

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Herbstsession 2020

Session d'automne 2020

7. - 25. September

du 7 au 25 septembre

Ständerat: Seiten 3-9

Conseil des États : Pages 3-9

Nationalrat: Seiten 3-5 und 10-12

Conseil national : Pages 3-5 et 10-12

Inhaltsverzeichnis

Nationalrat und Ständerat

- [19.401](#) Pa.Iv. SGK-NR: Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative.
Für eine Stärkung der Pflege, für mehr
Patientensicherheit und mehr Pflegequalität Seite 3
- [18.092](#) Erwerbsersatzgesetz: Mutterschaftsentschädigung
bei längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen Seite 4
- [19.046](#) Bundesgesetz über die Krankenversicherung:
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 Seite 5

Ständerat

- [20.3457](#) Motion NR (SGK-NR):
Rasche Einigung bei der Kostenübernahme Seite 7
- [20.3282](#) Motion SR Dittli: Lehren aus der COVID-19-Pandemie
auf das Schweizer Gesundheitssystem ziehen Seite 8
- [20.3209](#) Motion SR Damian Müller:
Bessere Qualität und höhere Patientensicherheit Seite 9

Nationalrat

- [18.305](#) Kant. Iv. St.-Gallen:
Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen Seite 10
- [20.046](#) KVG: Vergütung des Pflegematerials Seite 11
- [20.3452](#) Motion NR (SGK-NR):
Elektronische Rechnungen auch im elektronischen-
Patientendossier ablegen Seite 12

Sommaire

Conseil national et Conseil des États

- [19.401](#) Iv.Pa. CSSS-CN : Contre-projet à l'initiative soins infirmiers.
Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité
des patients accrue et une meilleure qualité des soins page 3
- [18.092](#) LAPG : Allocation de maternité en cas de séjour
prolongé du nouveau-né à l'hôpital page 4
- [19.046](#) Loi fédérale sur l'assurance-maladie :
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet page 5

Conseil des États

- [20.3457](#) Motion CN (CSSS-CN) :
Accord rapide concernant la prise en charge des coûts page 7
- [20.3282](#) Motion CE Dittli : Coronavirus ; tirer les enseignements
de la pandémie pour le système de santé suisse page 8
- [20.3209](#) Motion CE Damian Müller :
Mettre en place la prescription médicale électronique page 9

Conseil national

- [18.305](#) Iv. Cant. St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à
financer les commissions versées aux intermédiaires page 10
- [20.046](#) LAMal : Rémunération du matériel de soins page 11
- [20.3452](#) Motion CN (CSSS-CN) :
Pour le dépôt de factures électroniques dans le
dossier électronique du patient page 12

Nationalrat und Ständerat	Conseil national et Conseil des États
<p>19.401 Parl. Initiative SGK-NR: Für eine Stärkung der Pflege, für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität</p>	<p>19.401 Initiative parl. CSSS-CN : Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité des patients accrue et une meilleure qualité des soins</p>
<p>Ausgangslage Um die berechtigten Anliegen der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ aufzunehmen, hat die Kommission eine parlamentarische Initiative als indirekten Gegenvorschlag erarbeitet.</p> <p>Erarbeitung eines indirekten Gegenvorschlags durch die Kommission Wie die Volksinitiative verfolgt auch die Kommission mit dem indirekten Gegenvorschlag das Ziel einer qualitativ hochstehenden und für alle zugänglichen Pflege. Dafür braucht es insbesondere genügend Pflegepersonal, das gut ausgebildet, kompetenzgerecht eingesetzt und im Beruf erhalten wird. Eine Regelung der Pflege auf Verfassungsstufe erachtete die Kommission hierfür nicht als adäquat. Um diese Ziele zu erreichen, will die Kommission insbesondere bei der Ausbildung der Pflegenden sowie bei der Anerkennung ihrer Kompetenzen ansetzen, vor allem bei tertiär Ausgebildeten.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme gemäss Nationalrat</u> Wir beurteilen einen Teil der Anliegen der Pflegeinitiative als berechtigt. Die Volksinitiative geht jedoch zu weit, die Verankerung über die Verfassung erachten wir als nicht zweckmässig. Da wir der Initiative Erfolgchancen geben und die berechtigten Anliegen an die Hand genommen werden sollen, unterstützen wir den indirekten Gegenvorschlag. Der indirekte Gegenvorschlag ist in der vom Nationalrat verabschiedeten Form geeignet, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, die Ausbildung des Pflegefachpersonals besser sicherzustellen und damit die Pflegequalität aufrechtzuerhalten. Gemeinsam haben die Arbeitgeberverbände die Details zu den Anträgen ausgearbeitet. Sie liegen dieser Vorschau bei.</p> <p>17.12.2019 Nationalrat: Beschluss abweichend vom Entwurf 10.06.2020 Ständerat: Annahme mit Differenzen 15.09.2020 Nationalrat: Beratung der Differenzen 16.09.2020 Ständerat: Beratung der Differenzen</p>	<p>Situation initiale Afin de répondre aux préoccupations légitimes de l’initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts », la Commission a développé une initiative parlementaire comme contre-projet indirect.</p> <p>Elaboration d’un contre-projet indirect par la Commission Comme l’initiative, la Commission vise avec son contre-projet à garantir la qualité des soins et leur accessibilité à tous. Pour ce faire, il faut un nombre suffisant d’infirmiers bien formés, affectés conformément à leurs compétences et maintenus dans la profession. Toutefois, elle considère qu’il est inapproprié de modifier la Constitution. Afin d’atteindre ces objectifs, la Commission veut notamment mettre l’accent sur la formation des soignants ainsi que sur la reconnaissance de leurs compétences. L’élément le plus important est un projet de loi visant à promouvoir l’enseignement tertiaire.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation selon le Conseil national</u> Nous estimons qu’une partie des demandes de l’initiative sur les soins infirmiers est légitime. L’initiative populaire va toutefois trop loin et nous estimons que l’ancrage par la voie constitutionnelle ne soit pas approprié. Puisque nous pensons que l’initiative ait des chances d’aboutir et que les demandes légitimes doivent être mises en œuvre, nous soutenons le contre-projet indirect. Le contre-projet permettra, tel qu’il a été adopté par le Conseil national, de rendre les professions infirmières plus attrayantes, de garantir la formation du personnel soignant nécessaire et ainsi de maintenir la qualité des soins. Les associations patronales ont préparé conjointement les détails des propositions à l’attention de la Commission. Elles sont jointes à ce document.</p> <p>17.12.2019 Conseil national : Décision modifiant le projet 10.06.2020 Conseil des États : Adoption avec différences 15.09.2020 Conseil national : Débat sur les différences 16.09.2020 Conseil des États : Débat sur les différences</p>

18.092 EOG: Mutterschaftsentschädigung bei Spitalaufenthalt des Neugeborenen	18.092 LAPG : Allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital
<p>Inhalt Mit der Änderung des Erwerbersatzgesetzes wird die Dauer des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung um höchstens 56 Tage verlängert (von 98 auf maximal 154 Tage), sofern das Neugeborene direkt nach der Geburt für mindestens drei Wochen im Spital verbleiben muss.</p> <p>Begründung Mit dieser Massnahme kann der Lohnausfall in rund 80 Prozent der Fälle, in denen ein Neugeborenes länger im Spital bleiben muss, entschädigt und das achtwöchige Arbeitsverbot nach der Geburt abgedeckt werden. Das Obligationenrecht (OR) wird ebenfalls angepasst, damit die Verlängerung von Mutterschaftsurlaub und Kündigungsschutz gewährleistet ist. Auf die Verlängerung haben Mütter Anspruch, die nach dem Mutterschaftsurlaub wieder erwerbstätig sind. Die Mehrkosten durch die Anpassung des EOG werden auf 5,9 Millionen Franken jährlich geschätzt und können mit den aktuellen Einnahmen der EO finanziert werden.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme gemäss SGK-NR</u> Die aktuelle Rechtslage bietet keine Sicherheit und es gibt keine einheitliche Anwendung für die Lohnfortzahlung während der Zeit eines aufgeschobenen Mutterschaftsurlaubs, welcher schon heute vorgesehen ist. Die aktuelle Situation, welche auf eine Lücke bei der Einführung der Mutterschaftsentschädigung zurückzuführen ist, muss korrigiert werden. Die sinnvolle Ergänzung der Nationalratskommission sieht vor, dass nur dann ein Anspruch auf die Verlängerung besteht, wenn die Erwerbstätigkeit nach dem Mutterschaftsurlaub wieder aufgenommen wird.</p> <p>02.03.2020 Ständerat: Annahme mit 42 zu 2 Stimmen 15.09.2020 Beratung im Nationalrat 16.09.2020 Ständerat: Beratung der Differenzen</p>	<p>Contenu du projet La modification de la Loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) permet de prolonger de 56 jours au maximum la durée de la perception de l'allocation de maternité (de 98 à 154 jours) en cas de séjour à l'hôpital d'au moins trois semaines du nouveau-né, immédiatement après sa naissance.</p> <p>Développement Cette mesure permet d'indemniser la perte de gain dans environ 80 % des cas où un nouveau-né doit rester plus longtemps à l'hôpital et couvre la période d'interdiction de travailler de huit semaines qui suit l'accouchement. Le Code des obligations sera également modifié pour que la prolongation du congé de maternité et de la protection contre le licenciement soit garantie. Seules les mères qui exercent de nouveau une activité lucrative après le congé de maternité auront le droit de bénéficier de cette prolongation. Les frais supplémentaires engendrés par la modification de la LAPG sont estimés à 5,9 millions de francs par an et peuvent être financés par les recettes actuelles du régime des APG.</p> <p>Recommandation senesuisse : <u>Adopter selon proposition CSSS-CN</u> La situation juridique actuelle n'offre pas de certitude et ne permet pas d'application uniforme quant aux prestations pendant la durée du report qui est déjà prévu actuellement. Il est nécessaire de remédier à la situation actuelle qui est peu satisfaisante et qui résulte d'une lacune lors de l'introduction de l'allocation de maternité. Le complément sensé de la Commission du Conseil national prévoit que le droit à une prolongation n'existe que si l'activité lucrative est reprise après le congé de maternité.</p> <p>02.03.2020 Conseil des États : Adoption avec 42 voix contre 2 15.09.2020: Débat au Conseil national 16.09.2020 Conseil des États : Débat sur les différences</p>

<p>19.046 Krankenversicherungsgesetz: Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1</p>	<p>19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Der Bundesrat will in diesem ersten von zwei Massnahmenpaketen mit neun Massnahmen ein Kostendämpfungsprogramm für das Gesundheitswesen starten. Das Sparpotenzial betrage mehrere Hundert Millionen pro Jahr.</p> <p>Der Nationalrat hat das Bündel an Massnahmen aufgeteilt und ein erstes Bündel von weniger bestrittenen Massnahmen gutgeheissen.</p> <p>Die im Paket 1a dem Rat unterbreiteten Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechnungskontrolle: Im System des Tiers payant sollen Versicherer der versicherten Person zusammen mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers übermitteln. Nach Auffassung der Kommission ist es einfacher und letztlich kostengünstiger, wenn beide Dokumente aus einer Hand zu den Versicherten gelangen; auf diese Weise könnten sie die Rechnungskontrolle besser vornehmen. - Pauschalen im ambulanten Bereich: Auch im ambulanten Bereich sollen Pauschalen gefördert werden. Damit könnten die Leistungen optimaler eingesetzt und die administrative Abwicklung der Rechnungsstellung vereinfacht werden. - Tariforganisation: Der Nationalrat begrüsst auch die Schaffung eines nationalen Tarifbüros im ambulanten Bereich. Im Unterschied zum Bundesrat beantragt er, dass auch die Versicherer dieser Organisation kostenlos die Daten bekannt geben müssen, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. - Tarifstruktur aktuell halten: Die Leistungserbringer und die Versicherer sollen dem Bundesrat die Daten kostenlos bekanntgeben müssen, die dieser benötigt, um die Tarife genehmigen und allenfalls selber festlegen zu können. - Experimentierartikel: Die Einführung blieb im Grundsatz unbestritten. Über die genaue Ausgestaltung will die Kommission an ihrer nächsten Sitzung entscheiden. 	<p>Situation initiale</p> <p>Le Conseil fédéral a lancé le premier des deux volets de mesures prévus dans son programme de maîtrise des coûts de la santé avec neuf mesures adoptées. Tous les acteurs obtiennent des instruments pour freiner la hausse des coûts. Le potentiel d'économie est de plusieurs centaines de millions par année.</p> <p>Le Conseil national a divisé le paquet de mesures et a adopté une première série de mesures moins controversées.</p> <p>Les mesures soumises au Conseil dans le cadre du volet 1a</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des factures : il est prévu que dans le système du tiers payant, l'assureur transmette à l'assuré, en même temps que le décompte des prestations, une copie de la facture du fournisseur de prestations. La Commission estime qu'il est plus simple et finalement plus avantageux que les deux documents soient transmis à l'assuré par la même source ; cette méthode permettrait d'améliorer le contrôle des factures par l'assuré. - Forfaits dans le domaine ambulatoire : il convient de promouvoir les forfaits également dans le domaine ambulatoire. Ainsi, les prestations pourraient être fournies plus efficacement et l'aspect administratif de la facturation pourrait être simplifié. - Organisation tarifaire : le Conseil national salue la création d'une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire. A la différence du Conseil fédéral, il propose que les assureurs doivent eux aussi communiquer gratuitement à cette organisation les données qui sont nécessaires à l'élaboration, au développement et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. - Structure tarifaire actualisée : les fournisseurs de prestations et les assureurs devraient communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données dont il a besoin pour approuver les tarifs et pouvoir éventuellement les fixer lui-même. - Article autorisant les projets pilotes : l'introduction de l'article est en principe restée incontestée. La Commission se prononcera à sa prochaine séance sur les modalités précises.

Anträge der Ständeratskommission (SGK-SR) vom 12.08.2020

Die Kommission ist einstimmig auf das Paket 1a eingetreten, empfiehlt aber bei der Rechnungskontrolle folgende Differenzen zum Nationalrat:

Die Formulierung sei zu vereinfachen und lediglich festzuhalten, dass Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren können, dass letzterer die Rechnungskopie übermittelt, und dass die Übermittlung auch elektronisch erfolgen kann.

Die vom Nationalrat eingefügte neue Möglichkeit von Subventionen für Patientenorganisationen sei abzulehnen, welche für eine Unterstützung für die Versicherten bei der Rechnungskontrolle vorgesehen wurde.

Empfehlung von senesuisse: Gutheissung dieser Massnahmen 1a

Der Nationalrat hat weise gehandelt, indem er aus dem Paket 1 die weniger umstrittenen Massnahmen herausgelöst hat. **Besonders wichtig ist, dass der untaugliche Vorschlag eines neuen Beschwerderechts der Krankenkassen gegen kantonale Entscheide zu Spital- und Pflegeheimlisten nicht aufgenommen wurde.**

Trotz Vorbehalten betreffend Rechnungskopie und Gratislieferung von Daten kann sich *senesuisse* mit den vorgeschlagenen Massnahmen einverstanden erklären, besonders mit den Modifikationen der SGK-SR. Auch den Experimentierartikel begrüßen wir sehr, werden uns aber vehement gegen ein Sonderrecht der Krankenversicherer zur juristischen Bekämpfung von demokratischen Entscheiden zu Spitäler-/Heimlisten wehren.

18.06.2020 Nationalrat: Annahme mit 140 zu 48 Stimmen

09.09.2020 Beratung im Ständerat

29.10.2020 Beratung im Nationalrat

Propositions Commission du Conseil des États (CSSS-CE) du 12 août 2020

A l'unanimité, la CSSS-E est entrée en matière sur le volet 1a, mais recommande les différences suivantes par rapport au Conseil national concernant le contrôle des factures :

La formulation serait à simplifier et il conviendrait d'indiquer seulement que les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent convenir que ces derniers transmettront la copie de la facture et que la transmission peut également se faire par voie électronique.

La nouvelle possibilité de subventions pour les organisations de patients introduite par le Conseil national, qui vise à soutenir les assurés dans le contrôle des factures, serait à rejeter.

Recommandation de senesuisse : Approbation de ces mesures 1a

Le Conseil national a agi avec sagesse en retirant les mesures les moins controversées du 1^{er} volet. **Il est particulièrement important de noter que la proposition inadéquate d'un nouveau droit de recours pour les assureurs maladie contre les décisions cantonales sur les listes d'hôpitaux et d'EMS n'ait pas été intégrée.**

Malgré les réserves concernant les copies de factures et la libre transmission des données, *senesuisse* peut accepter les mesures proposées, en particulier avec les modifications de la CSSS-CE. Nous saluons également l'article permettant des projet pilotes, mais nous nous opposerons avec véhémence à un droit spécial des assureurs maladie pour combattre juridiquement les décisions démocratiques sur les listes d'hôpitaux/d'EMS.

18.06.2020 Conseil national : Adoption avec 140 voix contre 48

09.09.2020 Débat au Conseil des États

29.10.2020 Débat au Conseil national

Ständerat	Conseil des États
<p>20.3457 Motion NR (SGK-NR): Rasche Einigung bei der Kostenübernahme</p>	<p>20.3457 Motion CN (CSSS-CN) : Accord rapide concernant la prise en charge des coûts</p>
<p>Inhalt Der Bundesrat wird beauftragt, die Tarifpartner im Gesundheitswesen sowie die Kantone zu einer raschen Einigung einzuladen, um die Kostenübernahme rund um COVID-19 abschliessend zu verhandeln. Einigen sich diese nicht, so erlässt der Bundesrat die Regeln.</p> <p>Begründung Die einheitliche Kostenübernahme von Zusatzkosten im Zusammenhang mit COVID-19, resp. der behördlichen Massnahmen ist bis heute nicht klar geregelt. Dies betrifft die Übernahme entstandener Kosten für die Spitäler und andere Leistungserbringende, aber auch akut relevante Leistungen wie COVID-Tests und Schutzausrüstungen für Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeitende des Gesundheitswesens. Als kurzfristige Sofortmassnahme hat das BAG Faktenblätter, z. B. mit Anpassungen des Tarmed erstellt. Nebst dieser punktuellen Anpassung bleibt die Kostenübernahme zwischen den Tarifpartnern bis heute jedoch ungeklärt. Dies führt bei Leistungserbringern zu Unsicherheiten, unnötigem administrativem Aufwand und Fehlanreizen, z. B. dass Tests nicht durchgeführt werden, weil die Kostenübernahme beim Leistungserbringer verbleibt.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u> Zwar hat der Bundesrat einen runden Tisch einberufen, was aber noch lange nicht die Erzielung von Ergebnissen garantiert. Es darf nicht sein, dass letztlich die Gesundheitsinstitutionen auf nichtgedeckten Kosten der COVID-Krise sitzen bleiben, nachdem sie ein enormes Engagement zu dessen Bewältigung gezeigt haben. Gerade im Bereich der Pflegeheime bestehen noch viele ungedeckte Mehrkosten und Mindereinnahmen, schon nur für COVID-Tests und zusätzlich benötigtes Personal zur Umsetzung der Sicherheits- und Besuchsvorschriften.</p> <p>18.06.2020 Nationalrat: Annahme (einstimmig) 09.09.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé d'inviter les partenaires tarifaires du domaine de la santé ainsi que les cantons à s'accorder rapidement afin de négocier de façon définitive la prise en charge des coûts relatifs au Covid-19. S'ils ne parviennent pas à un accord, le Conseil fédéral édicte les règles.</p> <p>Développement Actuellement, la prise en charge uniforme des coûts supplémentaires liés à la crise à la Covid-19, et aux mesures prises par les autorités, n'est pas clairement réglée. Cela concerne la prise en charge des coûts supportés par les hôpitaux et d'autres fournisseurs de prestations, mais également des coûts des prestations cruciales telles que les tests de dépistage et les équipements de protection pour les patients et le personnel de la santé. L'OFSP a pris des mesures immédiates à court terme sous la forme de fiches d'information, lesquelles présentent par exemple des adaptations du Tarmed. Si l'on excepte ces modifications ponctuelles, la prise en charge des coûts entre les partenaires tarifaires n'est pas encore claire. En découlent une insécurité pour les fournisseurs de prestations, une charge administrative inutile et des incitations inopportunes : par exemple, il arrive que des tests ne soient pas effectués parce que le fournisseur de prestation doit prendre en charge les coûts.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u> Bien que le Conseil fédéral ait convoqué une table ronde, cela ne garantit pas que des résultats seront atteints. Il est inacceptable qu'en fin de compte, les institutions de santé restent assises sur les coûts non couverts de la crise du coronavirus après avoir fait preuve d'un engagement hors normes pour y faire face. En particulier dans le domaine des institutions de soins, il y a encore de nombreux coûts supplémentaires non couverts et une diminution des recettes, déjà rien que pour les tests de dépistage et le personnel supplémentaire nécessaire pour mettre en œuvre les règlements de sécurité et de visite.</p> <p>18.06.2020 Conseil national : Adoption (à l'unanimité) 09.09.2020 Débat au Conseil des États</p>

<p>20.3282 Motion SR Erich Ettlín: Lehren aus der COVID-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem</p>	<p>20.3282 Motion CE Erich Ettlín : Coronavirus ; tirer les enseignements de la pandémie pour le système de santé suisse</p>
<p>Inhalt</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die Lehren aus der COVID-19-Pandemie auf das Schweizer Gesundheitssystem zu ziehen und geeignete Massnahmen vorzuschlagen, insbesondere in folgenden Bereichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse der Auswirkungen der Pandemie auf die Beanspruchung der medizinischen Notfallversorgung von Spitälern und Arztpraxen sowie ihre Folgen auf die Versorgungsstrukturen und die aktuellen KVG-Reformen. 2. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere der elektronische Datenaustausch und das elektronische Patientendossier, muss dringend forciert werden. 3. Die indirekten Kosten der Pandemie, wie Einnahmefälle der Leistungserbringer, namentlich der Spitäler, dürfen nicht auf die Prämienzahlenden überwältigt werden. 4. Der Influenza-Pandemieplan muss überarbeitet werden. Dabei müssen Verantwortlichkeiten und Durchsetzbarkeit des Pandemieplans gewährleistet sein. <p>Stellungnahme des Bundesrates vom 12.08.2020</p> <p>Der Bundesrat hält die Anliegen der Motion für berechtigt; es werden darin wichtige Aspekte zur Prüfung und Klärung angesprochen. Der Bundesrat hat vor, die Erfahrungen aus der aktuellen Pandemie in einem Bericht aufzuarbeiten. Darin sollen die in der Motion erwähnten Aspekte untersucht werden.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Es muss analysiert werden, wie weit die Behandlung schwer kranker Menschen verpasst/verzögert wurde und wie weit Behandlungen von Bagatell-Erkrankungen und unnötige Eingriffe verhindert wurden. Aus der Analyse müssen die Konsequenzen auf die laufenden KVG-Reformen sowie auf die Versorgungsplanung der Kantone aufgezeigt werden.</p> <p>In Ergänzung zu Ziffer 3. ist zudem zu klären, wer für die indirekten Kosten der Pandemie (Einnahmefälle und Mehrkosten der Leistungserbringer ausserhalb der direkten Pflegekosten) aufzukommen hat.</p> <p>09.09.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de tirer les enseignements de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) pour le système de santé suisse et de proposer des mesures appropriées, notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en analysant les conséquences de la pandémie sur le recours aux soins d'urgence des hôpitaux et des cabinets médicaux, sur la structure de l'offre de soins et sur les réformes en cours de la LAMal ; 2. en imposant d'urgence le passage au numérique dans le domaine de la santé, en particulier l'échange électronique de données et le dossier électronique du patient ; 3. en veillant à ne pas reporter sur les primes les coûts indirects de la pandémie, tels que les pertes de revenu des fournisseurs de prestations, en particulier celles des hôpitaux ; 4. en revoyant le plan suisse de pandémie Influenza de manière à garantir les responsabilités et la mise en œuvre. <p>Avis du Conseil fédéral du 12.08.2020</p> <p>Le Conseil fédéral estime que les demandes formulées dans la motion sont justifiées ; ce dernier aborde en effet des aspects importants qui doivent être examinés et clarifiés. Le Conseil fédéral prévoit de présenter dans un rapport les expériences faites au cours de la pandémie actuelle et y examinera les aspects mentionnés dans la motion.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Il faut analyser dans quelle mesure les personnes gravement malades n'ont pas été traitées ou ont vu leur traitement être reporté et dans quelle mesure le traitement d'infections bénignes et les opérations inutiles ont été évités et il faut en tirer les conséquences pour les réformes en cours de la LAMal et pour la planification des soins par les cantons.</p> <p>En complément du point 3, il convient également de préciser qui doit supporter les coûts indirects de la pandémie (perte de revenus et coûts supplémentaires des fournisseurs de prestations, en dehors des coûts directs des soins).</p> <p>09.09.2020 Débat au Conseil des États</p>

<p>20.3209 Motion SR Damian Müller: Bessere Qualität und höhere Patientensicherheit</p>	<p>20.3209 Motion CE Damian Müller : Mettre en place la prescription médicale électronique, pour le bénéfice des patients</p>
<p>Inhalt Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit Rezepte für Heilmittel elektronisch im Rahmen des e-Medikationsprozesses ausgestellt und digital übertragen werden.</p> <p>Begründung Der Gesetzesvorschlag verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, Rezepte für Heilmittel digital auszustellen. So kann die Qualität verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden. Deren Selbstbestimmung sowie die freie Wahl der Apotheke sind weiterhin zu gewährleisten. Die Lösung hat die unterschiedlichen digitalen Kompetenzen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Damit wird sichergestellt, dass diese eine Kopie des digitalen Rezepts in Papierform mit einem digitalen Code verlangen können.</p> <p>Die Gesetzesvorlage definiert die Rahmenbedingungen, unter denen das e-Rezept zur Anwendung gelangt. Dabei sind hohe Anforderungen an die Datensicherheit zu stellen. Die Interoperabilität zwischen vorhandenen Plattformen muss gewährleistet sein. Patientinnen und Patienten müssen Zugriff auf ihre Rezepte haben und diese in das System ihrer Wahl übernehmen und abspeichern können. Die Umsetzung obliegt den Akteuren der Branche in Kooperation mit ihren Branchen- und Berufsverbänden.</p> <p>Finden diese innerhalb von zwei Jahren nach Inkraftsetzung des Gesetzes keine Lösung, soll der Bundesrat die entsprechenden Vorgaben erlassen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u> Im Interesse der Patient*innen und der Alters-/Pflegeheime unterstützt <i>senesuisse</i> die Bestrebungen zur Verbesserung der Medikationssicherheit. Gerade in diesem Bereich können digitale Lösungen helfen, um etwa Fehler wegen unleserlicher Handschrift oder Übermittlung per Fax zu verhindern.</p> <p>Digitalisierte Rezepte stellen die Lesbarkeit sicher. Medienbrüche können verhindert und Fehlerquellen reduziert werden. Rezeptfälschungen sowie nicht erlaubte Mehrfacheinlösungen können mit dem e-Rezept ausgeschlossen werden.</p> <p>16.09.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé de préparer les bases légales qui permettront de délivrer et de transmettre une prescription médicale sous forme électronique.</p> <p>Développement Le projet de loi obligera les médecins à délivrer les prescriptions médicales sous une forme électronique. C'est un moyen d'améliorer à la fois la qualité du processus et la sécurité du patient. L'autonomie du patient et le libre choix de la pharmacie doivent continuer à prévaloir. D'autre part, la solution qui sera mise en place devra tenir compte de la diversité des compétences numériques des patients, de façon à garantir qu'ils puissent demander une copie papier de la prescription électronique, munie d'un code numérique.</p> <p>Le projet de loi définira le cadre de mise en œuvre de la prescription électronique. La sécurité des données devra répondre à des exigences élevées. L'interopérabilité entre les différentes plates-formes existantes devra être assurée. Les patients devront avoir accès à leurs prescriptions, et pouvoir les saisir et les sauvegarder dans le système de leur choix. La mise en œuvre incombera aux acteurs de la branche, en coopération avec les associations sectorielles et professionnelles concernées.</p> <p>S'ils ne se sont toujours pas entendus sur une solution deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, le Conseil fédéral édictera les dispositions nécessaires.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u> Dans l'intérêt des patient.e.s et des EMS, <i>senesuisse</i> soutient les efforts visant à améliorer la sécurité du processus de médication. Dans ce domaine en particulier, les solutions numériques peuvent contribuer à éviter les erreurs dues à une écriture illisible ou à une transmission par fax.</p> <p>Les prescriptions électroniques seront une garantie de lisibilité, assureront la continuité du média, réduiront les sources d'erreur et empêcheront les risques de falsification ou de réutilisation frauduleuse.</p> <p>16.09.2020 Débat au Conseil des États</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>18.305 Standesinitiative Kanton St.Gallen: Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen</p>	<p>18.305 Initiative Cantonale St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires</p>
<p>Eingereichter Text Der Kantonsrat lädt die Bundesversammlung ein, das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) so anzupassen, dass die Zahlungen von Provisionen für Wechsel in der Grundversicherung untersagt werden.</p> <p>Begründung Jedes Jahr wechseln Hunderttausende von Versicherten ihre Grundversicherung in der Krankenkasse. Ein grosser Teil dieser Wechsel erfolgte aufgrund der Beratungstätigkeit von Maklern. Studien zeigen, dass die Krankenkassen jährlich Hunderte von Millionen Franken an Provisionen an Vermittler für neue OKP-Abschlüsse entrichten, bis zu 1500 Franken für einen neuen Abschluss in der Grundversicherung. Trotz einer Branchenvereinbarung halten sich die wenigsten Versicherer an die Abmachung.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Standesinitiative</u> 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. Getragen werden diese Vermittlungsprovisionen durch die Versicherten. Sie bezahlen mit ihren Prämien solche unnötigen und kostentreibenden Kundengewinnungsaktionen. Selbst die öffentliche Hand bzw. der Steuerzahler leistet mit den Geldern der individuellen Prämienverbilligung an solche Provisionen indirekt einen Beitrag. Deshalb ist es aus unserer Sicht konsequent, nicht nur die Mo. 18.4091 anzunehmen, sondern auch diese Standesinitiative.</p> <p>12.12.2018 Ständerat: Der Initiative wird keine Folge gegeben 16.09.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé L'Assemblée fédérale est invitée à adapter la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) de sorte que le versement de commissions incitant au changement de caisse-maladie pour l'assurance de base soit interdit.</p> <p>Développement Chaque année, des centaines de milliers d'assurés changent de caisse-maladie pour leur assurance de base. Une grande partie de ces changements est due aux activités de conseil des courtiers. Des études montrent que les caisses-maladie versent chaque année des centaines de millions de francs à des intermédiaires pour des nouveaux contrats AOS, jusqu'à 1'500 francs pour la conclusion d'une nouvelle police d'assurance de base. Très peu d'assureurs se conforment à l'accord sectoriel, la tentative d'autorégulation a échoué.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter l'initiative cantonale</u> 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 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. Ces commissions sont payées par les assurés. Ces campagnes d'acquisition de clients inutiles et onéreuses sont en effet financées au moyen des primes versées par les assurés. Même le secteur public et, par conséquent, les contribuables participent indirectement au financement de ces commissions par le biais des fonds destinés à la réduction individuelle des primes. De notre point de vue, il est donc pertinent d'accepter non seulement la Mo. 18.4091, mais aussi cette initiative cantonale.</p> <p>12.12.2018 Conseil des États : Il n'est pas donné suite à l'initiative 16.09.2020 Débat au Conseil national</p>

20.046 KVG: Vergütung des Pflegematerials	20.046 LAMal : Rémunération du matériel de soins
<p>Ausgangslage Der Bundesrat hat beschlossen, dass das Pflegematerial künftig schweizweit einheitlich vergütet werden soll. Die Krankenversicherer sollen die Finanzierung des Pflegematerials unabhängig davon übernehmen, ob die Anwendung durch eine Pflegefachperson erfolgt oder nicht.</p> <p>Begründung des Bundesrats Der Bundesrat will die stark kritisierte Unterscheidung zwischen den beiden Verwendungsarten „Selbstanwendung der Patienten“ und „Fremdanwendung durch professionelles Personal“ aufheben und die Finanzierung des Pflegematerials ambulant und im Pflegeheim sichern. Damit wird das Risiko vermieden, dass die Patientinnen und Patienten keinen Zugang zum benötigten Pflegematerial haben, weil die Kosten nicht gedeckt sind. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Regelung klärt die Modalitäten der Rechnungsstellung für die Leistungserbringer und Versicherer und ermöglicht eine schweizweit einheitliche Vergütung des Pflegematerials. Damit fallen die bisherigen Doppelspurigkeiten zwischen Krankenversicherern und Kantonen bei der Rechnungskontrolle und die nach geltendem Recht erforderlichen Unterscheidungen nach Verwendungsart weg.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Gutheissung dieser Massnahmen</u> Die wegen der Gerichtsurteile 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. Die Verbände der Leistungserbringer, aber auch die Patientenorganisationen, die GDK und die Verbände der Städte und Gemeinden unterstützen diese Lösung. Sie legt klare Zuständigkeiten fest und verhindert eine doppelte Kontrolle des Pflegematerials durch die OKP und die Restfinanzierer.</p> <p>23.09.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Le Conseil fédéral a décidé qu'à l'avenir, le matériel de soins sera remboursé de manière uniforme dans toute la Suisse. Les assureurs devront le prendre en charge indépendamment du fait qu'il soit utilisé par un professionnel de soins ou par une autre personne.</p> <p>Développement du Conseil fédéral Le Conseil fédéral entend abolir la distinction entre les deux modes d'utilisation (matériel de soins utilisé par les assurés eux-mêmes et celui qui est appliqué par le personnel infirmier) et assurer ainsi le financement du matériel dans le secteur ambulatoire et dans les EMS. Le remboursement sera assuré exclusivement par le biais de l'AOS, ce qui écarte le risque que les patients n'aient pas accès au matériel de soins requis faute de couverture des coûts. La réglementation proposée par le Conseil fédéral clarifie les modalités de facturation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs et permet un remboursement uniforme du matériel de soins. Elle élimine ainsi les redondances entre les assureurs maladie et les cantons dans le contrôle des factures ainsi que les différenciations par type d'utilisation exigées par le droit actuel. Les cantons et les communes seront soulagés d'un montant estimé à 65 millions de francs, qui sera pris en charge par l'AOS.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbaton de ces mesures</u> 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 (p.ex. chez les institutions de soins à domicile). 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. Les associations de prestataires de soins, mais aussi les organisations de patients, la CDS, l'Associations des communes et celle des villes suisses soutiennent cette solution. Elle définit des responsabilités claires et évite un double contrôle du matériel de soins par l'AOS et par les cantons et communes.</p> <p>23.09.2020 Débat au Conseil national</p>

<p>20.3452 Motion NR (SGK-NR): Elektronische Rechnungen auch im elektr. Patientendossier ablegen</p>	<p>20.3452 Motion CN (CSSS-CN) : Pour le dépôt de factures électroniques dans le dossier électronique du patient</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine gesetzliche Bestimmung vorzulegen, mit welcher das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier so geändert werden kann, dass die Leistungserbringer in einem bestimmten Bereich des elektronischen Patientendossiers elektronische Rechnungen ablegen können. Mit dieser gesetzlichen Bestimmung soll sichergestellt werden, dass für den medizinischen Teil des elektronischen Patientendossiers alle bisherigen Garantien in Sachen Vertraulichkeit gewährleistet sind.</p> <p>Begründung</p> <p>Das elektronische Patientendossier dient der Übermittlung medizinischer Daten und nicht der Übermittlung administrativer Daten. Es ist jedoch technisch möglich, im elektronischen Dossier einen Bereich einzurichten, in dem die Rechnungen der Leistungserbringer abgelegt werden können. Dies wäre für die Leistungserbringer sowie für die Patientinnen und Patienten ein zusätzlicher Anreiz zur Nutzung des elektronischen Patientendossiers.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Motion</u></p> <p>Das elektronische Patientendossier (EPD) ist kein Instrument der Krankenversicherungen, sondern dient in erster Linie der Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualitätsentwicklung in der Behandlung. Mitarbeitenden einer Krankenversicherung oder einer Ärztekasse soll dieser Zugriff nicht erlaubt sein. Um das Vertrauen der Bevölkerung ins EPD nicht zu gefährden, soll an diesem Grundsatz festgehalten werden. Die aktuelle technische Umsetzung des EPD lässt zudem die von der Motion geforderte Unterteilung des EPD nicht zu. Die meisten Versicherer verfügen bereits heute über Online-Portale, die eine elektronische Rechnungsübermittlung ermöglichen.</p> <p>23.09.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de présenter une disposition légale permettant de modifier la loi sur le dossier électronique du patient afin que les fournisseurs de prestations puissent déposer des factures électroniques dans un volet particulier du dossier électronique du patient. Cette disposition légale devrait assurer toutes les garanties en matière de confidentialité de la partie médicale du dossier électronique du patient.</p> <p>Développement</p> <p>Le dossier électronique du patient vise à transmettre les données médicales et non les données administratives. Pourtant techniquement il serait possible d'ajouter un volet du dossier électronique contenant les factures électroniques du fournisseur de prestations. Cela serait une incitation supplémentaire pour les fournisseurs de prestations et pour les patients à utiliser le dossier électronique du patient.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejeter la motion</u></p> <p>Le dossier électronique du patient (DEP) n'est pas un instrument prévu pour les assurances-maladies ; il sert en premier lieu à améliorer la sécurité des patients et à développer la qualité des traitements qu'ils reçoivent. Inversement, les collaborateurs d'une assurance-maladie ou d'une caisse de médecins ne doivent pas être habilités à y accéder. Ce principe doit être respecté si l'on veut que la population accorde sa confiance au DEP. Par ailleurs, la configuration technique actuellement mise en œuvre ne permettrait pas de procéder à la subdivision du DEP telle que demandée dans la motion. A noter enfin que la plupart des assureurs disposent aujourd'hui déjà de portails en ligne permettant de transmettre les factures par voie électronique.</p> <p>23.09.2020 Débat au Conseil national</p>