchisen fest.</p> <p><b>Anträge SGK-SR</b></p> <p>Eine Mehrheit beantragt Zustimmung zum Bundesbeschluss. Die Pa.Iv. soll hingegen abgelehnt werden.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Geschäfte</u></b></p> <p>Der Tendenz zu immer weniger Eigenverantwortung ist dringend Einhalt zu gebieten, dessen Endresultat ist alles andere als sozial: Besonders Familien leiden unter stetig steigenden Prämien, und gerade sie würde die Senkung der Eigenverantwortung – durch vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der Rabatte – am heftigsten treffen. Gerade die Familien haben eher höhere Franchisen gewählt; sei es aufgrund ihrer altersbedingt noch tieferen Gesundheitsausgaben oder auch zur Schonung des Familienbudgets.</p> <p>26.11.2018 Nationalrat: Annahme</p> <p>05.03.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Contenu des projets</b></p> <p><b>Objet du Conseil fédéral :</b> Toujours en vue de renforcer la responsabilité et de freiner l'augmentation des coûts de santé, la commission a approuvé le projet du Conseil fédéral (par 16 voix contre 7). Le Conseil fédéral aurait ainsi la compétence d'augmenter de 50 francs le montant des franchises lorsque les coûts bruts moyens par assuré des prestations de l'assurance maladie obligatoire dépassent le montant équivalent à treize fois la franchise ordinaire.</p> <p><b>Initiative parlementaire (Borer) Brand :</b> Par ailleurs, malgré l'avis négatif du Conseil fédéral, la majorité de la commission maintient son projet prévoyant un contrat de trois ans pour les franchises à option.</p> <p><b>Propositions de la CSSS-CE</b></p> <p>Une majorité demande l'approbation de l'arrêté fédéral. En revanche, l'initiative parl. devra être rejetée.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>Approbaton des projets</u></b></p> <p>La tendance à une responsabilité individuelle décroissante doit être freinée d'urgence, le résultat final en étant tout autre que « social » : Par-dessus tout, ce sont les familles qui souffrent sous l'augmentation permanente des primes, et ce sont précisément eux qui encaisseront le choc le plus dur avec l'abrégement de la responsabilité individuelle prévue par le Conseil fédéral par la diminution des rabais. Ce sont notamment les familles qui ont choisi des franchises plutôt élevées ; serait-ce pour des raisons de dépenses médicales modérées liées à l'âge ou encore pour préserver le budget familial.</p> <p>26.11.2018 Conseil national : Approbation</p> <p>05.03.2019 Débat au Conseil des Etats</p>

<b>15.083 Bundesratsgeschäft: KVG; Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</b>	<b>15.083 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; Renforcement de la qualité et de l'économicité</b>
<p><b>Ausgangslage</b></p> <p>Der Bundesrat will die Qualität im Gesundheitswesen weiter verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen und den heutigen Schwächen bei der Qualität der Leistungen entgegenzuwirken, sollen zusätzliche nationale Programme erarbeitet und umgesetzt werden. Diese sollen Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Spitex, Pflegeheime) dabei unterstützen, ihre Behandlungsprozesse zu verbessern und einheitliche Standards umzusetzen. Eine Fachstelle im BAG wird die Arbeiten koordinieren und Vorschläge für nationale Programme und Projekte zuhanden des Bundesrates erarbeiten. Dafür soll ein Budget von rund 50 Millionen Franken zur Verfügung stehen.</p> <p><b>Entscheid des Ständerats: Nichteintreten</b>, aber Annahme der auf ähnliche Ziele ausgerichteten <a href="#">Pa.lv. 15.419</a>.</p> <p><b>Entscheid des Nationalrats: Eintreten, mit Änderungen</b>, welche vor allem eine Einsetzung einer Qualitätskommission vorsieht. Zudem sollen die Kosten je zur Hälfte von Bund Kantonen getragen werden. Hält sich ein Leistungserbringer nicht an die Regeln zur Qualitätsentwicklung, soll seine Leistung nicht von der Krankenversicherung vergütet werden.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Nicht eintreten (Bestätigung)</u></b></p> <p>Auch mit einer Qualitätskommission oder Steuerung über das BAG bleiben die kritisierten Probleme bestehen: Ein teures, zentralistisches und top-down aufoktroiertes System greift in die Kantonskompetenz ein und würgt die bestehende Eigeninitiative ab. Es braucht keine neuen Strukturen, Gesetze und Gelder, weil das Gesundheitswesen selbst sich für eine stetige Qualitätssteigerung der Leistungen einsetzt. Auf diese erneute Ausdehnung der Aktivitäten des Bundes für mehr als 45 Mio. Franken zu Lasten der Prämienzahler oder Steuerzahler ist zu verzichten!</p> <p>16.06.2016 Ständerat: Nichteintreten</p> <p>11.06.2018 Nationalrat stimmt einem überarbeiteten Konzept ihrer vorberatenden Gesundheitskommission zu.</p> <p>05.03.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Situation initiale</b></p> <p>Le Conseil fédéral souhaite poursuivre les efforts engagés pour améliorer la qualité du système de santé. De nouveaux programmes nationaux de qualité seront élaborés et mis en œuvre afin de remplir cet objectif et de remédier aux faiblesses constatées actuellement dans la qualité des prestations. Ils devront soutenir les différents fournisseurs de prestations (hôpitaux, médecins, soins à domicile, établissements médico-sociaux, etc.) dans l'amélioration de leurs processus de traitement et dans la mise en place de standards uniformisés. Un service spécialisé de l'OFSP sera chargé de coordonner les travaux. Un budget d'environ 50 millions de francs sera ainsi disponible.</p> <p><b>Décision du Conseil des Etats : Ne pas entrer en matière</b>, mais on a donné suite à l'initiative parlementaire <a href="#">15.419</a>.</p> <p><b>Décision du Conseil national : Entrer en matière, mit Änderungen</b>, welche vor allem eine Einsetzung einer Qualitätskommission vorsieht. Zudem sollen die Kosten je zur Hälfte von Bund Kantonen getragen werden. Hält sich ein Leistungserbringer nicht an die Regeln zur Qualitätsentwicklung, soll seine Leistung nicht von der Krankenversicherung vergütet werden.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>Ne pas entrer en matière (selon CE)</u></b></p> <p>Même avec une commission de la qualité ou un pilotage par l'OFSP, les problèmes récurrents perdurent : un système dispendieux et imposé top-down s'immisce dans la compétence cantonale et freine toute initiative individuelle. De nouveaux moyens, de nouvelles structures et lois sont inutiles parce que le secteur de la santé s'engage directement pour la qualité des prestations. La Confédération peut fort bien renoncer à l'extension de ces activités qui coûteraient plus que 45 millions de francs au détriment des payeurs de prime ou des impôts.</p> <p>16.06.2016 Conseil des Etats : Ne pas entrer en matière</p> <p>11.06.2018 Le Conseil national approuve un concept adapté de sa commission</p> <p>05.03.2019 Débat au Conseil des Etats</p>

<p><b>17.528 Parl.Initiative SR Ettlil: OKP; Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen</b></p> <p><b>18.3305 Motion NR Brand: Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmungselement</b></p>	<p><b>17.528 Initiative parl. CE Ettlil : AOS ; prise en compte de l'accroissement du volume des prestations dans les négociations tarifaires</b></p> <p><b>18.3305 Motion CE Brand : LAMal ; plus de convention tarifaire sans maîtrise des coûts</b></p>
<p><b>Eingereichter Text Parl. Initiative</b></p> <p>Das KVG soll dahingehend angepasst werden, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln sollen. Sie müssten somit faktisch degressive Preise aushandeln.</p> <p><b>Eingereichter Text Motion</b></p> <p>Genehmigungsreife Tarifverträge müssen künftig zwingend ein Kosteneindämmungselement enthalten. Ein zu hohes Kostenwachstum der in Tarifverträgen vorgesehenen Leistungen soll in den Folgejahren automatisch zur Senkung der entsprechenden Tarife führen. Der Bewältigung ausserordentlicher Lagen ist dabei entsprechende Beachtung zu schenken.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Die Kosten zulasten der OKP nehmen ständig zu. Manche Anreize im System führen zu unerwünschten Auswirkungen. Zum Beispiel führen Einzelleistungstarife zu einer Mengenausweitung. Die Preise werden nämlich ohne Berücksichtigung der Anzahl erbrachter Leistungen bestimmt. Dies veranlasst die Leistungserbringer nicht, wirtschaftlich und effizient zu behandeln. Die Aufgabe zur Kosteneindämmung sollte deshalb grundsätzlich den Tarifpartnern auferlegt werden, über welche eine Feinsteuerung vorzunehmen ist.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Geschäfte</u></b></p> <p>Das Anliegen ist im Rahmen des lancierten Kostendämpfungsprogramms bereits gut aufgehoben. Schon heute können Tarifpartner – wo sie dies als sinnvoll erachten – Pauschalen vereinbaren (z. B. für Inkontinenz-Material in Pflegeheimen). Auch Qualitäts- und Mengenziele sind bereits möglich, aber inhaltlich schwierig zu definieren. Deshalb drohen bei Einführung einer Pflicht noch mehr unerwünschte Verhandlungsblockaden und Bundesratseingriffe.</p> <p>15.06.2018 Nationalrat: Annahme der Motion 21.03.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Texte déposé initiative parl.</b></p> <p>La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est modifiée de manière à ce que, lors de négociations tarifaires, les partenaires tarifaires ne négocient pas seulement les prix, mais aussi simultanément le volume des prestations. Ils devraient ainsi concrètement négocier des prix dégressifs.</p> <p><b>Texte déposé motion</b></p> <p>Les conventions tarifaires prêtes à être soumises à l'autorité compétente pour approbation doivent obligatoirement contenir un mécanisme de maîtrise des coûts. Ainsi, si les coûts des prestations régies par la convention tarifaire affichent une croissance trop élevée, les tarifs correspondants seront automatiquement réduits les années suivantes. Le mécanisme tiendra compte de manière appropriée des situations extraordinaires.</p> <p><b>Développement</b></p> <p>Les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne cessent d'augmenter. Or, le système contient des incitations qui ont des conséquences indésirables. Par exemple, les tarifs à la prestation entraînent un accroissement du volume des prestations. En effet, les prix sont fixés indépendamment du nombre de prestations réalisées, ce qui n'incite pas les fournisseurs de prestations à traiter les patients de manière économique et efficace. Il faut confier globalement la maîtrise des coûts aux partenaires tarifaires.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet des projets</u></b></p> <p>Cette préoccupation est entre de bonnes mains dans le cadre du programme lancé visant à contenir les coûts. Il est déjà possible de convenir de tarifs forfaitaires raisonnables entre les partenaires tarifaires (p.ex. pour le matériel d'incontinence dans les EMS). Des objectifs qualitatifs et quantitatifs sont également déjà possibles, mais difficiles à définir en termes de contenu. C'est pourquoi l'introduction d'une obligation risque d'entraîner encore plus de blocages de négociations et d'interventions indésirables du Conseil fédéral.</p> <p>15.06.2018 Conseil national : Approbation de la motion 21.03.2019 Débat au Conseil des Etats</p>