

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Herbstsession 2019

Session d'automne 2019

9. September – 27. September

9 septembre – 27 septembre

Nationalrat: Seiten 3-6

Conseil national : Pages 3-6

Ständerat: Seiten 7-11

Conseil des Etats : Pages 7-11

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Nationalrat</p> <p>18.047 KVG: Zulassung von Leistungserbringern Seite 3</p> <p>19.027 Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung Seite 4</p> <p>19.3955 Motion SGK-NR: Elektronisches Patientendossier; für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen Seite 5</p> <p>09.528 Parl. Initiative NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Einführung des Monismus) Seite 6</p>	<p>Conseil national</p> <p>18.047 LAMal : Admission des fournisseurs de prestations page 3</p> <p>19.027 Amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proche page 4</p> <p>19.3955 Motion CSSS-CN : Dossier électronique du patient ; pour tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de traitement page 5</p> <p>09.528 Initiative parl. CN Humbel : Financement moniste des prestations de soins page 6</p>
<p>Ständerat</p> <p>18.3387 Motion SGK-NR: Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen Seite 7</p> <p>14.4291 Motion NR Humbel: Ambulanter Bereich der obligatorischen Krankenversicherung; Qualitätssicherung und Transparenz durchsetzen Seite 8</p> <p>16.3169 Motion NR Heim: Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände Seite 9</p> <p>18.3513 Motion NR Buffat: KVG; dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren</p> <p>18.3664 Motion NR Grossen: Digitalisierung auch im Gesundheitswesen; sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern Seite 10</p> <p>18.3649 Motion NR Humbel: Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen; Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung Seite 11</p>	<p>Conseil des Etats</p> <p>18.3387 Motion CSSS-CN : LAMal ; permettre des programmes judicieux de gestion des patients page 7</p> <p>14.4291 Motion CN Humbel : Domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins ; garantir la qualité des soins et imposer la transparence page 8</p> <p>16.3169 Motion CN Heim : Faire obligation aux caisses-maladie de rembourser les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger page 9</p> <p>18.3513 Motion CN Buffat : LAMal ; accroître l'efficience et réduire les coûts grâce à la numérisation</p> <p>18.3664 Motion CN Grossen : Système de santé et numérisation ; remise de toutes les factures aux assureurs par voie électronique page 10</p> <p>18.3649 Motion CN Humbel : Renforcer les modèles de soins intégrés en les distinguant des offres de listes unilatérales sans coordination des traitements page 11</p>

Nationalrat	Conseil national
18.047 Bundesratsgeschäft: KVG; Zulassung von Leistungserbringern	18.047 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; admission des fournisseurs de prestations
<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 Nur jene Ärzte, die sich am System der elektronischen Patientendossiers beteiligen, dürfen neu zu Lasten der Grundversicherung abrechnen. 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 jener der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS).</p> <p>Abweichende Entscheide des Ständerats</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 Ständerat</u> Die vom Nationalrat verlangte Verknüpfung der Vorlage mit EFAS ist zweckfremd und würde die für den Spitalbereich wichtige Entwicklung behindern. Ebenfalls nicht einzusehen ist beim Erstentscheid des Nationalrats, weshalb gerade bei der Ärztezulassung eine Lockerung des Vertragszwangs eingeführt werden soll, welche die freie Wahl des Arztes für die Bürger einschränkt.</p> <p>12.12.2018 NR: Annahme mit Abweichungen (128 zu 40 Stimmen) 03.06.2019 SR: Annahme mit Abweichungen (einstimmig) 11.09.2019 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 Seuls les médecins qui participent au système du dossier électronique du patient doivent désormais pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance de base. 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 divergentes du Conseil des Etats</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. • Le couplage du projet avec celui de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires a été rejeté (risque de blocage). <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation selon le Conseil des Etats</u> La demande du Conseil national de lier le projet de loi au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'est pas appropriée et entraverait l'évolution essentielle du secteur hospitalier. Parmi la décision initiale du Conseil national, il n'est pas non plus compréhensible qu'un assouplissement de l'obligation contractuelle devrait être introduit pour les admissions des médecins, ce qui limiterait le libre choix du médecin pour les citoyens.</p> <p>12.12.2019 CN : Approbation avec divergences (128 voix contre 40) 03.06.2019 CE : Approbation avec divergences (à l'unanimité) 11.09.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>19.027 Bundesratsgeschäft: Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung</p>	<p>19.027 Objet du Conseil fédéral : Amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proche</p>
<p>Inhalt der Vorlage</p> <p>Ist ein Kind durch Krankheit oder Unfall in seiner Gesundheit stark beeinträchtigt, befinden sich berufstätige Eltern in einer schwierigen Situation. Zur Entlastung dieser Familien plant der Bundesrat die Einführung eines Betreuungsurlaubs von maximal 14 Wochen (innerhalb von 18 Monaten) mit Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung. Die Entschädigung wird in die Erwerbersatzordnung für Dienstleistende und bei Mutterschaft integriert. Die geschätzten Kosten von 74 Millionen Franken können finanziert werden, ohne den aktuellen Beitragssatz von 0,45 % zu ändern. Die Mehrkosten für die Wirtschaft werden auf 90 bis 150 Millionen Franken geschätzt.</p> <p>Weitere Massnahmen betreffen grosszügigere Regelung zum Anspruch auf AHV-Betreuungsgutschriften für pflegende Angehörige (mit Mehrkosten für die AHV von 1 Million Franken pro Jahr) sowie zum Anspruch auf Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag bei Kindern im Krankenhaus (mit Mehrkosten für die IV von jährlich 2,5 Millionen Franken).</p> <p>Empfehlung FK-NR: Eintreten (mit 12 zu 9 Stimmen)</p> <p>Die Mehrheit hält die Vorlage für sinnvoll und finanziell ausgewogen. Mit geringem finanziellem Aufwand könne gezielt eine Erleichterung erreicht werden. Die Minderheit wies auf die hohen künftigen Kosten im Sozialbereich hin und lehnt einen Ausbau in diesem Bereich ab.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Vorlage</u></p> <p>Wie der erläuternde Bericht des Bundesrats klar aufzeigt, haben sich in der Praxis bereits betriebsspezifische Lösungen entwickelt, welche dem Einzelfall gerecht werden und somit nicht durch eine gesetzliche Einheitslösung übersteuert werden sollen. Es braucht diese unnötige, unklare und zu ausgedehnte neue gesetzliche Regelung nicht!</p> <p>23.09.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Contenu du projet</p> <p>Lorsqu'un enfant est gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident, les parents exerçant une activité lucrative se retrouvent dans une situation très difficile. Pour soutenir les familles concernées, le Conseil fédéral prévoit d'introduire un congé de 14 semaines au plus, devant être pris en l'espace de 18 mois, indemnisé par une allocation de prise en charge. Cette allocation sera intégrée au régime des allocations pour perte de gain en cas de service ou de maternité. Son coût, estimé à 74 millions de francs, peut être financé sans modifier le taux actuel de cotisation de 0,45 %. Les coûts supplémentaires pour l'économie sont estimés entre 90 et 150 millions de francs.</p> <p>D'autres mesures concernent des réglementations plus généreuses pour les bonifications pour tâches d'assistance dans l'AVS pour les proches aidants (coût supplémentaire pour l'AVS de 1 million de francs par année) ainsi que pour le droit à l'allocation pour impotent et au supplément pour soins intenses pour les enfants à l'hôpital (coût supplémentaire pour l'AI de 2,5 millions de francs par année).</p> <p>Proposition CdF-CN : Donner suite (avec 12 voix contre 9)</p> <p>La majorité considère que le projet est judicieux et financièrement équilibré, puisqu'il permet de procéder à des allègements ciblés avec peu de ressources. Evoquant pour sa part la hausse des coûts à laquelle le système social devra faire face à l'avenir, une minorité a rejeté tout développement dans ce domaine.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet du projet</u></p> <p>Comme l'indique clairement le rapport explicatif du Conseil fédéral, des solutions spécifiques aux entreprises ont déjà été mises au point dans la pratique, qui tiennent compte des cas individuels et ne devraient donc pas être surchargées par une solution de loi uniforme. Il n'existe aucun besoin de cette nouvelle réglementation juridique inutile, peu claire et trop étendue !</p> <p>23.09.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>19.3955 Motion SGK-NR: Elektronisches Patientendossier; für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen</p>	<p>19.3955 Motion CSSS-CN : Dossier électronique du patient ; pour tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de traitement</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit alle Leistungserbringer beziehungsweise Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anzuschliessen.</p> <p>Begründung</p> <p>Bei der Einführung des elektronischen Patientendossiers hat sich das Parlament für die sogenannte doppelte Freiwilligkeit entschieden. Das heisst, nur die stationären Einrichtungen wie Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sind verpflichtet, das elektronische Patientendossier einzuführen. Im Vordergrund stand die Überlegung, dass das Gesetz möglichst rasch eingeführt werden muss, mit einem pragmatischen Vorgehen. Im Rahmen der Zulassung von neuen Ärzten (18.047) hat das Parlament entschieden, dass sich auch Ärzte für das elektronische Patientendossier anschliessen müssen. Gleichzeitig soll dieser Schritt für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen gelten. Das elektronische Patientendossier sollte deshalb von allen Leistungserbringern möglichst schnell eingeführt werden.</p> <p>Einstimmiger Entscheid der Kommission, die Motion einzureichen</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Insbesondere die Pflegeinstitutionen für ältere Menschen stehen in der Regel am Schluss der Behandlungskette und stehen in engem Austausch mit den Ärzten, Spitälern, Spitex-Betrieben und freiberuflichen Pflegefachpersonen. Folglich erzeugt das EPD nur dann einen realen Mehrwert, wenn alle darin involvierten medizinischen Leistungserbringer angeschlossen sind und somit der Nutzen für die Patienten umfassend ist. Trotz Vorbehalte betreffend des technischen Funktionierens, einer sich abzeichnenden staatlichen Steuerung und immenser Kosten unterstützen wir das Prinzip der nur noch einseitigen Freiwilligkeit (nämlich der Patienten).</p> <p>23.09.2019 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer les bases légales obligeant tous les fournisseurs de prestations et professionnels de la santé à s'affilier à une communauté ou une communauté de référence certifiées selon l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.</p> <p>Développement</p> <p>Lors de l'introduction du dossier électronique du patient, le Parlement a opté pour ce que l'on appelle le double volontarisme. Cela signifie que seuls les établissements stationnaires tels que les hôpitaux, les EMS et les maisons de naissance sont obligés d'introduire le dossier électronique du patient. L'objectif était que la loi devait être introduite le plus rapidement possible, avec une approche pragmatique. Dans le cadre du processus d'admission des nouveaux médecins (18.047), le Parlement a décidé que les médecins devaient également participer au dossier électronique du patient. En même temps, cette étape devrait s'appliquer à tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de traitement médical. Le dossier électronique du patient doit donc être mis en œuvre par tous les prestataires de services le plus rapidement possible.</p> <p>Décision à l'unanimité de la commission de déposer la motion</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Les EMS en particulier se trouvent généralement en fin de chaîne de traitement médical et sont en contact étroit avec les médecins, les hôpitaux, les institutions de soins à domicile et le personnel infirmier indépendant. Par conséquent, le dossier électronique du patient ne génère une réelle valeur ajoutée que si tous les prestataires de services médicaux impliqués participent. Ainsi, le bénéfice pour les patients pourra être global. Malgré les réserves concernant le fonctionnement technique, le contrôle de l'Etat émergent et les coûts immenses, nous soutenons le principe du volontariat réduit à l'unilatéral (c'est-à-dire uniquement les patients).</p> <p>23.09.2019 Débat au Conseil national</p>

<p>09.528 Pa.Iv. NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Einführung des Monismus)</p>	<p>09.528 Initiative parl. CN Humbel : Financement moniste des prestations de soins</p>
<p>Ausgangslage Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit würden alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG sowohl von den Krankenversicherern als auch den Kantonen einheitlich Co-finanziert.</p> <p>Begründung Es ist unbestritten, dass Fehlanreize in unserem System auch auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Spitalbereiches zurückzuführen sind. Dieser Fehlanreiz im KVG muss beseitigt werden.</p> <p>Empfehlung SGK-NR: Annahme mit 15 zu 7 Stimmen Die Krankenkassen und die Kantone sollen Behandlungen einheitlich finanzieren, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden. Dies will die Kommission unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EFAS soll nur zusammen mit der Vorlage über die Zulassung von Leistungserbringern (18.047) in Kraft treten, die den Kantonen ermöglichen soll, den ambulanten Bereich stärker zu steuern. • Der Bundesrat soll den Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung vorschlagen, sobald ausreichende Daten vorliegen. • Die Kantone sollen sechs Jahre Zeit erhalten, um ihren Finanzierungsanteil zu erreichen. <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme ohne Verknüpfungen Fehlanreize in unserem System, die auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs zurückzuführen sind, müssen beseitigt werden. Nur durch eine Vereinfachung und Gleichstellung der Finanzierung verliert das Gesundheitswesen nicht unnötig Ressourcen. Es wäre falsch, diesen wichtigen Schritt zur einheitlichen Finanzierung durch nicht direkt damit zusammenhängende Voraussetzungen wie die Zulassung der Ärzte und den Einbezug der Langzeitpflege unnötig hinauszuzögern oder gar zu gefährden – auch wenn wir die einheitliche Finanzierung auch im Bereich der Pflege grundsätzlich positiv bewerten.</p> <p>26.09.2019 Behandlung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Toutes les prestations de services du stationnaire et de l'ambulatoire selon la LAMal seraient ainsi cofinancées de manière uniforme par les caisses-maladie et les cantons.</p> <p>Développement Il est incontestable que des incitations pernicieuses au cœur de notre système doivent être attribuées au financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. Ce défaut doit être pallié.</p> <p>Proposition CSSS-CN : Adoption avec 15 voix contre 7 Les caisses-maladie et les cantons doivent financer les traitements de manière uniforme, que ceux-ci soient ambulatoires ou stationnaires. La commission propose d'adopter la modification législative avec les revendications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le financement uniforme ne doit entrer en vigueur qu'avec le projet relatif à l'admission des fournisseurs de prestations (18.047), lequel vise à permettre aux cantons de piloter davantage le domaine ambulatoire. • Le Conseil fédéral doit proposer de prendre en considération les soins de longue durée dans le financement uniforme dès que des données suffisantes en la matière seront établies. • Les cantons disposeront d'un délai de six ans pour atteindre la part de financement qui leur est prescrite. <p>Recommandation senesuisse : Approbation sans les couplages Il est primordial d'éliminer les incitations pernicieuses existant au cœur même de notre système par le biais du financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. La simplification et l'égalité de financement permettent d'éviter une dilapidation des ressources. Il serait une erreur de retarder inutilement, voire de compromettre cette étape importante vers un financement uniforme au moyen de conditions qui ne lui sont pas directement liées, telles que l'admission des médecins et l'inclusion des soins de longue durée – même si nous sommes fondamentalement favorables à un financement uniforme dans le domaine des soins également.</p> <p>26.09.2019 Débat au Conseil national</p>

Ständerat	Conseil des Etats
<p>18.3387 Motion SGK-NR: Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen</p>	<p>18.3387 Motion CSSS-CN : LAMal ; permettre des programmes judicieux de gestion des patients</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des KVG vorzulegen, so dass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können.</p> <p><u>Art. 25b Patientensteuerungsprogramme</u></p> <p>Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese:</p> <ol style="list-style-type: none"> auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind; zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung gegenüber Behandlungen ausserhalb dieser Programme führen; zwischen Leistungserbringern nach Artikel 35 KVG und Versicherern vereinbart wurden. <p>Begründung</p> <p>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 in Koordinations- und Beratungsaufgaben einzusetzen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>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.</p> <p>19.09.2018 Nationalrat: Annahme 12.09.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>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.</p> <p><u>Art. 25b Programmes de gestion des patients</u></p> <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> les programmes sont limités à un groupe de patients clairement défini ; les programmes permettent d'améliorer l'efficience et la qualité par rapport aux traitements dispensés en dehors de ces programmes ; les programmes ont été convenus entre les fournisseurs de prestations au sens de l'article 35 LAMal et les assureurs. <p>Développement</p> <p>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 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 recourir à des fournisseurs de prestations qui ne sont pas des médecins.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>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.</p> <p>19.09.2018 Conseil national : Approbation 12.09.2019 Débat au Conseil des Etats</p>

**14.4291 Motion NR Humbel:
Ambulanter Bereich der obligatorischen
Krankenversicherung; Qualitätssicherung
und Transparenz durchsetzen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, den gesetzlichen Bestimmungen der Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich der OKP Nachachtung zu verschaffen, indem durchsetzbare Sanktionsmöglichkeiten eingeführt werden, falls die notwendige Qualität nicht erhoben und nachgewiesen wird. Konkret sollen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verbindliche Massnahmen zur Sicherstellung und zum Nachweis der notwendigen Qualität vereinbart werden. Werden keine entsprechenden Massnahmen vereinbart oder werden sie nicht erfüllt, erfolgt eine Tarifiereduktion. Bei der Tarifiergenehmigung muss die Qualitätssicherung wie die Wirtschaftlichkeit geprüft werden.

Stellungnahme des Bundesrates: Ablehnung der Motion

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass im ambulanten Bereich ein besonders hoher Entwicklungsbedarf besteht, die Qualitätssicherung zu verbessern und die Transparenz zu erhöhen. Er ist aber der Ansicht, dass für die Verbesserung der Qualität und der Transparenz im ambulanten Bereich keine zusätzliche gesetzliche Grundlage notwendig ist. Vielmehr ist die Erweiterung der Datenbasis im ambulanten Bereich dringend, um die Voraussetzung zur Ermittlung von Qualitätsindikatoren zu schaffen und basierend auf den publizierten Messergebnissen die notwendigen Anreize für einen strukturierten Verbesserungsprozess zu setzen. Im Rahmen einer geeigneten nationalen Struktur sollen diese Arbeiten unterstützt werden.

Antrage der SGK-SR: Nicht eintreten (mit 7 zu 0 Stimmen)

Empfehlung senesuisse: Ablehnung der Motion

Die Anliegen wurden in der im Juni 2019 verabschiedeten Vorlage „KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ (15.083) bereits angenommen. Dies führt leider bereits zu neuen Strukturen, Gesetzen und Kosten, weil man dem Gesundheitswesen offenbar nicht zutraut, selbst für eine stetige Qualitätssteigerung der Leistungen zu sorgen.

14.12.2016 Nationalrat: Annahme der Motion (einstimmig)

17.09.2019 Beratung im Ständerat

**14.4291 Motion CN Humbel :
Domaine ambulatoire de l'assurance
obligatoire des soins ; garantir la qualité des
soins et imposer la transparence**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'assurer le respect des dispositions légales régissant la garantie de la qualité des soins dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins, en introduisant la possibilité d'infliger des sanctions si le niveau de qualité nécessaire n'est pas mesuré et n'est pas prouvé. Concrètement, les partenaires tarifaires devront convenir de mesures contraignantes, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier, visant à assurer le niveau de qualité nécessaire et à en apporter la preuve. Si aucune convention n'est conclue ou si les mesures convenues ne sont pas respectées, un tarif réduit sera appliqué pour la rémunération des soins. L'autorité chargée de l'approbation de la convention tarifaire vérifiera tant la garantie de la qualité que l'économicité.

Prise de position du Conseil fédéral : Rejet de la motion

Le Conseil fédéral est conscient du fait que, dans le domaine ambulatoire, où les besoins en matière de développement sont particulièrement élevés, il faut améliorer la garantie de la qualité des soins et renforcer la transparence. Mais le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas nécessaire de faire appel à une base légale supplémentaire pour améliorer la qualité et la transparence dans le domaine des soins ambulatoires. Il apparaît plutôt urgent de développer davantage la base de données dans ce domaine, afin de créer les conditions permettant d'évaluer les indicateurs de qualité et, en se basant sur les résultats de mesure publiés, de faire naître les incitations nécessaires pour procéder à des améliorations structurées.

Proposition de la CSSS-CE : Ne pas donner suite (avec 7 voix contre 0)

Recommandation senesuisse : Rejeter la motion

L'objectif de cette motion a été atteint par le projet « LAMal: Renforcement de la qualité et de l'économicité » (15.083), adopté en juin 2019. Malheureusement, cela entraîne déjà de nouvelles structures, de nouvelles lois et de nouveaux coûts, car apparemment, on estime que le secteur de la santé ne soit pas capable d'améliorations constantes de la qualité des prestations par ses propres moyens.

14.12.2016 Conseil national : Approbation (à l'unanimité)

17.09.2019 Débat au Conseil des Etats

<p>16.3169 Motion NR Heim: Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel/Gegenstände</p>	<p>16.3169 Motion CN Heim : Faire obligation aux caisses-maladie de rembourser les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die Einführung einer Vergütungspflicht für von den Versicherten selber im Ausland bezogene Hilfsmittel vorzusehen, sofern ein entsprechendes Arztrezept für das benötigte Hilfsmittel vorliegt, und die dafür nötigen Gesetzesanpassungen dem Parlament zu unterbreiten.</p> <p>Begründung</p> <p>Um zu erreichen, dass die zum Teil erheblich überhöhten Preise gesenkt werden, werden Produkte aus den umliegenden Ländern importiert. Dieser Parallelimport ist legal und möglich. Aber offenbar werden diese Kosten rezeptierter medizinischer Mittel und Gegenstände, wenn sie von Versicherten im Ausland bezogen wurden, nicht von den Krankenkassen vergütet. Von Versicherten im Ausland bezogene Hilfsmittel und medizinische Produkte, die günstiger als in der Schweiz erworben wurden und für die ein Rezept vorliegt, sollen von den Krankenkassen übernommen werden.</p> <p>Stellungnahme des BR: Ablehnung der Motion</p> <p>Der Bundesrat lehnt die Einführung einer generellen Vergütungspflicht für im Ausland erworbene Mittel und Gegenstände ab. Er ist jedoch bereit, im Rahmen der Revision der MiGeL eine Differenzierung zu prüfen.</p> <p>Antrag der SGK-SR: Nicht eintreten</p> <p>Der Bundesrat prüft gegenwärtig, ob die Vergütung von im Ausland gekauften Mitteln und Gegenständen unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein sollte. Die Ergebnisse dieser Arbeiten will die Kommission abwarten.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Bei aller Liebe zu den Herstellern, Verkäufern und Anwendern von Medizinprodukten und -dienstleistungen in der Schweiz ist nicht einzusehen, weshalb genau dieser Markt total abgeschottet sein sollte. Es darf nicht sein, dass bestraft wird, wer sich freiwillig für günstigere Lösungen aus dem Ausland entscheidet und damit aktiv zur Kostensenkung beiträgt. Mit Annahme der Motion bleibt der nötig Druck erhalten, Änderungen vorzuschlagen.</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de prévoir une obligation de remboursement pour les moyens auxiliaires acquis sur prescription médicale à l'étranger par les assurés et de soumettre au Parlement les modifications nécessaires de la loi.</p> <p>Développement</p> <p>Les importantes différences de prix entre les produits médicaux vendus en Suisse et ceux disponibles à l'étranger donnent régulièrement lieu à des critiques, et ce depuis longtemps. Pour réduire des prix parfois largement surfaits, des produits sont importés des pays environnants. Ces importations parallèles sont légales, mais apparemment les coûts des moyens et appareils médicaux ne sont pas remboursés par les caisses-maladie s'ils sont remis aux assurés à l'étranger. Ces moyens et appareils acquis sur prescription médicale à l'étranger par les assurés à meilleur prix qu'en Suisse devront être remboursés par les caisses-maladie.</p> <p>Prise de position du Conseil fédéral : Rejet de la motion</p> <p>Le Conseil fédéral refuse d'introduire une obligation générale de rembourser les moyens et les appareils acquis par les assurés eux-mêmes à l'étranger. Il est toutefois disposé à examiner, dans le cadre de la révision de la LiMA, la possibilité d'opérer une distinction et de proposer éventuellement une adaptation de la LAMal.</p> <p>Proposition de la CSSS-CE : Ne pas donner suite</p> <p>Le Conseil fédéral examine actuellement la possibilité de rembourser, à certaines conditions, les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger. La CSSS-E souhaite attendre les résultats de ces travaux.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter de la motion</u></p> <p>Malgré toute la sympathie manifestée aux fabricants, aux détaillants et aux consommateurs de prestations et de produits médicaux, il n'est pas évident que ce marché devrait fonctionner complètement en vase clos. Il est difficilement compréhensible qu'une personne qui se décide librement pour des solutions qui sont moins onéreuses à l'étranger et donc participe à une baisse des coûts, soit sanctionnée.</p>
<p>07.03.2018 Nationalrat: Annahme mit 181 zu 7 Stimmen</p> <p>17.09.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p>07.03.2018 Conseil national : Approbation avec 181 voix contre 7</p> <p>17.09.2019 Débat au Conseil des Etats</p>

<p>18.3513 Motion NR Buffat: KVG; dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren</p> <p>18.3664 Motion NR Grossen: Digitalisierung auch im Gesundheitswesen; sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern</p>	<p>18.3513 Motion CN Buffat : LAMal ; accroître l'efficienc e et réduire les coûts grâce à la numérisation</p> <p>18.3664 Motion CN Grossen : Système de santé et numérisation ; remise de toutes les factures aux assureurs par voie électronique</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Motion NR Buffat: Nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist sollen Abrechnungen im Rahmen des KVG nur noch über einen elektronischen Antrag an die Krankenkasse mit strukturierten und standardisierten Daten möglich sein. Der Bundesrat regelt die allfälligen Ausnahmen.</p> <p>Motion NR Grossen: Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, welche vorsieht, dass sämtliche Leistungsabrechnungen, namentlich jene der Ärzte, Spitäler, Labors, Physiotherapeuten, Spitex und Apotheken, elektronisch zu den Krankenversicherungen gelangen.</p> <p>Stellungnahme des Bundesrats: Annahme der Motionen</p> <p>Er weiss, dass zwischen Versicherern und Leistungserbringern in einigen Bereichen bereits solche Applikationen bestehen und in anderen Bereichen Bestrebungen zur Standardisierung der elektronischen Rechnungsübermittlung mittels Plattform im Gange sind. Er unterstützt diese Bestrebungen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motionen</p> <p>Heute müssen jährlich etwa 120 Millionen Rechnungen (Tendenz steigend), deren Form und Qualität sehr unterschiedlich ist, abgespeichert und überprüft werden. Um eine moderne, effiziente, schnelle und gleichzeitig sorgfältige Kontrolle der zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechneten Leistungen zu gewährleisten, ist ein System zur digitalen Erfassung und zur strukturierten und standardisierten Datenübermittlung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern umzusetzen. Solche Formate sind vorteilhaft für die Leistungserbringer, weil weniger Fehler weniger zurückgewiesene Rechnungen, weniger Rückfragen und weniger angeforderte Berichte bedeuten und deshalb auch schnellere Zahlungen.</p> <p>28.09.2018 Nationalrat: Annahme der Motionen</p> <p>19.09.2019 Beratung beider Motionen im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Motion CN Buffat : À l'issue d'un délai transitoire convenable, le décompte à la charge de la LAMal ne doit être possible qu'avec une demande adressée aux assureurs-maladie sous une forme numérisée avec des données structurées et standardisées. Le Conseil fédéral définit les éventuelles exceptions.</p> <p>Motion CN Grossen : Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, de manière à ce que tous les décomptes de prestations, notamment ceux des médecins, des hôpitaux, des laboratoires, des physiothérapeutes, des services d'aide et de soins à domicile et des pharmacies, soient remis par voie électronique aux assureurs-maladie.</p> <p>Prise de position du Conseil fédéral : Il propose d'accepter les motions</p> <p>Le CF a connaissance des applications qui existent déjà dans certains domaines pour le décompte des prestations entre assureurs et fournisseurs de prestations; il est conscient des efforts actuels en matière de standardisation de la transmission électronique des factures par le biais de plateformes. Il soutient ces efforts.</p> <p>Recommandation de senesuisse : Adopter les motions</p> <p>Ce sont quelque 120 millions de factures, de forme et de qualité très hétérogènes, qui doivent être enregistrées et vérifiées chaque année; un chiffre qui tend à augmenter. Pour garantir un contrôle des factures à la charge de la LAMal qui soit moderne, efficient et rapide tout en étant minutieux, il est impératif de mettre en œuvre une saisie numérique et un transfert structuré et standardisé de données des fournisseurs de prestations aux assureurs-maladie. Les formats numériques, qui génèrent beaucoup moins d'erreurs et contiennent des données structurées et standardisées, sont avantageux pour les fournisseurs de prestations car la réduction des erreurs signifie moins de renvois, de demandes de renseignements et de rapports et par conséquent, résultent en un paiement plus rapide.</p> <p>28.09.2018 Conseil national : Approbation des motions</p> <p>19.09.2019 Débat des deux motions au Conseil des Etats</p>

<p>18.3649 Motion NR Humbel: Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen; Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung</p>	<p>18.3649 Motion CN Humbel : Renforcer les modèles de soins intégrés en les distinguant des offres de listes unilatérales sans coordination des traitements</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine KVG-Änderung vorzulegen, welche integrierte Versorgungsnetze definiert, um sie von einseitigen Listenmodellen abzugrenzen, die keine integrierte Behandlung vorsehen. Dabei sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein integriertes Versorgungsnetz ist eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen. 2. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Der Zugang zu allen Leistungen der OKP ist sichergestellt. Über die Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen sind möglich. 3. Ein Vertrag zwischen dem integrierten Versorgungsnetz und den Versicherern regelt die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen. <p>Begründung</p> <p>Im Sinne der Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und im Interesse der Transparenz für Versicherte ist eine klare Definition von „integrierter Versorgung“ im KVG einzuführen. Dies verhindert nicht, dass die Versicherer weiterhin andere besondere Versicherungsmodelle anbieten können.</p> <p>Antrag des BR: Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Aus Sicht von <i>senesuisse</i> ist die Förderung formalisierter Zusammenarbeit unter den verschiedenen Leistungserbringern nutzbringend: Sowohl die Patienten als auch die Leistungserbringer und die Versicherer profitieren von besserer Koordination und klaren Behandlungsprozessen.</p> <p>28.09.2018 Nationalrat: Annahme 19.09.2019 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de présenter une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui définisse les réseaux de soins intégrés de manière à les distinguer de modèles de listes unilatéraux qui ne prévoient pas de traitement intégré. Il tiendra compte en particulier des facteurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un réseau de soins intégrés est un groupe de fournisseurs de prestations qui s'associent afin de coordonner les soins médicaux ; 2. dans un réseau de soins intégrés, le traitement de la personne assurée est piloté tout au long de la chaîne thérapeutique ; l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins est garanti ; des prestations allant au-delà des prestations obligatoires sont possibles ; 3. un contrat entre le réseau de soins intégré et le patient règle la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et le remboursement des prestations. <p>Développement</p> <p>Afin d'optimiser la qualité et l'économicité, et dans l'intérêt de la transparence pour les assurés, une définition claire des soins intégrés doit être inscrite dans la LAMal. Les assureurs n'en pourront pas moins continuer de proposer d'autres modèles particuliers d'assurance.</p> <p>Prise de position du CF : Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbaton de la motion</u></p> <p>Du point de vue de <i>senesuisse</i>, la promotion d'une collaboration formelle entre les différents prestataires de services est bénéfique : tant les patients que les prestataires de services et les assureurs bénéficient d'une meilleure coordination et de processus de traitement clairs.</p> <p>28.09.2018 Conseil national : Approbation 19.09.2019 Débat au Conseil des Etats</p>