

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Herbstsession 2022

Session d'automne 2022

12. – 30. September 2022

du 12 au 30 septembre 2022

Ständerat: Seiten 3-9

Conseil des États : pages 3 à 9

Nationalrat: Seite 10-12

Conseil national : page 10 à 12

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Ständerat</p> <p>19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1b Seite 3</p> <p>22.040 Bundesgesetz: Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege Seite 4</p> <p>19.4194 Motion NR Graf: Finanzierung von Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz Seite 5</p> <p>09.528 Parl. Iv. NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (EFAS/Monismus) Seite 6</p> <p>22.3015 Motion SGK-NR. Elektronisches Patientendossier. Praxistauglich gestalten und finanziell sichern Seite 7</p> <p>21.067 Volksinitiative „Kostenbremse-Initiative“ und indirekter Gegenvorschlag (Änderung KVG) Seite 8</p> <p>21.063 Volksinitiative „Prämientlastungs-Initiative“ und indirekter Gegenvorschlag (Änderung KVG) Seite 9</p>	<p>Conseil des États</p> <p>19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1b page 3</p> <p>22.040 Loi fédérale : Encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers page 4</p> <p>19.4194 Motion CN Graf: Financement des soins aux personnes atteintes de démence page 5</p> <p>09.528 Initiative parlementaire CN Humbel : Financement moniste des prestations de soins page 6</p> <p>22.3015 Motion CSSS-CN. Concevoir un dossier électronique du patient adapté à la pratique et garantir son financement page 7</p> <p>21.067 Initiative populaire « pour un frein aux coûts » et contre-projet indirect (modification de la LAMal) page 8</p> <p>21.063 Initiative populaire « d'allègement des primes » et contre-projet indirect (modification de la LAMal) page 9</p>
<p>Nationalrat</p> <p>22.046 Covid-Gesetz: Änderung/Verlängerung ausgewählter Bestimmungen (Differenzen-Bereinigung) Seite 10</p> <p>22.3867 Postulat SGK-NR: Betreuung von Menschen mit Demenz; Finanzierung verbessern Seite 11</p> <p>19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1b Seite 12</p>	<p>Conseil national</p> <p>22.046 Loi COVID-19 : prolongation et modification de certaines dispositions (élimination des différences) page 10</p> <p>22.3867 Postulat CSSS-CN : Prise en charge des personnes atteintes de démence ; améliorer le financement page 11</p> <p>19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1b page 12</p>

Ständerat	Conseil des États
<p>19.046 KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1b (Differenzen zu Art. 47c KVG)</p>	<p>19.046 LAMal : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1b (différences art. 47c)</p>
<p>Ausgangslage Der Bundesrat will in diesem ersten von zwei Massnahmenpaketen mit vorerst neun Massnahmen ein Kostendämpfungsprogramm für das Gesundheitswesen starten. Das Sparpotenzial betrage mehrere Hundert Millionen pro Jahr.</p> <p>Aktueller Stand der Beratungen Die Räte haben das Sparpaket 1 aufgeteilt in ein Paket 1a und 1b. Das Paket 1a wurde im Sommer 2021 durch beide Räte angenommen und beinhaltet etwa eine nationale Tarifstruktur für ambulante Pauschalen sowie einen sog. Experimentierartikel. Im Paket 1b geht es nun noch um den Artikel 47c, welcher eine Begrenzung der Leistungen vorsieht: Wenn die in Tarifverträgen neu zwingend zu integrierenden Bestimmungen zum Kosten-Monitoring eine Kostensteigerung aufzeigen, müssen Massnahmen zur Reduktion der Kosten und somit der Leistungen ergriffen werden – ansonsten Korrekturmassnahmen des Staats erfolgen.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Ablehnung der Kostenbremse in Art. 47c</u> Auch wenn der Inhalt im Rückkommensentscheid des Nationalrats wenig abgeschwächt wurde, so beinhaltet die Pflicht zur Etablierung eines Monitorings und das Ergreifen von Korrekturmassnahmen bei Kostensteigerungen noch immer nichts anderes als eine Beschränkung von Gesundheitsleistungen. Davon zeugt namentlich die zwingende Genehmigung durch Kantone/Bund sowie deren subsidiäre Eingriffskompetenz. Weil sich das Schweizer Stimmvolk schon immer gegen eine Beschränkung von Gesundheitsleistungen ausgesprochen hat, darf dies nicht „durch die Hintertür“ eingeführt werden. Wennschon braucht es eine faire Volksabstimmung dazu. Denn letztlich müssen Herr und Frau Schweizer über die Leistungen entscheiden, welche das Gesundheitswesen erbringen soll, und nicht einzelne Akteure oder politische Instanzen.</p> <p>13.09.2022 Differenzenbereinigung im Ständerat 19.09.2022 evtl. Differenzenbereinigung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Dans ce premier des deux volets de mesures, le Conseil fédéral entend démarrer un programme de maîtrise des coûts pour le système de santé – dans un premier temps par neuf mesures. Un potentiel d'économie de plusieurs centaines de millions par année est espéré.</p> <p>État actuel des délibérations Les deux Chambres ont divisé le premier plan d'austérité en volets 1a et 1b. Le volet 1a a été adopté par le Parlement en été 2021 et englobe notamment une structure tarifaire nationale pour les forfaits ambulatoires ainsi que l'article relatif aux projets pilotes. Dans le volet 1b, il est maintenant question de l'art. 47c LAMal qui prévoit une limitation des prestations : lorsque les dispositions relatives au monitoring des coûts – qui doivent désormais obligatoirement être intégrées dans les conventions tarifaires – présentent une hausse de coûts, des mesures de réduction des coûts, et par conséquent des prestations, doivent être prises – sous peine de la prise de mesures correctives par l'État.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejeter le frein aux coûts de l'art. 47c</u> Même si le contenu de la décision du Conseil national n'a subi qu'un léger affaiblissement, l'obligation d'établir un monitoring, et de prendre des mesures correctives lors d'augmentations des coûts, n'inclut toujours rien de plus qu'une limitation des prestations de santé. Preuve en sont notamment l'autorisation obligatoire par les cantons ou la Confédération, ainsi que leur compétence subsidiaire d'intervention. Le peuple suisse s'est depuis toujours opposé à une limitation des prestations de santé. Celle-ci ne doit donc pas être introduite par une voie détournée. Quand bien même, une votation populaire serait nécessaire à cet effet. Car finalement, il appartient aux Suissesses et aux Suisses de décider des prestations que le système de santé doit fournir, et non à quelques acteurs ou instances politiques.</p> <p>13.09.2022 Élimination des divergences au Conseil des États 19.09.2022 Évt. élimination des divergences au Conseil national</p>

<p>22.040 Bundesgesetz: Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege</p>	<p>22.040 Loi fédérale : Encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Nach klarer Annahme der Pflegeinitiative durch das Schweizer Stimmvolk will der Bundesrat „Ausbildungsoffensive im Pflegebereich“ als erste Etappe der Umsetzung möglichst rasch umsetzen.</p> <p>Der Bundesrat will dem Mangel an Pflegepersonal mit einer Ausbildungs-offensive begegnen. Die Ausbildung zu Pflegefachperson soll während acht Jahren mit bis zu einer Milliarde Franken durch Bund und Kantone gefördert werden. Zudem sollen Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen direkt zulasten der Versicherungen abrechnen können. Mit diesen Massnahmen soll ein wichtiger Teil der Pflegeinitiative rasch umgesetzt werden. Sie waren bereits im indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative enthalten.</p> <p>Die Ausbildungsoffensive besteht aus drei Teilen. Erstens werden Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen, die in der praktischen Ausbildung diplomierter Pflegefachkräfte mitarbeiten, finanziell unterstützt. Zweitens werden Personen, die eine Pflegeausbildung an einer Fachhochschule oder höheren Fachschule absolvieren, bei Bedarf finanziell unterstützt. Drittens erhalten Fachhochschulen und höhere Fachschulen Zuschüsse, um die Zahl der Ausbildungsplätze zu erhöhen.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme des Gesetzes</u></p> <p>Das Stimmvolk hat die Pflegeinitiative deutlich angenommen und damit den Willen klar ausgedrückt, dass zur Sicherstellung der Pflegequalität zusätzliche Pflegefachkräfte ausgebildet werden sollen. Gemäss Obsan-Bericht 2022 benötigt die Schweiz bis 2040 über 50'000 zusätzliche Pflegeheimbetten, zudem ist mit mehr als 100'000 zusätzlichen Spitex-Klientinnen und -Klienten zu rechnen. Unter diesen Umständen darf keine Zeit verloren gehen, sondern ist eine dringende Inkraftsetzung zumindest der bereits im Gegenvorschlag enthaltenen Bestimmungen angezeigt.</p> <p>13.09.2022 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>Après la nette acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers par le peuple suisse, le Conseil fédéral entend, comme première étape, lancer le plus rapidement possible une « offensive de formation dans le domaine des soins ».</p> <p>Le Conseil fédéral souhaite remédier à la pénurie de personnel soignant grâce à une offensive de formation. Cette dernière prévoit que la Confédération et les cantons soutiendront la formation en soins infirmiers pendant huit ans à hauteur de près d'un milliard de francs. Par ailleurs, les infirmières et les infirmiers pourront facturer directement certaines prestations à la charge des assurances. Ces mesures – qui figuraient déjà dans le contre-projet indirect à l'initiative – visent à permettre la mise en œuvre rapide d'une partie importante de l'initiative sur les soins infirmiers.</p> <p>L'offensive de formation comprend trois volets. Le premier consiste à soutenir financièrement les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les Spitex qui participent à la formation pratique du personnel infirmier diplômé. Le deuxième vise à soutenir financièrement, au besoin, les personnes suivant une formation en soins infirmiers dans une école supérieure (ES) ou dans une haute école spécialisée (HES). Le troisième consiste à verser des contributions aux ES et aux HES pour qu'elles augmentent le nombre de places de formation.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la loi</u></p> <p>Le corps électoral a nettement accepté l'initiative sur les soins infirmiers. Il a ainsi clairement exprimé la volonté que davantage de personnel infirmier qualifié soit formé pour assurer la qualité des soins. Le rapport 2022 de l'Obsan estime que la Suisse a besoin de 50'000 lits d'EMS supplémentaires d'ici 2040. Il s'attend en outre à plus de 100'000 clientes et clients supplémentaires pour les organisations d'Aide et soins à domicile. En ces circonstances, il convient de ne pas perdre de temps. Une mise en œuvre urgente, au moins des dispositions figurant déjà dans le contre-projet, est au contraire indiquée.</p> <p>13.09.2022 Délibérations au Conseil des États</p>

19.4194 Motion NR Graf: Finanzierung von Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz

Eingereichter Text

Der Bundesrat bzw. das zuständige Departement wird beauftragt, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) so anzupassen, dass Menschen mit Demenz Anspruch auf die für sie adäquaten Pflegeleistungen haben.

Begründung

Menschen mit Demenz haben wie alle im KVG versicherten Personen Anspruch auf Pflegeleistungen, welche gemäss Pflegefinanzierung vergütet werden. Die KLV definiert diese Pflegeleistungen, und es zeigt sich in der Praxis, dass viele Pflegeleistungen, welche Menschen mit Demenz benötigen würden, nicht in die engen Definitionen der KLV passen. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Anleitung und Überwachung bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme (nach KVG bezahlt die Krankenversicherung nur, wenn eine pflegebedürftige Person durch die Pflegefachperson gewaschen wird oder wenn ihr das Essen eingegeben wird).

"Die angemessene Entschädigung und die finanzielle Tragbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit einer Demenzerkrankung sind gewährleistet." So lautet Ziel 4 der Nationalen Demenzstrategie (NDS) 2014-2019. Der Schlussbericht der Evaluation der NDS hält fest, dass die Finanzierung von demenzspezifischen Pflegeleistungen nach wie vor nicht sichergestellt ist. Die Nationale Demenzstrategie erreicht damit bis auf Weiteres eines ihrer wichtigsten Ziele aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch hinsichtlich einer guten Versorgung nicht.

Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion

Im Sommer 2017 haben die Verbände der Leistungserbringer gemeinsam mit der GDK einen Antrag zur Verbesserung für Menschen mit Demenz eingereicht. Das BAG zeigt keinerlei Interesse, sich diesen Vorschlag inhaltlich anzuschauen. Jetzt braucht es das Parlament, welches den von Demenz betroffenen Personen und deren Angehörigen endlich zu ihrem Recht verhilft, eine angemessene Pflege finanziert zu erhalten.

22.09.2021 Nationalrat: Annahme mit 136 zu 46 Stimmen

13.09.2022 Beratung im Ständerat

19.4194 Motion CN Graf : Financement des soins aux personnes atteintes de démence

Texte déposé

Le Conseil fédéral, respectivement le département compétent, est chargé de modifier l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) pour que les personnes atteintes de démence aient droit à des soins adaptés à leur situation particulière.

Développement

A l'instar de tous les assurés sous le régime de la LAMal, les personnes atteintes de démence ont droit à des soins qui sont remboursés selon le financement prévu. L'OPAS définit les prestations qui sont prises en charge, mais il s'avère que de nombreuses prestations dont ces personnes auraient besoin ne concordent pas avec les définitions étroites de l'ordonnance, comme lorsqu'il faut diriger et surveiller les soins corporels et la prise de nourriture. En vertu de la LAMal, l'assureur ne paie en effet la prestation que si la personne qui nécessite des soins est lavée par l'infirmier ou si celui-ci l'alimente directement.

L'objectif 4 de la Stratégie nationale en matière de démence pour les années 2014 à 2019 prévoit pourtant de garantir un financement approprié et supportable des prestations adaptées pour les personnes atteintes de démence. Le rapport final d'évaluation de la stratégie constate que le financement de ces prestations n'est pas encore assuré. La Stratégie nationale en matière de démence n'atteint donc pas l'un de ses objectifs les plus importants du point de vue des personnes concernées et de leurs proches et du point de vue d'une bonne couverture des soins.

Recommandation de senesuisse : Adopter la motion

À l'été 2017, les associations des fournisseurs de prestations ont déposé, conjointement avec la CDS, une demande portant sur l'amélioration du financement des soins pour les personnes atteintes de démence. L'OFSP ne manifeste aucun intérêt à examiner cette proposition sur fond. Dès lors, il revient au Parlement d'aider enfin les personnes atteintes de démence et leurs proches à faire valoir leurs droits à un financement adéquat des soins.

22.09.2021 Conseil national : Adoption par 136 voix contre 46

13.09.2022 Délibérations au Conseil des États

09.528 Parl. Iv. NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand	09.528 Initiative parl. CN Humbel : Financement moniste des prestations de soins
<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 von senesuisse: <u>Annahme mit Einbezug Langzeitpflege</u> 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. Dabei muss auf jeden Fall auch ein Einbezug der Langzeitpflege erfolgen, um dortige Fehlanreize zu beseitigen. So werden etwa Pflegebedürftige bereits ab 1-2 Stunden Pflege pro Tag zum Eintritt in ein Pflegeheim benötigt, weil die Krankenkassen nicht mehr zur Übernahme der höheren Kosten der Spitex bereit sind. Solche rein monetär getriebene Urteile können mit einer einheitlichen Finanzierung auch für Spitex und Pflegeheime beseitigt werden. Dafür ist ein Zeitrahmen von maximal 5-7 Jahre vorzusehen, nach welchem die Umsetzung im Langzeitbereich erfolgen muss.</p> <p>26.09.2019 Nationalrat: Annahme des Entwurfs mit 121 zu 54 Stimmen 20.09.2022 Behandlung im Ständerat</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>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation en incluant les soins de longue durée</u> Les incitations pernicieuses existant au sein de notre système par le biais du financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier doivent être éliminées. Seules la simplification et l'égalité de financement permettent d'éviter une dilapidation des ressources. En tout état de cause, ceci implique également une inclusion des soins de longue durée afin d'éliminer les incitations pernicieuses existant dans ce domaine. Les personnes dépendantes sont ainsi poussées à entrer en EMS, dès une à deux heures de soins quotidiens déjà, parce que les caisses-maladie ne sont plus disposées à prendre en charge les coûts plus élevés des organisations d'Aide et soins à domicile. Un financement uniforme également pour les organisations d'Aide et soins à domicile ainsi que pour les EMS permet d'éliminer de tels jugements d'ordre purement financier. Un délai de cinq à sept ans au maximum est à prévoir à cet égard. Délai qui doit être suivi de la mise en œuvre dans le domaine des soins de longue durée.</p> <p>26.09.2019 Conseil national : Adoption du projet par 121 voix contre 54 20.09.2022 Délibérations au Conseil des États</p>

<p>22.3015 Motion SGK-NR. Elektronisches Patientendossier. Praxistauglich gestalten und finanziell sichern</p>	<p>22.3015 Motion CSSS-N. Concevoir un dossier électronique du patient adapté à la pratique et garantir son financement</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, unter Regelung der gegenseitigen Aufgaben und Verantwortung mit den Kantonen sowohl die Finanzierung der Einführung wie auch die kostendeckende Finanzierung des Unterhalts und Betriebs sowie der Weiterentwicklung des EPD und seiner Infrastruktur langfristig sicherzustellen. Gleichzeitig hat der Bundesrat dafür zu sorgen und soweit notwendig die rechtlichen Grundlagen anzupassen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass das EPD benutzertauglich wird, einfach zugänglich ist (inkl. eID), Administration abbaut und für alle Betroffenen einen Mehrwert bringt, - dass die technische und organisatorische Komplexität des EPD reduziert wird und eine zentrale EPD-Infrastruktur für die Datenablage der Patientinnen und Patienten sowie für den Datenaustausch mit Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung steht, - dass die EPD-Infrastruktur einfach in die digitalen Geschäftsprozesse zwischen den Gesundheitsfachpersonen eingebunden werden kann. <p>Stellungnahme des Bundesrates vom 27.04.2022</p> <p>Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion. In diesem Sinne hat der Bundesrat entschieden, das Bundesgesetz über das EPD einer grundlegenden Prüfung zu unterziehen. Basierend auf den Ergebnissen der Prüfung hat der Bundesrat am 27. April 2022 entschieden, eine Revision des EPDG im Sinne der vorliegenden Motion anzustossen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Aus Sicht von <i>senesuisse</i> als Verband der Alters-/Pflegeheime sind Nachbesserungen dringend nötig. Die Pflegeheime sind mit dem aktuellen Stand sehr unzufrieden: Sie müssen hohe Investitionskosten tragen, sind zur EPD-Infrastruktur verpflichtet, können aber keinerlei Nutzen daraus generieren. In der aktuellen Form mit doppelter Freiwilligkeit, dezentralen Systemen und nicht strukturierten Daten ist keine sinnvolle Anwendung möglich, die Kosten aber sind enorm.</p> <p>11.05.2022 Nationalrat: Annahme 20.09.2022 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de prendre les mesures nécessaires afin de garantir à long terme, dans le cadre de la répartition des tâches et des responsabilités qui aura été convenue avec les cantons, le financement de l'introduction du DEP ainsi que le financement de la totalité des coûts de maintenance, d'exploitation et de développement du dossier et de son infrastructure. Dans le même temps, le Conseil fédéral s'assurera que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le DEP soit convivial, facilement accessible (avec l'e-ID), qu'il allège la charge administrative et apporte une plus-value à toutes les utilisatrices et utilisateurs ; - la complexité du DEP, sur les plans technique et organisationnel, soit réduite et qu'une infrastructure centralisée soit mise à disposition pour l'enregistrement des données des patientes et des patients et l'échange d'informations entre les membres des professions médicales ; - l'infrastructure du DEP puisse facilement être intégrée aux processus métier numériques en vigueur entre les membres des professions médicales. <p>Avis du Conseil fédéral du 27 avril 2022</p> <p>Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion. C'est pourquoi, le 11 août 2021, le Conseil fédéral a décidé de procéder à un examen approfondi de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient. Au vu des résultats de cet examen, il a décidé, le 27 avril 2022, de lancer une révision de la LDEP au sens de la présente motion.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Du point de vue de l'association des EMS <i>senesuisse</i>, il est urgent d'apporter des améliorations. Les EMS sont très insatisfaits de la situation actuelle : ils doivent supporter des coûts d'investissement élevés, sont contraints de disposer de l'infrastructure du DEP, mais ne peuvent en tirer aucun avantage. La forme actuelle, avec un double volontariat, des systèmes décentralisés et des données non structurées, empêche toute utilisation pertinente, alors que les coûts sont énormes.</p> <p>11.05.2022 Conseil national : Adoption 20.09.2022 Délibérations au Conseil des États</p>

21.067 Volksinitiative „Kostenbremse-Initiative“ und indirekter Gegenvorschlag	21.067 Initiative populaire « Pour un frein aux coûts » et contre-projet indirect
<p>Ausgangslage</p> <p>Die Initiative der „Mitte“ will Bundesrat und Kantone verpflichten, eine Kostenbremse im Gesundheitswesen einzuführen. Liegt das Kostenwachstum pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um 20% über der Nominallohnentwicklung, soll der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen Kostenbegrenzungsmassnahmen ergreifen, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden. Damit soll erreicht werden, dass sich die Kosten in der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln und die Prämien bezahlbar bleiben.</p> <p>Der indirekte Gegenvorschlag des Nationalrats</p> <p>Gemäss dem vom Nationalrat beschlossenen Gegenvorschlag soll der Bundesrat künftig nach Anhörung aller Akteure im Gesundheitswesen Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für die darauffolgenden vier Jahre festlegen. Jeder Kanton kann sich daran orientieren und ebenfalls Kosten- und Qualitätsziele für die darauffolgenden vier Jahre festlegen.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Ablehnung der Volksinitiative, keinen Gegenvorschlag im Sinne des Bundesrats</u></p> <p>Die „Kostenbremse-Initiative“ geht eindeutig zu weit und ist zu starr. Sie würde zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen führen. Zudem ist das Verhältnis zwischen Krankenkassenprämien und Nominallohn nicht entscheidend, bei steigendem Wohlstand sollte der Anteil an in die Gesundheit investiertem Geld zunehmen und nicht künstlich tief gehalten werden.</p> <p>Auch der Gegenvorschlag des Nationalrats sieht eine Rationierung vor, er ist in der vorgelegten Form nicht akzeptabel. Aus Sicht von <i>senesuisse</i> wäre es deshalb besser, ganz auf einen Gegenvorschlag zu verzichten. Stattdessen sollte das Projekt EFAS – auch im Bereich der Langzeitpflege! – vorangetrieben werden, um bestehende Fehlanreize zu beseitigen.</p> <p>01.06.2022 Nationalrat: Ablehnung der Volksinitiative (156:28 Stimmen) 01.06.2022 Nationalrat: Annahme Gegenvorschlag (104:74 Stimmen) 20.09.2022 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>Lancée par Le Centre, l’initiative veut obliger le Conseil fédéral et les cantons à introduire un frein aux coûts dans le système de santé. Si, deux ans après l’acceptation de l’initiative, la hausse des coûts par assuré devait être supérieure de plus que 20 % à l’évolution des salaires nominaux, le Conseil fédéral, en collaboration avec les cantons, devrait prendre des mesures visant à faire baisser les coûts qui produisent effet à partir de l’année suivante. L’initiative doit ainsi contribuer à ce que les coûts de l’AOS évoluent conformément à l’économie nationale et aux salaires moyens et que les primes restent supportables.</p> <p>Le contre-projet indirect du Conseil national</p> <p>En vertu du contre-projet adopté par le Conseil national, le Conseil fédéral serait dorénavant appelé, après audition de toutes les parties prenantes du système de santé, à fixer des objectifs de coûts et de qualité pour les quatre années suivantes. Chaque canton peut s’en inspirer et également fixer des objectifs de coûts et de qualité pour les quatre années suivantes.</p> <p>Recommandation de senesuisse: <u>Rejet de l’initiative populaire, sans contre-projet dans le sens du Conseil fédéral</u></p> <p>L’initiative « Pour un frein aux coûts » va clairement trop loin et est trop rigide. Elle conduirait à un rationnement des prestations de santé. De plus, le rapport entre les primes de caisse-maladie et le salaire nominal n’est pas déterminant ; lorsque la prospérité augmente, la part investie dans la santé devrait augmenter et non être maintenue artificiellement à un niveau bas.</p> <p>Le contre-projet du Conseil national prévoit également un rationnement, il n’est pas acceptable tel qu’il est présenté. De l’avis de <i>senesuisse</i>, il serait donc préférable de renoncer complètement à un contre-projet. Au lieu de cela, il faudrait aller de l’avant avec le projet EFAS – également dans le domaine des soins de longue durée ! – afin d’éliminer les mauvaises incitations existantes.</p> <p>01.06.2022 Conseil national : Rejet de l’initiative populaire (156 voix contre 28) 01.06.2022 Conseil national : Adoption du contre-projet (104 voix contre 74) 20.09.2022 Délibérations au Conseil des États</p>

<p>21.063 Volksinitiative „Prämientlastungs-Initiative“ (max. 10% des Einkommens) und indirekter Gegenvorschlag</p>	<p>21.063 Initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance maladie (initiative d'allègement des primes) » et contre-projet indirect</p>
<p>Ausgangslage Die Initiative der Sozialdemokratischen Partei verlangt, dass keine versicherte Person mehr als 10% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien der OKP bezahlen muss. Um dies zu erreichen, sollen Bund und Kantone mehr zur Prämienverbilligung beitragen. Der Bund soll mindestens zwei Drittel der Kosten tragen, die Kantone den Rest. Der Bundesrat lehnt die Initiative ab, namentlich weil diese verlangt, dass der Bund den überwiegenden Teil der Prämienverbilligungen beiträgt, obschon die Gesundheitskosten stark von kantonalen Entscheiden beeinflusst sind.</p> <p>Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrats Der Entwurf des Gegenvorschlags des Bundesrats sieht vor, dass jeder Kanton einen Beitrag zur Prämienverbilligung leistet, der einem Mindestprozentsatz der Bruttokosten der OKP der Versicherten, die in diesem Kanton wohnen, entspricht. Dieser Prozentsatz wird davon abhängen, wie stark die Prämien nach der Verbilligung die Einkommen der 40% der Versicherten mit den tiefsten Einkommen belasten. Der bereits von den Kosten abhängige Bundesbeitrag würde unverändert bleiben.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Ablehnung von Initiative und Gegenvorschlag</u> Ein fixer Prozentsatz des Einkommens setzt insofern Fehlanreize, als man freiwillig auf Einkommen verzichten könnte, um in den Genuss von staatlichen Geldern zu kommen. Ausserdem sollte es uns als wohlhabendes Land etwas Wert sein, ein gutes Gesundheitswesen zu finanzieren – auch mit mehr als 10% des Einkommens (schliesslich haben sich die Kosten für Lebensmittel von mehr als 30% des Bruttoeinkommens auf 5-7% reduziert). Wenn das Gesundheitswesen kantonal organisiert ist, können nicht alle auf dieser Ebene wahrgenommenen Fehlentwicklungen über Bundesvorschriften übersteuert werden. Gleich wie das Erheben der Steuern ist auch die Planung und Finanzierung der Gesundheitsleistungen und die Prämienverbilligung primär eine kantonale Angelegenheit. Diese Initiative und möglichen Regelungen gehören deshalb nicht auf die nationale Ebene.</p> <p>16.06.2022 Nationalrat: Ablehnung der Volksinitiative (121:67 Stimmen) 16.06.2022 Nationalrat: Annahme Gegenvorschlag (119:66 Stimmen) 20.09.2022 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale L'initiative du Parti socialiste demande qu'aucun assuré ne doive payer plus de 10 % de son revenu disponible pour les primes d'assurance maladie. Pour y parvenir, elle prévoit que la Confédération et les cantons contribuent davantage aux réductions de primes. La Confédération prendrait en charge deux tiers des dépenses, les cantons assumant le reste des dépenses. Le Conseil fédéral s'oppose à l'initiative, notamment parce que celle-ci exige de la Confédération de contribuer majoritairement aux réductions de primes, alors même que les coûts de la santé sont fortement influencés par les décisions cantonales, par exemple s'agissant de la planification hospitalière.</p> <p>Le contre-projet indirect du Conseil fédéral L'ébauche du contre-projet du Conseil fédéral demande à chaque canton d'affecter aux réductions de primes un montant qui correspond à un pourcentage minimal des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) générés par les assurés domiciliés sur son territoire. Ce pourcentage dépendra de la charge que les primes font peser sur les 40 % des assurés aux revenus les plus bas. La contribution fédérale, qui est déjà liée aux coûts, resterait en revanche inchangée.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejeter l'initiative et le contre-projet</u> Un pourcentage fixe du revenu crée des incitations inopportunes dans la mesure où l'on pourrait renoncer volontairement à un revenu pour bénéficier de fonds publics. En outre, en tant que pays prospère, il devrait être de notre intérêt de financer un bon système de santé, même avec plus de 10 % du revenu (après tout, les coûts de l'alimentation sont passés de 30 % du revenu brut à 5-7 %). Lorsque le système de santé est organisé au niveau cantonal, on ne peut pas imposer des règles fédérales à tous les dysfonctionnements constatés à ce niveau. Tout comme la perception des impôts, la planification et le financement des prestations de santé ainsi que la réduction des primes sont avant tout une affaire cantonale. Cette initiative et ces réglementations éventuelles n'ont donc pas leur place au niveau national.</p> <p>16.06.2022 Conseil national : Rejet de l'initiative populaire (121 voix contre 67) 16.06.2022 Conseil national : Adoption du contre-projet (119 voix contre 66) 20.09.2022 Délibérations au Conseil des États</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>22.046 Covid-Gesetz: Änderung/Verlängerung ausgewählter Bestimmungen</p>	<p>22.046 Loi COVID-19 : prolongation et modification de certaines dispositions</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Bewährte Handlungsinstrumente zur Bewältigung der Covid-19-Epidemie sollen vor allem in den nächsten beiden Wintern weiterhin zur Verfügung stehen. Um dies zu garantieren, will die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) ausgewählte Bestimmungen des grösstenteils bis 31. Dezember 2022 befristeten Covid-19-Gesetzes bis im Sommer 2024 verlängern.</p> <p>Die SGK-N hat die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 18 zu 7 Stimmen angenommen. Diese soll sicherstellen, dass dem Bund weiterhin einzelne bewährte Instrumente zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zur Verfügung stehen, auch wenn mit der Rückkehr in die normale Lage per 1. April 2022 die Kantone wieder die Hauptverantwortung in der Bewältigung der Covid-19-Epidemie übernommen haben.</p> <p>Ein zentraler Pfeiler in der Bekämpfung der Epidemie ist nach Auffassung der Kommission ein einfacher und rascher Zugang zu Covid-19-Tests. Angesichts des drohenden Anstiegs der Viruszirkulation in den Wintermonaten will sie aus epidemiologischer und organisatorischer Sicht keine Übertragung der Verantwortlichkeiten für das Testregime und der Test-Finanzierung an die Kantone, mit 26 unterschiedlichen Regelungen.</p> <p>Zudem sollen die Kantone dazu angehalten werden, sicherzustellen, dass die Spitäler über ausreichend Kapazitätsreserven verfügen, um pandemiebedingte Auslastungsspitzen zu bewältigen.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme gemäss Kommissionsmehrheiten</u></p> <p>Aus Sicht von <i>senesuisse</i> ist es besonders für Gesundheitsbetriebe von enormer Bedeutung, das funktionierende Testregime weiterführen zu können. Zudem müssen genügend Kapazitäten in den Spitälern bestehen und auch finanziert sein. Entsprechend sind die von der Mehrheit der Kommission unterstützten Massnahmen weiterzuführen.</p> <p>27.09.2022 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale</p> <p>Les instruments qui ont fait leurs preuves dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 doivent rester disponibles, en particulier ces deux prochains hivers. À cet effet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) souhaite prolonger, jusqu'à l'été 2024, certaines dispositions de la loi COVID-19, dont la durée de validité est, pour la plupart, limitée au 31 décembre 2022.</p> <p>Par 18 voix contre 7, la CSSS-N a approuvé le projet lors du vote sur l'ensemble. L'objectif est de garantir que la Confédération dispose encore de certains instruments qui ont fait leur preuve pour protéger la santé publique, même si, depuis le retour à la situation normale le 1^{er} avril 2022, les cantons assument à nouveau la responsabilité principale dans la lutte contre la pandémie de COVID-19.</p> <p>La commission estime qu'un accès simple et rapide aux tests de dépistage est un des piliers de la lutte contre la pandémie. Compte tenu du risque d'augmentation de la circulation du virus pendant les mois d'hiver, elle ne souhaite pas, pour des raisons épidémiologiques et organisationnelles, transférer la responsabilité des tests de dépistage et de leur financement aux cantons, avec l'apparition d'un système avec 26 réglementations différentes.</p> <p>Les cantons doivent en outre être tenus de garantir que les hôpitaux bénéficient de réserves de capacité suffisantes pour maîtriser des pics de charge dus à la pandémie.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adoption selon majorités de la CSSS-N</u></p> <p>Selon <i>senesuisse</i>, la possibilité de poursuivre l'efficace régime d'essai revêt une importance énorme pour les établissements de santé. Des capacités suffisantes doivent en outre exister et être financées dans les hôpitaux. Partant, il convient de poursuivre les mesures soutenues par la majorité de la Commission.</p> <p>27.09.2022 Délibérations au Conseil national</p>

<p>22.3867 Postulat SGK-NR: Betreuung von Menschen mit Demenz; Finanzierung verbessern</p>	<p>22.3867 Postulat CSSS-N : Prise en charge des personnes atteintes de démence ; améliorer le financement</p>
<p>Ausgangslage Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in dem er aufzeigt, mit welchen Massnahmen die Finanzierung der Betreuung von Menschen mit Demenz verbessert werden kann, unabhängig vom Ort, an dem diese Leistungen erbracht werden.</p> <p>Begründung Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist zeitaufwendig und, wenn sie von professionell Pflegenden erbracht wird, personalintensiv und führt zu Kosten. Die Finanzierung, insbesondere der Betreuung, ist weiterhin nicht gesichert, da diese, anders als die direkten Pflegekosten, nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert wird.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stationäre und ambulante Langzeitpflege: Gemäss der Nationalen Plattform Demenz sollen "Analysen zur Finanzierung in laufende Evaluationen und Weiterentwicklungen bestehender Finanzierungssysteme" eingebracht werden. Der Bericht soll die Ergebnisse dieses Projekts aufzeigen, respektive den aktuellen Stand präsentieren. 2. Spitäler: Sind die aktuellen DRG für die Betreuung von Menschen mit Demenz in Akutspitälern kostendeckend, wo es nicht erlaubt ist, Zusatzentgelt gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP 99.cx (Pflegekomplexbehandlung) zur Anwendung zu bringen? 3. Entlastung von betreuenden Angehörigen: Wie kann die Finanzierung von Entlastungsangeboten (Tageskliniken u.ä.) verbessert werden, damit alle Angehörige von Menschen mit Demenz von solchen Angeboten profitieren können, unabhängig von ihrer finanziellen Situation? 4. Einsatz von Psychopharmaka: Infolge mangelnder Betreuung werden sehr oft Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika verabreicht. Wie kann deren Einsatz vermindert werden? <p>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme des Postulats</u> Angesichts der bevorstehenden Entwicklung (erwartete Verdoppelung der Demenzbetroffenheit bis 2030) ist es dringend angezeigt, sich diese Fragen zu stellen und Lösungen für dieses gesellschaftliche Thema zu suchen.</p> <p>27.09.2022 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport dans lequel il proposera des mesures permettant d'améliorer le financement de la prise en charge de personnes atteintes de démence, indépendamment du lieu où les prestations concernées sont fournies.</p> <p>Développement La prise en charge des personnes atteintes de démence prend du temps. Elle est en outre intensive en ressources humaines et engendre des coûts lorsqu'elle est réalisée par des professionnels des soins. Le financement, en particulier s'agissant de la prise en charge, n'est toujours pas assuré, car contrairement aux soins directs, celle-ci n'est pas financée par l'assurance obligatoire des soins (AOS).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soins stationnaires et ambulatoires de longue durée : selon la Plateforme nationale démence, il faut intégrer les analyses sur le financement dans les évaluations en cours et les développements des systèmes de financement en place. Le rapport présentera les résultats de ce projet ou son statut actuel. 2. Hôpitaux : l'actuel DRG couvre-t-il tous les coûts de prise en charge des personnes atteintes de démence dans des hôpitaux de soins aigus, lorsqu'il n'est pas permis de recourir aux rémunérations supplémentaires au sens de la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP 99.cx (traitement de soins infirmiers complexes ? 3. Décharge des proches aidants : comment le financement d'offres de décharge (hôpitaux de jour notamment) peut-il être amélioré afin que tous les proches de personnes atteintes de démence puissent en profiter, quelle que soit leur situation financière ? 4. Usage de médicaments psychotropes : lorsque la prise en charge est insuffisante, des médicaments psychotropes, et plus particulièrement des neuroleptiques, sont très souvent administrés aux personnes atteintes de démence. Comment limiter leur utilisation ? <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter le postulat</u> Au regard de l'évolution à venir (le nombre de cas de démence devrait doubler d'ici 2030), il est urgent de se poser ces questions et de chercher des réponses pour ce sujet sociétal.</p> <p>27.09.2022 Délibérations au Conseil national</p>

19.046 Krankenversicherungsgesetz (KVG): Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1b	19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1b
<p>Ausgangslage Der Bundesrat will in diesem ersten von zwei Massnahmenpaketen mit vorerst neun Massnahmen ein Kostendämpfungsprogramm für das Gesundheitswesen starten. Das Sparpotenzial betrage mehrere Hundert Millionen pro Jahr.</p> <p>Aktueller Stand der Beratungen Die Räte haben das Sparpaket 1 aufgeteilt in ein Paket 1a und 1b. Das Paket 1a wurde im Sommer 2021 durch beide Räte angenommen und beinhaltet etwa eine nationale Tarifstruktur für ambulante Pauschalen sowie einen sog. Experimentierartikel. Im Paket 1b geht es nun noch um den Artikel 47c, welcher eine Begrenzung der Leistungen vorsieht: Wenn die in Tarifverträgen neu zwingend zu integrierenden Bestimmungen zum Kosten-Monitoring eine Kostensteigerung aufzeigen, müssen Massnahmen zur Reduktion der Kosten und somit der Leistungen ergriffen werden – ansonsten Korrekturmassnahmen des Staats erfolgen.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Ablehnung der Kostenbremse in Art. 47c</u> Auch wenn der Inhalt im Rückkommensentscheid des Nationalrats wenig abgeschwächt wurde, so beinhaltet die Pflicht zur Etablierung eines Monitorings und das Ergreifen von Korrekturmassnahmen bei Kostensteigerungen noch immer nichts anderes als eine Beschränkung von Gesundheitsleistungen. Davon zeugt namentlich die zwingende Genehmigung durch Kantone/Bund sowie deren subsidiäre Eingriffskompetenz. Weil sich das Schweizer Stimmvolk schon immer gegen eine Beschränkung von Gesundheitsleistungen ausgesprochen hat, darf dies nicht „durch die Hintertür“ eingeführt werden. Wennschon braucht es eine faire Volksabstimmung dazu. Denn letztlich müssen Herr und Frau Schweizer über die Leistungen entscheiden, welche das Gesundheitswesen erbringen soll, und nicht einzelne Akteure oder politische Instanzen.</p> <p>13.09.2022 Differenzenbereinigung im Ständerat 19.09.2022 evtl. Differenzenbereinigung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Dans le cadre de ce premier des deux volets de mesures, le Conseil fédéral entend démarrer un programme de maîtrise des coûts pour le système de santé – dans premier temps avec neuf mesures. Le potentiel d'économie s'élèverait à plusieurs centaines de millions par année.</p> <p>État actuel des délibérations Les deux Chambres ont divisé le premier plan d'austérité en volets 1a et 1b. Le volet 1a a été adopté par le Parlement en été 2021 et englobe notamment une structure tarifaire nationale pour les forfaits ambulatoires ainsi que l'article relatif aux projets pilotes. Dans le volet 1b, il est maintenant question de l'art. 47c LAMal qui prévoit une limitation des prestations : lorsque les dispositions relatives au monitoring des coûts – qui doivent désormais obligatoirement être intégrées dans les conventions tarifaires – présentent une hausse de coûts, des mesures de réduction des coûts, et par conséquent des prestations, doivent être prises – sous peine de la prise de mesures correctives par l'État.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejet du frein aux coûts de l'art. 47c</u> Même si le contenu de la décision du Conseil national n'a subi qu'un léger affaiblissement, l'obligation d'établir un monitoring et de prendre des mesures correctives lors d'augmentations des coûts n'inclut toujours rien de plus qu'une limitation des prestations de santé. Preuve en sont notamment l'autorisation obligatoire par les cantons/la Confédération, ainsi que leur compétence subsidiaire d'intervention. Le peuple suisse s'est depuis toujours opposé à une limitation des prestations de santé. Celle-ci ne doit donc pas être introduite par une voie détournée. Quand bien même, une votation populaire serait nécessaire à cet effet. Car finalement, il appartient à Madame et Monsieur Suisse de décider des prestations que le système de santé doit fournir, et non à quelques acteurs ou instances politiques.</p> <p>13.09.2022 Élimination des divergences au Conseil des États 19.09.2022 Évt. élimination des divergences au Conseil national</p>