

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Sommersession 2019

Session d'été 2019

3. Juni – 21. Juni

3 juin – 21 juin

Nationalrat: Seiten 3-7

Conseil national : Pages 3-7

Ständerat: Seiten 3, 8-12

Conseil des Etats : Pages 3, 8-12

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
Nationalrat und Ständerat	Conseil national et Conseil des Etats
18.047 KVG: Zulassung von Leistungserbringern Seite 3	18.047 LAMal : Admission des fournisseurs de prestations page 3
Nationalrat	Conseil national
15.083 Bundesratsgeschäft: KVG; Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit Seite 4	15.083 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; Renforcement de qualité et économicité page 4
18.4079 Motion SR Ettlín: Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen Seite 5	18.4079 Motion CE Ettlín : Pharmaciens ; autoriser les prestations qui réduisent les coûts page 5
19.3423 Postulat SGK-NR: Langfristig bezahlbare OKP (Spitalplanung) Seite 6	19.3423 Postulat CSSS-CN : AOS abordable à long terme (planification hospitalière) page 6
17.308 Kantonale Initiative NE: Für ein Bundesgesetz über zuckerhaltige Produkte Seite 7	17.308 Initiative cantonale NE : Pour une législation fédérale sur les produits sucrés page 7
Ständerat	Conseil des Etats
18.3710 Motion SGK-NR: MiGeL-Produkte; Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen	18.3710 Motion CSSS-CN : Produits figurant sur la LiMA ; prise en compte par les prestataires de soins
18.3425 Motion SR Bischof: Sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitex-Organisationen beseitigen; Kosten für Pflegematerial anpassen Seite 8	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 8
18.4091 Motion SGK-SR: Krankenkassen; verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung Seite 10	18.4091 Motion CSSS-CE : Caisses-maladie ; réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité page 10
19.3419 Motion SGK-SR: OKP; Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen Seite 11	19.3419 Motion CSSS-CE : AOS ; prise en compte de l'accroissement du volume des prestations dans les négociations tarifaires page 11
17.401 Parl. Initiative SGK-NR: Tarifpflege und Entwicklung Seite 12	17.401 Initiative parl. CSSS-CN : Maintenance et développement des tarifs page 12

Nationalrat und Ständerat	Conseil national et Conseil des Etats
<p>18.047 Bundesratsgeschäft: KVG; Zulassung von Leistungserbringern</p>	<p>18.047 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; Admission des fournisseurs de prestations</p>
<p>Inhalt Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Ärzte und schafft damit Rechtssicherheit für alle Beteiligten.</p> <p>Entscheide des Nationalrats <u>Nur jene Ärzte, die sich am System der elektronischen Patientendossiers beteiligen, sollen neu zu Lasten der Grundversicherung abrechnen dürfen.</u> Zudem will der Nationalrat, dass die Kantone die Zahl der Ärzte beschränken müssen. Alternativ können sie den Vertragszwang lockern. Zudem müssen Ärzte die nötigen Sprachkenntnisse nachweisen. Schliesslich beschloss der Nationalrat die Verknüpfung der Vorlage mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS).</p> <p>Abweichende Anträge SGK-SR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärzte sollen in einer Prüfung nachweisen, dass sie die Sprache ihres Arbeitsortes kompetent verwenden können (Niveau C1). • Die Kantone sollen die Möglichkeit erhalten, aber nicht verpflichtet werden, die Zahl der ambulant tätigen Ärzte zu beschränken oder deren Zulassung bei einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg zu stoppen. • Die Vorlage soll nicht mit EFAS verknüpft werden, weil das Risiko einer langjährigen Blockade zu gross ist. <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Gutheissung gemäss Nationalrat</u> <u>Es ist dringend nötig, die Anwendung des elektronischen Patientendossiers als Zulassungskriterium aufzunehmen (Art. 37 Abs. 5).</u> Nur so kann die Koordinationsfunktion der Ärzte auf dem Patientenpfad optimal erfolgen. Insbesondere die Pflegeinstitutionen für ältere Menschen stehen in der Regel am Schluss der Behandlungskette. Folglich erzeugt das EPD nur dann einen realen Mehrwert, wenn alle zuvor involvierten medizinischen Leistungserbringer, namentlich die Ärztinnen und Ärzte, es benutzt haben.</p> <p>03.06.2019 Beratung im Ständerat 05.06.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Contenu du projet La révision de la LAMal offre une solution durable pour l'admission des médecins et crée ainsi une sécurité juridique pour tous les participants.</p> <p>Décisions du Conseil national <u>Seuls les médecins qui participent au système du dossier électronique du patient doivent désormais pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance de base.</u> Comme autre condition, les médecins doivent disposer des compétences linguistiques nécessaires. Les cantons doivent être tenus de définir des fourchettes, à savoir un nombre maximal et un nombre minimal de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire. La Confédération, ou un tiers, tiendra un registre des fournisseurs de prestations ambulatoires remboursés.</p> <p>Propositions déviants de la CSSS-CE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins doivent passer un test prouvant qu'ils disposent des compétences linguistiques nécessaires dans la région (niveau C1). • Les cantons doivent avoir la possibilité - mais ne pas y être tenus - de limiter le nombre de médecins ou de ne plus délivrer d'admission en cas d'augmentation des coûts supérieure à la moyenne. • La commission ne souhaite pas lier ce projet avec le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (risque de blocage). <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation selon le Conseil national</u> <u>Il faut introduire absolument l'utilisation du dossier électronique du patient en tant que critère d'admission (art. 37 al. 5)</u> pour que la fonction de coordination des médecins sur l'itinéraire du patient soit optimale. Comme les établissements de soins pour personnes âgées sont en général à la fin de la chaîne de traitement, le DEP (dossier électronique du patient) n'a une plus-value réelle que si tous les prestataires médicaux impliqués, en l'occurrence les médecins, s'en servent.</p> <p>03.06.2019 Débat au Conseil des Etats 05.06.2019 Débat au Conseil national</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>15.083 Bundesratsgeschäft: KVG; Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</p>	<p>15.083 Objet du CF : LAMal ; Renforcement de la qualité et de l'économicité</p>
<p>Ausgangslage 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>Entscheid des Nationalrats: Eintreten, mit Änderungen, welche vor allem eine Einsetzung einer Qualitätskommission vorsieht. Zudem sollen die Kosten je zur Hälfte von Bund und Kantonen getragen werden. Hält sich ein Leistungserbringer nicht an die Regeln zur Qualitätsentwicklung, soll seine Leistung nicht von der Krankenversicherung vergütet werden.</p> <p>Entscheid des Ständerats: Annahme mit Differenzen Nach dem Nationalrat hat sich nun auch der Ständerat für eine nationale Qualitätskommission ausgesprochen. Die Finanzierung soll aber nach seinem Willen nicht nur durch Bund und Kantone, sondern auch zu einem Drittel durch die Krankenversicherer erfolgen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Vorlage</u> 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>05.06.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale 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>Décision du Conseil national : Entrer en matière, avec les modifications, qui prévoient notamment la création d'une commission fédérale. En outre, les coûts devront être supportés à parts égales par la Confédération et les cantons. Si un prestataire de services ne respecte pas les règles de développement de la qualité, sa prestation ne devrait pas être remboursée par l'assurance maladie.</p> <p>Décision du Conseil des Etats : Décision modifiant le projet Après le Conseil national, le Conseil des Etats s'est également prononcé en faveur d'une commission nationale de qualité. En outre, il demande que la commission soit financée non seulement par la Confédération et les cantons, mais aussi par les assureurs maladie à hauteur d'un tiers.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet du projet</u> 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>05.06.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>18.4079 Motion SR Ettlin: Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen</p>	<p>18.4079 Motion CE Ettlin : Pharmaciens ; autoriser les prestations qui réduisent les coûts</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, das Krankenversicherungsgesetz so anzupassen, dass es möglich wird, für Tarifpartner kostendämpfende Apothekerleistungen auch ohne Abgabe von Medikamenten in der OKP abzugelten sowie für Apotheker, die sich an OKP-mitfinanzierten kantonalen oder nationalen Präventionsprogrammen beteiligen, auch abgegolten zu werden.</p> <p>Begründung</p> <p>Das geltende KVG deckt die intellektuellen Leistungen der Apotheker bei Abgabe/Verkauf von ärztlich verschriebenen Medikamenten ab. Apotheker können Leistungen bei Behandlungen mit ärztlich verschriebenen Medikamenten auch ohne Medikamenten-Abgabe erbringen, die zu erheblichen Einsparungen führen. Als Beispiele können wir folgende erwähnen: Compliance-fördernde Massnahmen; pharmazeutische Betreuung von Patienten in Heimen im Kanton Freiburg; Medication Reconciliation beim Spitalaustritt sowie Drug Utilization Review bei interprofessionellen Zusammenarbeitsmodellen.</p> <p>Apotheker sollen auch für ihre Beteiligung an kantonalen oder nationalen Programmen abgegolten werden können, wie zum Beispiel die aktuelle betreffend Darmkrebsprävention, die mit Hausärzten interprofessionell aufgebaut wird und durch die OKP übernommen wird.</p> <p>Antrag des Bundesrates: Annahme der Motion</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Es muss endlich gelingen, den Blick auf das gesamte Gesundheitswesen zu richten anstatt auf einzelne Leistungserbringer fixiert zu bleiben. Nur weil die Apotheker zusätzlich zu den Ärzten auch gewisse Medikamente abgeben dürfen, bedeutet dies noch lange keine Mengenausweitung. Vielmehr kann bei Einsatz der günstigen und effizienten Leistungserbringer sowie einer koordinierten Versorgung insgesamt Geld eingespart werden.</p> <p>13.12.2018 Ständerat: Annahme (einstimmig) 05.06.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier la LAMal de manière à ce que les partenaires tarifaires puissent rembourser à la charge de l'assurance obligatoire des soins les prestations réduisant les coûts qui sont fournies par les pharmaciens, même sans remise de médicaments, et à ce que les pharmaciens puissent également être rémunérés pour leur participation aux programmes de prévention cantonaux et nationaux cofinancés par l'AOS.</p> <p>Développement</p> <p>Aujourd'hui, l'AOS ne prend en charge que les prestations intellectuelles des pharmaciens lors de la remise/vente de médicaments prescrits par un médecin. Or, en cas de traitement incluant des médicaments prescrits par un médecin, les pharmaciens peuvent fournir des prestations qui permettent de réaliser des économies considérables même lorsqu'ils ne remettent pas de médicaments. Citons par exemple des mesures favorisant l'observance thérapeutique, l'assistance pharmaceutique pour les patients dans les EMS du canton de Fribourg, la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie de l'hôpital et l'évaluation de l'utilisation des médicaments dans des modèles de collaboration interprofessionnels.</p> <p>Il faut que les pharmaciens puissent être rémunérés pour leur participation aux programmes de prévention cantonaux et nationaux, tels que l'actuelle campagne de prévention du cancer de l'intestin.</p> <p>Proposition du Conseil fédéral : Approbation de la motion</p> <p>Recommandation senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Il faut enfin réussir à considérer l'ensemble du domaine de la santé au lieu de rester figé sur quelques prestataires. Ce n'est pas parce que les pharmaciens sont autorisés à fournir certains médicaments qu'il y aura expansion de volume. L'intervention de prestataires moins chers et efficaces, combinée aux soins coordonnés, peut même plutôt faire économiser de l'argent dans l'ensemble.</p> <p>13.12.2018 Conseil des Etats : Approbation (à l'unanimité) 05.06.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>19.3423 Postulat SGK-NR: Langfristig bezahlbare OKP (Spitalplanung)</p>	<p>19.3423 Postulat CSSS-CN : AOS abordable à long terme (planification hospitalière)</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie aufgrund von periodisch entwickelten Modellen und längerfristigen Szenarien schweizweit die optimale stationäre Versorgung gewährleistet werden kann. Dabei sollen die realen Patientenströme bzw. Versorgungsregionen berücksichtigt werden.</p> <p>Begründung</p> <p>Der Bund wolle sich nicht in Planungsfragen der Kantone einmischen, antwortet der Bundesrat sinngemäss auf diverse Vorstösse, welche Über- und Fehlversorgungen in den Kantonen, insbesondere im stationären Bereich, angehen wollen. Dabei hat der Bund zweifellos die oberste Verantwortung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und damit auch über deren Kostenentwicklung und Finanzierung. Wie will der Bund diese Verantwortung wahrnehmen und den Kantonen spezifische Vorgaben machen, wenn er selbst keine verlässlichen Modelle und Zukunftsszenarien zur optimalen Versorgung im angebotsgesteuerten Gesundheitsmarkt entwickelt? Der Bund muss endlich mehr Verantwortung übernehmen und dazu auch entsprechende klare Vorstellungen und Konzepte entwickeln, wie die OKP die optimale Versorgung längerfristig gewährleisten kann und für die Bevölkerung dennoch bezahlbar bleibt.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme des Postulats</u></p> <p>Aufgrund ihrer Konkurrenzsituation im Gesundheitsbereich darf nicht erwartet werden, dass die Kantone diese Aufgaben, die sie in den letzten zwanzig Jahren vernachlässigten, künftig übernehmen werden. Es liegt also auch am Bund, seine oberste Verantwortung verstärkt wahrzunehmen, wozu verlässliche Grundlagen in Sinne von schweizweiten Versorgungsmodellen und Szenarien unabdingbar sind.</p> <p>05.06.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé d'examiner comment, sur la base de modèles et de scénarios à long terme développés périodiquement, la couverture des besoins en soins hospitaliers peut être garantie de manière optimale dans l'ensemble de la Suisse, et de présenter un rapport à ce sujet. Il convient à cet égard de tenir compte des flux réels de patients et des régions de soins.</p> <p>Développement</p> <p>Dans ses réponses à diverses interventions parlementaires qui portaient sur les offres de soins excédentaires ou insuffisantes dans les cantons, en particulier en milieu hospitalier, le Conseil fédéral a déclaré en substance que la Confédération ne voulait pas se mêler des questions de planification relevant de la compétence des cantons. Constitutionnellement, il est indéniable que la Confédération est responsable au premier chef de l'assurance obligatoire des soins, donc également de l'évolution des coûts et du financement. On peut cependant se demander comment la Confédération entend assumer cette responsabilité et comment elle entend donner des directives spécifiques aux cantons si elle ne développe pas elle-même, dans un marché de la santé régi par l'offre, des modèles et des scénarios fiables sur la couverture optimale des besoins dans l'ensemble de la Suisse. Il faut que la Confédération prenne enfin de plus grandes responsabilités, notamment en développant des stratégies.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adoption du postulat</u></p> <p>Etant donné que les cantons sont en concurrence dans le domaine de la santé, il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils assument cette tâche négligée depuis ces vingt dernières années à l'avenir. Il incombe donc également à la Confédération de mieux assumer sa responsabilité première en la matière et pour cela, des données fiables en la matière de modèles et de scénarios pour l'ensemble de la Suisse sont inéluctables.</p> <p>05.06.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>17.308 Standesinitiative Kanton NE: Für ein Bundesgesetz über zuckerhaltige Produkte</p>	<p>17.308 Initiative cantonale NE : Pour une législation fédérale sur les produits sucrés</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Die Bundesversammlung wird aufgefordert zu prüfen, ob es zweckmässig ist, ein Spezialgesetz zu zuckerhaltigen Produkten zu erlassen, und allfällige nützliche Gesetzesanpassungen vorzunehmen, um die Diabetes- und Fettleibigkeitsepidemie wirksamer bekämpfen und die dafür zur Verfügung stehenden Mittel aufstocken zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Gesetz soll eine Steuer auf den bei der Herstellung zugesetzten Zucker eingeführt werden. - Sämtliche Einnahmen aus dieser Steuer sollen zur Prävention der durch Zucker- und Süsstoffkonsum bedingten Erkrankungen verwendet werden. - Im Gesetz soll definiert werden, welche Berufsgruppen der Zuckersteuer unterliegen und welche davon befreit sind. - Die Lebensmittel- und Gebrauchsgegenständeverordnung (LGV) soll dahingehend geändert werden, dass sie für die Abgabe von Nahrungsmitteln mit hohem Energiegehalt und für die einschlägige Werbung Beschränkungen vorsieht. <p>Empfehlung SGK-NR: Ablehnung der Initiative</p> <p>Mit 16 zu 7 Stimmen beantragt die Kommission ihrem Rat, keine Folge zu geben. Angesichts der verschiedenen, auf Freiwilligkeit beruhenden Bestrebungen, den Zuckergehalt von Lebensmitteln zu reduzieren, sieht die Kommission keinen Handlungsbedarf im Sinne der Initiative. So passe die Industrie laufend Rezepturen an, um den Anteil an zugesetztem Zucker zu verkleinern.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Initiative</u></p> <p>Für die Gesundheit und das Essverhalten des Volkes sind Gesetze und Vorschriften der falsche Weg. Die Einführung einer neuen Steuer wäre dazu auch noch aufwändig und unsachgerecht. Viel besser nützen der bewusste Umgang mit Lebensmitteln und die nötige Bildung in allen Volksschichten.</p> <p>06.03.2018 Ständerat: Keine Folge gegeben (24 zu 3 Stimmen) 11.06.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>L'Assemblée fédérale est priée d'étudier l'opportunité d'une législation spécifique sur les produits sucrés, et d'effectuer toute adaptation législative utile afin d'agir plus efficacement et d'augmenter les moyens à disposition pour lutter contre l'épidémie de diabète et d'obésité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La législation introduirait une taxe sur les sucres ajoutés lors des processus de fabrication. - Tous les revenus de la taxe sur les sucres ajoutés lors des processus de fabrication seraient affectés à la prévention des maladies liées à la consommation de sucre et d'édulcorants. - La législation définirait quels corps de métiers de l'industrie alimentaire seraient soumis à la taxe sur les produits sucrés et lesquels en seraient exemptés. - L'ordonnance sur les denrées alimentaires et les objets usuels (ODAIOUTs) serait modifiée et définirait des restrictions s'appliquant à la remise des produits alimentaires de haute densité énergétique et à la publicité qui s'y rapporte. <p>Recommandation CSSS-CN : Rejet de l'initiative</p> <p>La commission a décidé, par 16 voix contre 7, de proposer à son conseil de ne pas donner suite à l'initiative. Elle ne considère pas nécessaire de prendre des mesures en ce sens, eu égard aux nombreux efforts entrepris sur une base volontaire en vue de réduire la teneur en sucre des denrées alimentaires. Elle fait ainsi valoir que les industriels modifient en permanence leurs recettes afin de diminuer les quantités de sucres ajoutés.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet de l'initiative</u></p> <p>Des lois et des prescriptions ne sont pas la bonne solution pour améliorer le comportement de la population du point de vue santé et habitudes alimentaires. L'introduction d'une nouvelle taxe demanderait des investissements onéreux et inappropriés. Sensibiliser toutes les couches de la population à une utilisation rationnelle des denrées alimentaires et bien les informer est bien plus efficace.</p> <p>06.03.2018 Conseil des Etats : Ne pas donner suite (24 voix contre 3) 11.06.2019 Débat au Conseil national</p>

Ständerat	Conseil des Etats
<p>18.3710 Motion SGK-NR: MiGeL-Produkte; Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen</p> <p>18.3425 Motion SR Bischof: Sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitex-Organisationen beseitigen; Kosten für Pflegematerial anpassen</p>	<p>18.3710 Motion CSSS-CN : Produits figurant sur la LiMA ; prise en compte par les prestataires de soins</p> <p>18.3425 Motion CE Bischof : Supprimer la hausse brutale des coûts à la charge des cantons, communes et organisations de soins à domicile pour coûts du matériel de soins</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Motion SGK-NR: 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.</p> <p>Motion SR Bischof: 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 Mitteln- und Gegenständen der gesetzlichen Liste (MiGeL) in den OKP-Beiträgen zu berücksichtigen.</p> <p>Begründung Motion SR Bischof: 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, 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.</p>	<p>Text déposé</p> <p>Motion CSSS-CN : 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.</p> <p>Motion CE Bischof : 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).</p> <p>Développement Motion CE Bischof : 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.</p>

Anträge der SGK-SR:

Annahme der Motion der SGK-NR und Ablehnung der Motion SR Bischof

Die Kommission erkennt dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Vergütung von Pflegematerial. Mit 10 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen unterstützt sie die Motion 18.3710 der Nationalratskommission. Diese will, dass Pflegeheime und Spitex-Organisationen die in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführten Produkte in Rechnung stellen können. Die Motion Bischof, welche der Ständerat der Kommission zur Vorberatung zugewiesen hatte, lehnt sie einstimmig ab.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motionen, v.a. 18.3710

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 korrekt 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.

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, was auch für die Annahme der Motion 18.3425 spricht.

19.09.2018 Nationalrat: Annahme der Motion 18.3710 (einstimmig)

20.06.2019 Beratung beider Motionen im Ständerat

Propositions de la CSSS-CE :

Approbation de la motion de la CSSS-CN et rejet de la motion CE Bischof

La commission reconnaît qu'il est urgent de prendre des mesures. Par conséquent, elle soutient, par 10 voix contre 0, la motion 18.3710 déposée par son homologue du Conseil national. Celle-ci vise à ce que les prestataires de soins tels que les EMS et les organisations de soins et d'aide à domicile puissent prendre en compte les produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA). Elle propose en revanche à l'unanimité de rejeter la motion Bischof 18.3425, que le Conseil des Etats lui avait soumise pour examen préalable.

Recommandation de senesuisse : Adopter les motions, prioritaire 18.3710

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 correctement 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 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.

Il faut un financement de l'augmentation des coûts dans le domaine des soins à parts égales par tous les agents payeurs. 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 (selon motion 18.3425).

19.09.2018 Conseil national : Approbation de la motion 18.3710 (unanime)

20.06.2019 Débat des deux motions au Conseil des Etats

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 SGK-SR einstimmig eine Kommissionsmotion 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.

Entscheid des Nationalrats: Annahme, mit Ausweitung auf das VVG: Auch Krankenzusatzversicherungen sollen dem Regime unterstellt werden.

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.

20.06.2019 Beratung im Ständerat

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

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. 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.

Décision du Conseil national : Adoption, avec extension LCA : Le même régime doit aussi compter pour les assurances maladies complémentaires.

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 produits 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.

20.06.2019 Débat au Conseil des Etats

<p>19.3419 Motion SGK-SR: OKP; Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen</p>	<p>19.3419 Motion CSSS-CE : AOS ; prise en compte de l'accroissement du volume des prestations dans les négociations tarifaires</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, um zu gewährleisten, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Kosten zulasten der Obligatorische Krankenpflegeversicherung (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.</p> <p>Wenn die Tarifpartner die Tarife festlegen, sollten sie zwingend ebenfalls die Menge verhandeln. Artikel 43 KVG sollte deshalb derart vervollständigt werden, dass sich die Tarifpartner über diese beiden Komponenten einigen müssen und die Tarifverträge diese beiden Elemente beinhalten müssen.</p> <p>Einstimmiger Entscheid der Kommission die Motion einzureichen</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Motion</u></p> <p>Das Anliegen ist im Rahmen des lancierten Kostendämpfungsprogramms des Bundesrats 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 Verhandlungsblocaden und Bundesratseingriffe.</p> <p>20.06.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de déposer une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) pour garantir que, lors de négociations tarifaires, les partenaires tarifaires ne négocient pas seulement les prix, mais aussi simultanément le volume des prestations.</p> <p>Développement</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.</p> <p>Lorsque les partenaires tarifaires fixent les tarifs, il faut impérativement qu'ils négocient aussi les volumes des prestations. Aussi faut-il compléter l'article 43 LAMal pour que les partenaires tarifaires soient tenus de s'entendre sur ces deux composantes et que les conventions tarifaires contiennent ces deux éléments.</p> <p>Décision à l'unanimité de la commission de déposer la motion</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet de la motion</u></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>20.06.2019 Débat au Conseil des Etats</p>

17.401 Parl. Initiative SGK-NR: Tarifpflege und Entwicklung	17.401 Initiative parl. CSSS-CN : Maintenance et développement des tarifs
<p>Eingereichter Text</p> <p>Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates beschliesst, eine Kommissionsinitiative zu ergreifen, um das Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Art. 43 Abs. 5^{ter} und 8 wie folgt zu ändern:</p> <p><i>Die Tarifpartner setzen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist. Die Leistungserbringer haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb einer solchen Organisation erlassen. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet.</i></p> <p><i>Die Leistungserbringer und die Versicherer sowie die Organisation nach Absatz 5^{ter} sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.</i></p> <p>Entscheid der Kommission des Nationalrats die Initiative einzureichen</p> <p>Empfehlung der SGK-SR: Keine Folge geben</p> <p><u>Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Parl. Initiative</u></p> <p>Zwar ist es aus Sicht von senesuisse äusserst sinnvoll (die seit Jahren andauernde Blockade um den TARMED zeigt es), dass solche Organisationen nötig und sinnvoll sind. Auch in der Langzeitpflege ist zu wünschen, dass die Finanzierungsthemen vermehrt gestützt auf Kosten- und Leistungsdaten diskutiert werden. Die Forderung ist im Rahmen des Kostendämpfungspaket aber ja bereits mit zwei Massnahmen aufgenommen worden.</p> <p>28.05.2018 Nationalrat: Der Initiative Folge geben 20.06.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national décide d'élaborer une initiative de commission visant à modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans l'art. 43 Al. 5^{ter} et 8 comme suit :</p> <p><i>Les partenaires tarifaires instituent une organisation ayant compétence pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Les fournisseurs de prestations doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires concernant les coûts et les prestations. Le Conseil fédéral peut édicter des principes relatifs à la forme et à l'exploitation d'une telle organisation. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et les adaptations qui y sont apportées sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.</i></p> <p><i>Les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'organisation au sens de l'alinéa 5^{ter} sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à la modification et à l'approbation des tarifs et des prix. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement des données dans le respect du principe de proportionnalité.</i></p> <p>Décision de la commission du Conseil national de déposer l'initiative</p> <p>Proposition de la CSSS-CE : Ne pas donner suite à l'initiative</p> <p><u>Recommandation de senesuisse : Rejeter l'initiative parlementaire</u></p> <p>Du point de vue de senesuisse, l'initiative est absolument sensée. De telles organisations sont nécessaires et significatives, comme le montre le blocus sur TARMED qui dure depuis des années. Dans le domaine des soins de longue durée, il faut également espérer que les questions de financement seront de plus en plus discutées sur la base des données relatives aux coûts et aux performances. Toutefois, la demande a déjà été prise en compte par deux mesures dans le cadre du paquet de mesures de maîtrise des coûts.</p> <p>28.05.2018 Conseil national : Donner suite à l'initiative 20.06.2019 Débat au Conseil des Etats</p>