

**Gesundheits- und Heimpolitik  
im Bundesparlament**

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

**Vorschau**

**Perspective**

**Herbstsession 2024**

**Session d'automne 2024**

**9. - 27. September 2024**

**du 9 au 27 septembre 2024**

**Ständerat: Seiten 3-8**

**Conseil des États : pages 3 à 8**

**Nationalrat: Seite 9**

**Conseil national : page 9**

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p><b>Ständerat</b></p> <p><a href="#">24.3726</a> Ip. SR Pirmin Bischof: Gegen die administrative Belastung im Gesundheitswesen Seite 3</p> <p><a href="#">23.4088</a> Motion SR Peter Hegglin: Lockerung des Vertragszwangs im KVG Seite 5</p> <p><a href="#">23.3601</a> Motion Fraktion RL: Schluss mit Doppelspurigkeiten bei Gesundheitsdaten Seite 7</p> <p><a href="#">24.3535</a> Ip. SR Josef Dittli: Kosten- und Prämienentwicklung bei der Umsetzung von EFAS Seite 8</p> <p><b>Nationalrat</b></p> <p><a href="#">24.3809</a> Postulat SGK-NR: Klärung der Kompetenzen in der Gesundheitspolitik Seite 9</p>	<p><b>Conseil des États</b></p> <p><a href="#">24.3726</a> Ip. CE Pirmin Bischof : Système de santé ; lutter contre la charge administrative page 3</p> <p><a href="#">23.4088</a> Motion CE Peter Hegglin : LAMal ; assouplissement de l'obligation de contracter page 5</p> <p><a href="#">23.3601</a> Motion Groupe RL. Halte aux doublons onéreux ! Permettre l'utilisation multiple des données médicales page 7</p> <p><a href="#">24.3535</a> Ip. CE Josef Dittli : Mise en œuvre du financement uniforme des prestations ; impact sur les coûts et les primes page 8</p> <p><b>Conseil national</b></p> <p><a href="#">24.3809</a> Postulat CSSS-N : Clarifier les compétences dans le domaine de la politique de la santé page 9</p>

<b>Ständerat</b>	<b>Conseil des États</b>
<p><b>24.3726 Interpellation SR Pirmin Bischof: Gegen die administrative Belastung im Gesundheitswesen</b></p>	<p><b>24.3726 Interpellation CE Pirmin Bischof : Système de santé ; lutter contre la charge administrative</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b></p> <p>Der revidierte Artikel 58a KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist seit dem 1. April 2021 in Kraft. Demnach müssen die Verbände der Leistungserbringer mit den Versicherern Verträge zur Qualitätsentwicklung abschliessen. Die Verträge regeln, welche Qualitätsentwicklungsmassnahmen von den Leistungserbringern umgesetzt werden sollen, welche Qualitätsmessungen durchgeführt werden und wie diese überprüft und sanktioniert werden sollen. Für die Entwicklung des Systems sind die Verbände und die Leistungserbringer verantwortlich.</p> <p>Seit drei Jahren versuchen die Parteien, diesen Anforderungen nachzukommen. Gemäss den gesetzlichen Grundlagen muss jeder Leistungserbringer eine Liste von Anforderungen mit einer Auswahl an Massnahmen zur Qualitätsentwicklung (Normen, Standards, Richtlinien, Best Practice usw.) entwickeln und national standardisieren. Dies ist zusätzlicher Aufwand, der bis dahin nicht im Tarif eingeschlossen ist.</p> <p>Wird an den Forderungen der Qualitätsentwicklung festgehalten, führt dies zu weiteren administrativen Belastungen der Gesundheitsberufen.</p> <p>Einer der Hauptgründe, dass keine Verträge abgeschlossen werden konnten, ist die fehlende Finanzierung dieses erheblichen Zusatzaufwandes für die Qualitätsentwicklung (nicht zu verwechseln mit der logischerweise geschuldeten Qualitätssicherung, welche jede Leistung erfüllen muss).</p> <p><b>Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist sich der Bundesrat bewusst, dass die administrative Belastung im Gesundheitswesen mit der Qualitätsvorlage noch mehr steigt und damit die Zeit mit dem Patienten verkürzt wird?</li> <li>- Welche Massnahmen sieht der Bundesrat vor, um diese zusätzlichen Arbeiten finanzierbar zu machen?</li> <li>- Ist sich der Bundesrat bewusst, dass bis heute kein Vertrag mit einem Versicherer und einem Leistungserbringer im praxisambulanten Bereich unterzeichnet wurde?</li> <li>- Was für einen Zeitplan sieht der Bundesrat für die Evaluierung des Artikel 58 KVG vor?</li> </ul>	<p><b>Texte déposé</b></p> <p>L'art. 58a LAMal, qui vise à renforcer la qualité et l'économicité, est entré en vigueur dans sa nouvelle teneur le 1<sup>er</sup> avril 2021. Il prévoit que les fédérations des fournisseurs de prestations doivent conclure avec les assureurs des conventions relatives au développement de la qualité. Ces conventions définissent les mesures de développement de la qualité qui doivent être mises en œuvre par les fournisseurs de prestations, les mesures de la qualité qui doivent être réalisées, la manière dont le respect des mesures doit être contrôlé et les sanctions encourues. Le développement du système est de la responsabilité des fédérations et des fournisseurs de prestations.</p> <p>Les parties essaient depuis trois ans de respecter ces exigences. Conformément aux bases légales, chaque type de fournisseur de prestations doit développer une liste d'exigences contenant une sélection de mesures de développement de la qualité (normes, standards, directives, bonnes pratiques, etc.) et la faire standardiser au niveau national. Cette charge de travail supplémentaire n'est pas comprise à ce jour dans les tarifs.</p> <p>Si les exigences en matière de développement de la qualité sont maintenues, la charge administrative pesant sur les professions de la santé va encore s'alourdir.</p> <p>Une des raisons principales qui empêchent la conclusion de conventions est le manque de financement, alors que le développement de la qualité (qu'il ne faut pas confondre avec l'assurance de la qualité des prestations, qui va de soi) implique une énorme charge de travail supplémentaire.</p> <p><b>Questions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Conseil fédéral est-il conscient que le projet de développement de la qualité alourdit encore la charge administrative dans le système de santé, au détriment du temps passé avec les patients ?</li> <li>- Quelles mesures prévoit-il de prendre pour que le travail supplémentaire qui en découle puisse être financé ?</li> <li>- Est-il conscient qu'aucune convention n'a été signée à ce jour avec un assureur et un fournisseur de prestations dans le domaine des prestations ambulatoires fournies en cabinet ?</li> <li>- À quel horizon prévoit-il d'évaluer l'art. 58 LAMal ?</li> </ul>

### **senesuisse unterstützt die Interpellation**

Aus Sicht von *senesuisse* wird das Schweizer Gesundheitssystem zunehmend krank: Die Anforderungen, Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben steigen unablässig, gleichzeitig darf es nicht mehr kosten. Diese ungesunde Spirale führt zu übermässigem Druck auf die Leistungserbringer, was sich etwa in der sinkenden Berufsverweildauer mit entsprechendem Personalmangel sowie Unzufriedenheit in Gesundheitsberufen widerspiegelt.

Die Qualitätsverträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern führen zu einer weiteren Verschärfung der Situation, weil nebst dem Bund, den Kantonen und den Versicherern die Leistungserbringerverbände auch noch eine Rolle in der Qualitätssicherung spielen sollen. Dies führt nicht nur zu Zuständigkeits- und Kompetenzkonflikten, sondern eben auch administrativer Zusatzbelastung jedes einzelnen Leistungserbringers.

Anstatt immer mehr Qualität per Gesetz und auf dem Papier zu fordern, sollte nun eine Kehrtwende erfolgen: Anstelle die Leistungserbringer mit immer mehr Kontrollen zu absorbieren, sollten wir deren eigener Qualitätsentwicklung vertrauen. Sie wissen in ihrem täglichen Austausch mit den Patient:innen am besten, was gute Qualität ausmacht und wie diese gefördert werden kann: namentlich mit mehr Zeiteinsatz am Pflegebett als für die Dokumentation.

16.09.2024      Behandlung im Ständerat

### **senesuisse soutient l'interpellation**

Du point de vue de *senesuisse*, le système de santé suisse est de plus en plus malade : les exigences, les contrôles et les prescriptions légales sont en constante augmentation et ce sans que cela puisse coûter plus. Cette spirale malsaine engendre une pression excessive sur les fournisseurs de prestations que reflètent notamment la diminution de la durée de l'exercice de la profession et la pénurie de personnel qui s'ensuit ainsi que l'insatisfaction dans les professions de santé.

Les conventions de qualité entre les assureurs et les fournisseurs de prestations péjorent encore la situation, car les associations des fournisseurs de prestations sont également appelées à jouer un rôle dans l'assurance de la qualité, en plus de la Confédération, des cantons et des assureurs. Il en découle non seulement des conflits en matière de compétences et d'attributions, mais précisément une charge administrative supplémentaire pour chaque fournisseur de prestations.

Les exigences croissantes de qualité par le biais de lois et sur le papier devront maintenant céder la place à un revirement : plutôt que d'accaparer les fournisseurs de prestations par un nombre croissant de contrôles, il convient de faire confiance à leur propre développement de la qualité. Lors de leurs échanges quotidiens avec les patient-e-s, ils savent mieux que quiconque ce qui constitue une qualité élevée et comment la promouvoir, notamment en consacrant plus de temps aux patient-e-s qu'à la documentation.

16.09.2024      Débat au Conseil des États

**23.4088 Motion SR Peter Hegglin:  
Lockerung des Vertragszwangs im KVG**

**Eingereichter Text**

Der Bundesrat wird beauftragt, das KVG dahingehend anzupassen, dass der Kontrahierungszwang im ambulanten und im stationären Bereich gelockert wird. Damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf dem heutigen hohen Niveau gewährleistet ist, sind folgende Eckwerte zur berücksichtigen:

- Versorgungssicherheit ist sichergestellt;
- Die heutigen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen erfüllt sein;
- wettbewerbskonformes und korrektes Verhalten ist sichergestellt.

**Begründung**

Ein Grundpfeiler des heutigen KVG ist der Kontrahierungszwang, der die Krankenversicherer verpflichtet, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen. Für die Zulassung sind ausschliesslich formale Kriterien wie berufliche Qualifikationsnachweise oder Anforderungen an die Infrastruktur relevant. Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung spielen in der Realität bisher nur eine untergeordnete Rolle. Dies führt dazu, dass die Leistungserbringer in der Standortwahl mehrheitlich frei sind, was zu regelrechten Ballungen in einzelnen Gebieten führt, während andere Regionen eher mager versorgt sind. Die Kantone haben mit der Zulassungssteuerung gemäss der KVG-Revision vom 19. Juni 2020 ein Mittel, um die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte zu lenken. Dabei gehen sie sehr zurückhaltend vor. Vielerorts wird das Höchstzahlenmodell gar politisch oder gerichtlich bekämpft.

Bei den Spitalisten sind die Kantone naturgemäss an die Kantonsgrenzen gebunden. Zudem ist die Spitalplanung grossem politischen Druck ausgesetzt. Deshalb gibt es nur punktuell Kooperationen zwischen den Kantonen und die Schweiz liegt bei der Zahl von Spitälern immer noch in der europäischen Spitzengruppe.

Heute gibt es nicht die Möglichkeit, aus mehreren Leistungserbringern aufgrund von Kriterien wie Qualität und Abdeckung eine Auswahl zu treffen und diese Möglichkeit als Versorgungsinstrument zu nutzen. So sind Punkte wie bestehendes Überangebot oder ineffiziente Leistungserbringung eines Leistungserbringers nicht relevant für seine Aufnahme in einen Tarifvertrag. Genau das funktioniert aber in der Unfallversicherung tadellos, dort gibt es keinen Vertragszwang.

**23.4088 Motion CE Peter Hegglin :  
LAMal ; assouplissement de l'obligation de  
contracter**

**Texte déposé**

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) afin d'assouplir l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Il respectera les principes suivants afin de garantir la même qualité de soins aux patients :

- garantie de la sécurité des soins ;
- respect des exigences de qualité et d'économicité ;
- garantie d'un comportement correct et conforme à la concurrence.

**Développement**

L'obligation de contracter est un des piliers de la LAMal. Les assureurs-maladie sont tenus à ce titre de conclure un contrat avec tous les fournisseurs de prestations admis à pratiquer, l'admission reposant uniquement sur des critères formels tels que les preuves de qualification professionnelle ou les exigences en matière d'infrastructure tandis que les exigences en matière de qualité et d'économicité ne jouent qu'un rôle secondaire. Il en résulte que la majorité des fournisseurs de prestations peuvent choisir le lieu où ils exercent, ce qui conduit à de grandes concentrations dans certaines régions alors que d'autres régions sont plutôt mal desservies. Les cantons ont certes obtenu avec la révision du 19 juin 2020 de la LAMal la possibilité de gérer les admissions et donc d'influencer la répartition des médecins, mais ils n'y recourent qu'avec beaucoup de retenue. Dans de nombreux endroits, le modèle consistant à fixer des nombres maximaux est même combattu politiquement ou devant les tribunaux.

En ce qui concerne les listes hospitalières, les cantons sont automatiquement limités par les frontières cantonales. La planification hospitalière étant par ailleurs soumise à une forte pression politique, les cantons ne coopèrent que ponctuellement entre eux et la Suisse se situe toujours aux premières places du classement en comparaison européenne pour le nombre d'hôpitaux.

Actuellement, les assureurs-maladie n'ont pas la possibilité de choisir les fournisseurs de prestations selon des critères tels que la qualité et la couverture médicale et ils ne peuvent pas se servir d'une telle sélection pour gérer le système de santé. Une offre excédentaire ou l'inefficacité des prestations fournies ne peuvent ainsi s'opposer à l'admission d'un fournisseur de prestations dans une convention tarifaire. Or, c'est précisément ce qui fonctionne parfaitement dans l'assurance-accidents, où il n'y a pas d'obligation de contracter.

Ständig steigende Kosten und damit das Wachstum der Prämien werden aber zu einer Belastungsprobe für das schweizerische Gesundheitswesen.

Die Lockerung des Vertragszwangs ist als griffiges Instrument gegen die Mengen- und Kostenexplosion zu prüfen. Einen ersten Anlauf hat der Bundesrat bereits vor zwanzig Jahren genommen und entsprechende Grundlagen ausgearbeitet.

Damit die Versorgungssicherheit sichergestellt werden kann, braucht es objektive Kriterien. Hierzu können die vom BAG im Rahmen der Zulassungssteuerung erarbeiteten Kriterien für die Höchstzahlen beigezogen werden. Dort, wo es gemäss dem Modell des BAG eine Überversorgung gibt, wird der Vertragszwang gelockert. Letztlich würden dadurch wettbewerbliche Anreize gestärkt, dort zu praktizieren, wo nicht schon eine Überversorgung existiert.

### **Stellungnahme des Bundesrates**

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

#### **Empfehlung von senesuisse: Ablehnung der Motion**

Das aktuelle System der Zulassungssteuerung durch die Kantone mag nicht perfekt sein, *senesuisse* spricht sich – namentlich für den Bereich der Alters- und Pflegeheime – auch für mehr Wettbewerb statt staatlicher Planung aus. Allerdings ist die Abschaffung des Kontrahierungszwangs keine bessere Alternative, weil sie im Endergebnis nicht freien Wettbewerb schafft, sondern eine Steuerung durch die Krankenversicherer.

Die bestehenden Probleme müssen bei der konkreten Wurzel gepackt werden, ein gravierender Systemwechsel würde zu viele neue Unsicherheiten schaffen. Gegen das Problem von zu vielen Spitälern liegt die beste Lösung nicht in der Zahlungsverweigerung durch die Versicherer, sondern in einer guten kantonsübergreifenden Planung. Gegen die Problematik der Zentrierung von Ärzten in Städten muss das Tarifsysteem gezielte Anreize für die Praxistätigkeit auf dem Lande vorsehen. Ebenso ist einzig die Tarifierung der richtige Stellhebel zur Vermeidung unnötiger Eingriffe.

Aus Sicht von *senesuisse* würde ein Systemwechsel schon daran scheitern, dass bei den meisten Leistungserbringern die Qualität gar nicht objektiv messbar ist. Die Gesundheit ist unser höchstes Gut und so sollte nicht durch Wirtschaftlichkeitskriterien eine Verschlechterung der Versorgung erzwungen werden.

26.09.2024      Behandlung im Ständerat

L'augmentation constante des coûts et, par conséquent, des primes met de plus en plus à l'épreuve notre système de santé.

Il faut examiner l'opportunité d'assouplir l'obligation de contracter pour lutter efficacement contre l'explosion du volume des prestations et des coûts. Le Conseil fédéral s'y est déjà essayé il y a 20 ans et a élaboré les bases nécessaires.

Pour garantir la sécurité des soins, il faut fixer des critères objectifs. Ceux élaborés par l'OFSP pour la gestion des admissions (fixation de nombres maximaux) peuvent faire l'affaire. L'obligation de contracter sera assouplie là où le modèle développé par l'OFSP indique une offre excédentaire. Les mécanismes de la concurrence renforceront par la même occasion les incitations à pratiquer là où l'offre ne dépasse pas les nombres maximaux.

### **Avis du Conseil fédéral**

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

#### **Recommandation de senesuisse : rejeter la motion**

L'actuel système de pilotage des admissions par les cantons n'est peut-être pas parfait ; *senesuisse* aussi appelle de ses vœux davantage de concurrence plutôt qu'une planification étatique – notamment dans le domaine des EMS. Pour autant, la suppression de l'obligation de contracter ne constitue pas une meilleure alternative. En effet, elle ne crée finalement pas de libre concurrence, mais un pilotage par les assureurs maladie.

Il convient de prendre les problèmes existants à leur véritable racine ; un changement de système lourd engendrerait de trop nombreuses nouvelles incertitudes. La solution au problème du nombre trop élevé d'hôpitaux réside non dans le refus de paiement des assureurs, mais dans une planification intercantonale efficace. Pour contrer la problématique de la concentration des médecins dans les villes, le système tarifaire doit prévoir des incitations ciblées pour l'exercice de la pratique à la campagne. En outre, la tarification est le seul levier adéquat pour éviter des interventions superflues.

Du point de vue de *senesuisse*, un changement de système serait voué à l'échec en premier lieu car, pour la plupart des fournisseurs de prestations, la qualité n'est pas objectivement mesurable. La santé est notre bien le plus précieux. Partant, il faut faire en sorte que les critères d'économicité n'imposent pas une péjoration de la prise en charge.

26.09.2024      Débat au Conseil des États

<p><b>23.3601 Motion Fraktion RL: Schluss mit Doppelspurigkeiten bei Gesundheitsdaten</b></p>	<p><b>23.3601 Motion Groupe RL : Halte aux doublons onéreux ! Permettre rapidement l'utilisation multiple des données médicales</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b></p> <p>Der Bundesrat wird gebeten, der Bundesversammlung eine Vorlage zu unterbreiten, mit der alle einschlägigen Gesetze und Verordnungen so geändert werden, dass Mehrfachnutzungen von Gesundheitsdaten ermöglicht werden und dadurch das Once-Only-Prinzip bei Datenlieferungen umgesetzt werden kann. Sollten aus Sicht des Bundesrats weitere Massnahmen für die Umsetzung des Once-Only-Prinzips notwendig sein, sind diese ebenfalls im Rahmen der Vorlage vorzuschlagen.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Heute müssen Spitalbetriebe, Arztpraxen, Heime, Labore etc. die zum Teil identischen Daten über verschiedene Plattformen an unterschiedlichen Akteuren liefern. Die nicht abgestimmten Prozesse binden Ressourcen und verursachen Kosten, die vermeidbar wären. In Zukunft sollen die gleichen Daten nur noch einmal erfasst und geliefert werden müssen. Mit der vorliegenden Motion sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden und Massnahmen getroffen werden, damit die Möglichkeiten der Digitalisierung optimal genutzt werden können. Es sind die relevanten Stakeholder (Kantone, Verbände etc.) miteinzubeziehen.</p> <p><b>Stellungnahme des Bundesrates</b></p> <p>Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></b></p> <p>Aktuell existiert keine Koordination bei der Einforderung von Daten durch den Bund und die Kantone. Entsprechend sind Leistungserbringer zu mehrfachen aufwändigen Erhebungen gezwungen. Mit dieser Motion lassen sich unnötige Bürokratie verhindern und Kosten im Gesundheitswesen senken. Durch eine gewissenhafte Arbeit im Programm DigiSanté sollte das Ziel erreichbar sein.</p> <p>07.03.2024 Nationalrat: Annahme (175 zu 5 Stimmen) 26.09.2024 Behandlung im Ständerat</p>	<p><b>Texte déposé</b></p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de soumettre à l'Assemblée fédérale un projet modifiant toutes les lois et ordonnances pertinentes afin que les données médicales puissent être utilisées à de multiples reprises, ce qui permettra de mettre en œuvre le principe de la collecte unique des données lorsque des données sont livrées. S'il estime que d'autres mesures sont nécessaires pour le mettre en œuvre, il les présentera dans le même projet.</p> <p><b>Développement</b></p> <p>Les établissements hospitaliers, les cabinets médicaux, les EMS et les laboratoires notamment doivent livrer des données en partie identiques à différents acteurs du domaine de la santé sur différentes plateformes. Ces processus non coordonnés monopolisent des ressources et engendrent des coûts qui pourraient être évités. Il faut faire en sorte que les mêmes données ne doivent être saisies et livrées qu'une seule fois. La présente motion vise à créer le cadre légal et à prendre les mesures nécessaires pour que les possibilités qu'offre la transformation numérique soient utilisées de manière optimale. Les acteurs concernés du domaine de la santé (cantons, fédérations, etc.) seront associés aux travaux.</p> <p><b>Avis du Conseil fédéral</b></p> <p>Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>adopter la motion</u></b></p> <p>À ce jour, il n'existe aucune coordination de la demande de données par la Confédération et les cantons. Par conséquent, les fournisseurs de prestations sont contraints de multiplier les collectes fastidieuses. La présente motion permet d'éviter une bureaucratie inutile et de réduire les coûts du système de santé. Un travail consciencieux dans le cadre du programme DigiSanté devra permettre d'atteindre l'objectif.</p> <p>07.03.2024 Conseil national : adoption (175 voix contre 5) 26.09.2024 Débat au Conseil des États</p>

**24.3535 Interpellation SR Josef Dittli:  
Kosten- und Prämienentwicklung bei der  
Umsetzung von EFAS**

**Eingereichter Text**

Im Rahmen der Arbeiten zur Gesetzesvorlage für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) haben verschiedene Akteure Studien vorgelegt zu den Auswirkungen dieser Reform auf die künftige Entwicklung der Prämien bei einem Einbezug der Pflege. Diese Studien gehen von unterschiedlichen Annahmen aus.

Im Hinblick auf die Volksabstimmung über EFAS ist es wichtig, dass der Bundesrat Klarheit schafft über die Auswirkungen der Vorlage auf die Entwicklung der Gesundheitskosten und der Prämien. Er ist gebeten, aufgrund aller vorliegenden Erkenntnisse folgende Fragen zu beantworten:

1. Teilt der Bundesrat die Annahme, dass die EFAS-Vorlage die Entwicklung der Gesundheitskosten im Vergleich zum heutigen Finanzierungssystem substantiell dämpfen würde?
2. Kann gemäss vorliegenden Studien davon ausgegangen werden, dass eine einheitliche Finanzierung aus Prämiensicht auch in langer Frist günstiger ist als die Weiterführung des Status quo?
3. Stimmt der Bundesrat zu, dass auch im Falle einer unwahrscheinlichen Kumulation von ungünstigen Umständen durch eine Änderung der Kostenanteile von Krankenversicherern und Kantonen in jedem Fall sichergestellt werden kann, dass die einheitliche Finanzierung nicht zu höheren Prämien führen wird als bei der Weiterführung des Status quo?
4. Stimmt der Bundesrat zu, dass die einheitliche Finanzierung dank der konstanten Kostenanteile von Kantonen und Krankenversicherern die politische Steuerung der Finanzierung von Leistungen im Akut- und Pflegebereich erleichtern wird?

**senesuisse unterstützt die Interpellation**

Wie das Bundesamt für Gesundheit geht auch *senesuisse* davon aus, dass die Ambulantisierung der Leistungen im Spitalbereich einen deutlich grösseren (kostendämpfenden) Einfluss auf die Prämien hat als die Kostensteigerung im Bereich der Langzeitpflege. Damit das Stimmvolk gestützt auf bestmögliche Grundlagen entscheiden kann, sollten die in der Interpellation gestellten Fragen möglichst bald beantwortet werden.

26.09.2024      Behandlung im Ständerat

**24.3535 Interpellation CE Josef Dittli : Mise en œuvre  
du financement uniforme des prestations ;  
impact sur les coûts et les primes**

**Texte déposé**

Lors des travaux ayant conduit à l'adoption du projet de loi visant à introduire un financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation, plusieurs acteurs du système de santé ont présenté des études analysant les conséquences de cette réforme sur les primes de l'assurance obligatoire des soins si les soins infirmiers y sont intégrés. Ces études reposent sur différentes hypothèses.

Comme le projet de loi va être mis en votation, il est important que le Conseil fédéral clarifie son impact sur les coûts de la santé et sur les primes. Aussi le prie-je de répondre aux questions suivantes en se fondant sur toutes les connaissances disponibles :

1. Convient-il que le projet devrait ralentir substantiellement la hausse des coûts de la santé par rapport au système de financement actuel ?
2. Peut-on partir du principe, sur la base des études disponibles, qu'un financement uniforme des prestations conduirait également à long terme à des primes plus basses que le statu quo ?
3. Convient-il que même en cas d'une accumulation improbable de circonstances défavorables, la modification de la part des coûts assumée par les cantons et par les assureurs garantit dans tous les cas que le financement uniforme des prestations ne conduira pas à une hausse des primes plus importante que le statu quo ?
4. Convient-il que le financement uniforme des prestations facilitera le pilotage politique du financement des prestations dans le domaine des soins aigus et des soins de transition étant donné que la part des coûts assumée par les cantons et par les assureurs sera constante ?

**senesuisse soutient l'interpellation**

À l'instar de l'Office fédéral de la santé publique, *senesuisse* estime que le virage ambulatoire des prestations dans le domaine hospitalier a un impact (en matière de maîtrise des coûts) nettement plus important sur les primes que la hausse des coûts dans le domaine des soins de longue durée. Pour permettre au peuple de se prononcer sur les meilleures bases possibles, il conviendra de répondre dans les meilleurs délais aux questions formulées dans l'interpellation.

26.09.2024      Débat au Conseil des États



<b>Nationalrat</b>	<b>Conseil national</b>
<p><b>24.3809 Postulat SGK-NR: Klärung der Kompetenzen in der Gesundheitspolitik</b></p>	<p><b>24.3809 Postulat CSSS-N : Clarifier les compétences dans le domaine de la politique de la santé</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b></p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht mit Vorschlägen zur Aufteilung und Klärung der Kompetenzen des Bundes und der Kantone unter Einbezug der Gemeinden im Bereich der Gesundheitspolitik (zum Beispiel Spitalplanung) zu erstellen, um den heutigen Herausforderungen im Gesundheitswesen besser Rechnung tragen zu können.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme des Postulats</u></b></p> <p>Aus Sicht von <i>senesuisse</i> als Verband der Alters-/Pflegeheime ist es notwendig, dass nicht immer mehr Gesetze und Regelungen geschaffen werden, welche zu Kompetenzkonflikten und Mehrfachrollen führen. Deshalb begrüssen wir einen Bericht zur Frage, welche Instanz wofür zuständig sein soll, namentlich im Bereich der Planung von Spitälern und Pflegeheimen, welche nicht an der Kantonsgrenze Halt machen kann.</p> <p>11.09.2024      Behandlung im Nationalrat</p>	<p><b>Texte déposé</b></p> <p>Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport dans lequel il présentera des propositions visant à répartir et à clarifier les compétences entre la Confédération et les cantons, avec la participation des communes, dans le domaine de la politique de la santé (par ex. planification hospitalière), afin de mieux prendre en considération les défis auxquels le domaine de la santé doit actuellement faire face.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>adopter le postulat</u></b></p> <p>Du point de vue de <i>senesuisse</i> en tant qu'association des établissements pour personnes âgées, il est nécessaire de ne pas créer toujours plus de lois et de dispositions engendrant des conflits d'intérêt et des rôles multiples. Partant, nous saluons l'établissement d'un rapport sur la question des responsabilités respectives des instances, notamment dans le domaine de la planification hospitalière et des EMS qui ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales.</p> <p>11.09.2024      Débat au Conseil national</p>