

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Frühjahrssession 2026

Session de printemps 2026

2. – 20. März 2026

du 2 au 20 mars 2026

Ständerat: Seiten 3-5

Conseil des États : pages 3 à 5

Nationalrat: Seiten 6-9

Conseil national : pages 6 à 9

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Ständerat</p> <p>26.3012 Motion SGK-S. Die von pflegenden Angehörigen erbrachten Grundpflegeleistungen definieren und Vergütung durch die OKP klären Seite 3</p> <p>26.3013 Motion SGK-S. Pflege durch Angehörige Seite 4</p> <p>24.3081 Motion Müller Damian. Kollaps verhindern. Die Teuerung ist in allen Tarif- und Entschädigungssystemen des Gesundheitswesens angemessen zu berücksichtigen Seite 5</p>	<p>Conseil des États</p> <p>26.3012 Mo. CSSS-E. Définir les soins de base fournis par les proches aidants et clarifier la rémunération par l'AOS page 3</p> <p>26.3013 Motion CSSS-E. Soins prodigués par des proches page 4</p> <p>24.3081 Motion Müller Damian. Prévenir l'effondrement du système de santé. Prendre en compte l'inflation de manière appropriée dans tous les systèmes de tarification et d'indemnisation page 5</p>
<p>Nationalrat</p> <p>25.3637 Motion SR Engler: Verbindliche Massnahmen bei übermässigem Kostenwachstum auch bei den „Amtstarifen“ im KVG Seite 6</p> <p>26.3002 Motion SGK-N. Massnahmen gegen Gefälligkeits- und mangelhafte Arztzeugnisse zulasten von Arbeitgebern und Sozialversicherungen Seite 7</p> <p>17.480 Pa. Iv. Bäumle/Weibel: Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme Seite 8</p> <p>16.419 Pa. Iv. Ruth Humbel: Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) Seite 9</p>	<p>Conseil national</p> <p>25.3637 Motion CE Engler : Mesures contraignantes en cas de hausse excessive des coûts, y compris pour les tarifs « officiels » définis dans la LAMal page 6</p> <p>26.3002 Motion CSSS-N. Mesures contre les certificats médicaux de complaisance et lacunaires au détriment des employeurs et des assurances sociales page 7</p> <p>17.480 Iv. pa. Bäumle/Weibel : Urgences hospitalières : taxe pour les cas bénins page 8</p> <p>16.419 Iv. pa. Ruth Humbel : Dispositifs médicaux de la liste des moyens et appareils (LiMA) ; concurrence sur les prix page 9</p>

Ständerat	Conseil des États
<p>26.3012 Motion SGK-S: Die von pflegenden Angehörigen erbrachten Grundpflegeleistungen definieren und Vergütung durch die OKP klären</p>	<p>26.3012 Mo. CSSS-E : Définir les soins de base fournis par les proches aidants et clarifier la rémunération par l'AOS</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die entsprechende Verordnung anzupassen oder falls notwendig eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, damit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Grundpflegeleistungen definiert werden, die durch die pflegenden Angehörigen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbracht werden dürfen. Für diese Definition berücksichtigt der Bundesrat Abgrenzungsfragen zur familiären Fürsorgepflicht und zu anderen sozialversicherungsrechtlichen Leistungen, das Alter der pflegenden Person sowie Mindestanforderungen an die Ausbildung. Spitex-Organisationen sollen diese Leistungen separat deklarieren müssen; 2. eine neue Kategorie für die pflegenden Angehörigen mit entsprechend tieferen OKP-Beiträgen eingeführt werden kann. Alternativ kann auch der Einfachheit halber ein prozentualer Abschlag auf den bestehenden OKP-Beiträgen erfolgen. 3. Schliesslich sollen im Rahmen dieser Arbeiten die Einführung einer Definition von „pflegenden Angehörigen“, deren arbeitsrechtlicher Status und allenfalls gestützt auf die bestehenden Grundlagen von Spitex-Schweiz eine nationale Definition der Normkosten geprüft werden. <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Aus Sicht von senesuisse ist es wichtig, auf nationaler Ebene die Vergütung der Angehörigenpflege zu regeln. Weder 26 unterschiedliche kantonale Lösungen noch dutzende Gerichtsprozesse sind im Interesse des Systems, geschweige denn der Betroffenen. Es ist am nationalen Parlament, klare Leitplanken zu setzen, was die Leistungen und deren Finanzierung sowie den Schutz der Betroffenen betrifft.</p> <p>05.03.2026 Behandlung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'ordonnance correspondante ou si nécessaire de présenter une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. définir les soins de base que les proches aidants peuvent fournir à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Dans ce cadre, le Conseil fédéral tient compte des questions relatives à la délimitation de ces soins par rapport au devoir d'assistance au sein de la famille et à d'autres prestations relevant du droit des assurances sociales, de l'âge de la personne soignante ainsi que des exigences minimales en matière de formation. Les organisations d'aide et de soins à domicile doivent déclarer séparément ces prestations ; 2. prévoir une nouvelle catégorie pour les proches aidants, avec des contributions AOS plus basses. Par souci de simplification, le Conseil fédéral peut aussi prévoir un pourcentage de décote sur les contributions AOS existantes. 3. Par ailleurs, il convient d'examiner dans le cadre de ces travaux l'opportunité d'introduire une définition de la notion de « proches aidants », leur statut en regard du droit du travail et la possibilité d'établir une définition nationale des coûts standard, en se basant éventuellement sur les bases existantes élaborées par l'association Aide et soins à domicile Suisse. <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Du point de vue de senesuisse, il est important que la rémunération des prestations de soins fournies par les proches aidants soit réglée au niveau national. Devoir composer avec 26 solutions cantonales différentes voire avec des dizaines de procès n'est pas dans l'intérêt du système ni, a fortiori, dans celui des personnes concernées. Il incombe au Parlement fédéral de fixer des garde-fous clairs concernant les prestations, leur financement ainsi que la protection des personnes concernées.</p> <p>05.03.2026 Débat au Conseil des États</p>

<p>26.3013 Motion SGK-S: Pflege durch Angehörige; Qualitätssicherung und stärkere Planungsbefugnisse im Rahmen des Zulassungsverfahrens von Spitex-Organisationen</p>	<p>26.3013 Motion CSSS-E : Soins prodigués par des proches ; assurer la qualité et renforcer le pouvoir de planification dans le cadre de la procédure d'admission des organisations d'aide et de soins à domicile</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die entsprechende Verordnung anzupassen oder falls notwendig eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, damit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Kantone bei der Zulassung von Spitex-Organisationen, die pflegende Angehörige anstellen, verbindliche Qualitätskriterien berücksichtigen müssen. Diese müssen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wie für die Restkostenfinanzierung gleichermassen gelten. Dadurch sollen sowohl die Qualität der Pflegeleistungen als auch der Schutz der pflegenden Angehörigen sichergestellt werden; 2. die Kantone die Abrechnung von Pflegeleistungen durch Angehörige über die OKP auf einen oder mehrere Leistungserbringer pro Region beschränken können. <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme Ziffer 1., Ablehnung Ziffer 2</u></p> <p>Bei der Angehörigenpflege stellt sich die Frage der Qualitätssicherung von Pflegehandlungen, welche über die OKP mitfinanziert sind, ganz besonders. Situationen mit Überforderung und familiärem Druck gehören zum Alltag, für die Betroffenen ist deshalb eine gesetzlich definierte Minimalunterstützung durch Pflegefachpersonen festzulegen, um die Qualität der Leistungen sowie den Schutz von Pflegenden und Gepflegten sicherzustellen.</p> <p>Hingegen wäre es falsch, ein kantonales oder regionales Monopol für die Angehörigenpflege zu schaffen. Wie in allen anderen Bereichen führt auch hier diese Monopolsituation zu negativem Einfluss auf Qualität und Preis, weil es an Wettbewerb um die besten Leistungen zum besten Preis fehlt. Deshalb ist Ziffer 2. der Motion abzulehnen, die Kantone haben bereits Steuerungsmöglichkeiten über die Zulassungsbedingungen.</p> <p>05.03.2026 Behandlung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'ordonnance correspondante ou si nécessaire de présenter une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. obliger les cantons de prendre en considération des critères de qualité contraignants lors de l'admission d'organisations d'aide et de soins à domicile qui emploient des proches aidants. Ces critères doivent s'appliquer dans la même mesure à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et au financement résiduel. L'objectif est de garantir aussi bien la qualité des soins que la protection des proches aidants ; 2. permettre aux cantons de limiter à un ou des prestataires de soins par région la possibilité de facturer à l'AOS des soins fournis par des proches. <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter chiffre 1., rejeter chiffre 2.</u></p> <p>La question de l'assurance qualité des prestations de soins que cofinance l'AOS se pose avec une acuité particulière. Les situations de surmenage et de pression de la famille font partie du quotidien. Il convient donc de définir dans la loi une assistance minimale assurée par du personnel infirmier diplômé afin de garantir la qualité des prestations ainsi que la protection des soignant·e·s et des personnes soignées.</p> <p>En revanche, la création d'un monopole cantonal ou régional pour les soins dispensés par des proches serait une erreur. À l'instar de tout autre domaine, une situation de monopole engendre ici aussi une influence négative sur la qualité et sur les coûts en raison de l'absence de concurrence autour des meilleures prestations au meilleur prix. Les cantons disposent déjà d'outils de pilotage par le biais des conditions d'admission</p> <p>05.03.2026 Débat au Conseil des États</p>

**24.3081 Motion SR Damian Müller:
Kollaps verhindern; die Teuerung ist in
allen Tarif- und Entschädigungssystemen
des Gesundheitswesens angemessen zu
berücksichtigen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Vorlage mit folgendem Inhalt auszuarbeiten: Das KVG wird dahingehend angepasst, dass eine Indexierung der stationären Tarife an die Preisentwicklung vorgesehen ist. Dabei sind die Nachteile des heutigen im KVG verankerten Benchmarkings zu überwinden, indem die Tarife, welche gemäss heutiger Praxis für das Jahr t auf Daten aus dem Jahr t-2 festgelegt werden, für die zwei Jahre mit der Teuerung aufzurechnen sind. In einem ersten Schritt wären für die Tarife 2025 ein Benchmarking auf Basis der Daten 2023 (liegen Mitte 2024 vor) durchzuführen, in einem zweiten Schritt die Aufrechnung der Teuerung 2024 und 2025 auf das Resultat aus Schritt 2 vorzunehmen. Da die Teuerung für 2025 Ende 2024 noch nicht bekannt ist, müsste für 2025 auf die offizielle Prognose des Bundes abgestützt werden. Als Basis der Berechnung der Teuerung muss der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) verwendet werden.

Empfehlung von senesuisse: Wiederaufnahme der Motion

Zwar wurde die Motion vom Urheber zurückgezogen, nachdem der Bundesrat darauf hingewiesen hatte, dass diese Möglichkeit zur Berücksichtigung einer Kostensteigerung im Rahmen der Tarifpartnerschaft bereits möglich sei. Allerdings verneint H+ bereits, dass dies für die Spitäler sichergestellt sei. Und noch weniger wird die Teuerung bei den anderen Finanzierungssystemen in Betracht gezogen. Deshalb plädiert senesuisse mit Verweis auf den Titel dieser zurückgezogenen Motion darauf, dass es *in allen Tarif- und Entschädigungssystemen des Gesundheitswesens* zu berücksichtigen sei.

Der Auftrag geht namentlich auch an die Kantone, welche die Restfinanzierung für Pflegeinstitutionen und Spitex häufig aufgrund der Zahlen des Vor-Vorjahres festlegen und dabei nicht berücksichtigen, dass in der Zwischenzeit zweimal eine Lohnerhöhung und Kostensteigerung stattgefunden hat.

05.03.2026 Behandlung im Ständerat

**24.3081 Motion CE Damian Müller :
Prévenir l'effondrement du système de
santé ; prendre en compte l'inflation de
manière appropriée dans tous les systèmes
de tarification et d'indemnisation**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un projet de modification de la LAMal visant à indexer à l'évolution des prix les tarifs des soins hospitaliers. Le projet ne reproduira pas les inconvénients du système inscrit dans la LAMal, suivant lequel les tarifs sont fixés pour l'année t sur la base des données de l'année t-2 : il les fixera pour les deux années en fonction de l'inflation. Dans un premier temps, le calcul pour les tarifs de 2025 devra se fonder sur les données de 2023 (qui sont livrées au milieu de 2024) ; dans un deuxième temps, l'inflation pour les années 2024 et 2025 sera imputée sur le résultat obtenu. Comme le taux d'inflation de 2025 ne sera pas encore connu à la fin 2024, il faudra se fonder sur les prévisions officielles de la Confédération, en prenant pour base de calcul l'indice national des prix à la consommation.

Recommandation de senesuisse : Reprise de la motion

Certes, l'auteur de la motion a retiré cette dernière après que le Conseil fédéral a souligné qu'il est d'ores et déjà possible de prendre en compte une augmentation des coûts dans le cadre du partenariat tarifaire. Pour autant, H+ n'a pas tardé à contester que cette prise en charge soit garantie pour les hôpitaux. Par ailleurs, le renchérissement est encore moins pris en considération pour les autres systèmes de financement. Partant, se référant à l'intitulé de la motion retirée, senesuisse plaide pour une prise en compte du renchérissement dans tous les systèmes de tarification et d'indemnisation du système de santé.

Ce mandat s'adresse notamment aux cantons qui fixent souvent le financement résiduel à la fois pour les établissements de soins et pour l'Aide et les soins à domicile (Spitex) sur la base des chiffres de l'avant dernière année et ne tiennent ainsi pas compte des deux augmentations salariales et hausses des coûts intervenues entretemps.

05.03.2026 Débat au Conseil des États

Nationalrat	Conseil national
<p>25.3637 Motion SR Stefan Engler: Verbindliche Massnahmen bei übermässigem Kostenwachstum auch bei den „Amtstarifen“ im KVG</p>	<p>25.3637 Motion CE Stefan Engler : Mesures contraignantes en cas de hausse excessive des coûts, y compris pour les « tarifs officiels » définis dans la LAMal</p>
<p>Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, das KVG derart zu ergänzen, dass analog zu Art. 47c durch die Tarifpartner auch bei den Amtstarifen – hier dann durch den Bund – eine Überwachung der Kosten stattfindet, wenn diese übermässig steigen.</p> <p>Begründung Sämtliche Prognosen weisen darauf hin, dass die Prämien- und Steuerzahler in den nächsten 20-30 Jahren noch deutlich stärker zur Kasse gebeten werden. Die wichtigsten Gründe sind teure Medikamente, die demografische Entwicklung, Fehl- und Überversorgung sowie vor allem die Mengenausweitung (überflüssige Leistungen). Vor diesem Hintergrund war es folgerichtig, dass die Tarifpartner seit Kurzem stärker in die Verantwortung einbezogen werden: Neu müssen die Kosten monitorisiert werden und bei unberechtigter Mengenausweitung etc. sind Massnahmen zur Dämpfung zu ergreifen. Inkonsequent wäre es, wenn diese Art der Kostenüberwachung und -dämpfung weiterhin nicht auch für die sogenannten „Amtstarife“ des Bundes gelten würde (Medikamente, Analysen, Mittel und Gegenständeliste MiGeL).</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Ablehnung der Motion</u> Der Verband senesuisse unterstützt, dass alle sinnvollen Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums realisiert werden. Genau im Bereich der Amtstarife besteht aber keine Gefahr regelmässiger Kostensteigerung, weil sie sich nach dem vom Bund festgesetzten Frankenbetrag richten, welcher nicht automatisch ansteigt (selbst wenn die Herstellung der Produkte teurer wird). Richtig ist aber, dass bei der Aufnahme neuer Therapien und Produkte genau darauf geachtet wird, dass der Preis stimmt. Zudem muss regelmässiges Monitoring die zeitnahe Anpassung sicherzustellen, was durch die in den letzten Jahren ergriffenen Massnahmen inzwischen gut funktioniert.</p> <p>18.09.2025 SR: Annahme 17.03.2026 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé de compléter la LAMal de sorte que, par analogie avec la surveillance exercée par les partenaires tarifaires en vertu de l'art. 47c, les tarifs officiels puissent eux aussi être surveillés (cette fois donc par la Confédération) en cas de hausse excessive.</p> <p>Développement Toutes les prévisions indiquent que les organes et les personnes qui paient des primes, ainsi que les contribuables, devront passer à la caisse encore bien plus qu'aujourd'hui au cours des 20 à 30 prochaines années. Les principales raisons sont la cherté des médicaments, des thérapies exorbitantes pour des maladies rares, l'évolution démographique, les soins inappropriés ou excessifs, mais aussi et surtout la croissance quantitative (prestations superflues). Dans ce contexte, il était logique d'impliquer davantage les partenaires tarifaires. Depuis peu, ces derniers participent à la surveillance des coûts et prennent des mesures en cas d'évolution inexplicable des quantités. Il serait incohérent que cette surveillance visant à limiter les coûts ne puisse pas être étendue aux « tarifs officiels » de la Confédération (médicaments, analyses, liste des moyens et appareils).</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Rejeter la motion</u> L'association senesuisse soutient la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnables qui visent à freiner la hausse des coûts. Or, les tarifs officiels sont basés sur le montant en francs fixé par la Confédération qui n'augmente pas automatiquement (même si la fabrication des produits devient plus onéreuse). Il n'y a donc aucun risque d'augmentation régulière des coûts. Pour autant, il est juste de porter une attention particulière à l'adéquation des prix lors de l'introduction de nouvelles thérapies et de nouveaux produits. De plus, un suivi régulier doit garantir une adaptation rapide, ce qui fonctionne désormais bien grâce aux mesures prises ces dernières années.</p> <p>18.09.2025 CE : Adoption 17.03.2026 Débat au Conseil national</p>

26.3002 Motion SGK-N: Massnahmen gegen Gefälligkeits- und mangelhafte Arztzeugnisse zulasten von Arbeitgebern und Sozialversicherungen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, alle geeigneten Massnahmen zu ergreifen, um die mit ärztlichen Gefälligkeitszeugnissen verbundene Betrugspraxis, aber auch fahrlässig erstellte, unrichtige, mangelhafte Arztzeugnisse wirksam zu bekämpfen, mit dem Ziel, ungerechtfertigte Belastungen für Arbeitgeber und Sozialversicherungen zu reduzieren sowie eine rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess voranzutreiben. Er unterbreitet dazu bei Bedarf dem Parlament die notwendigen gesetzlichen Anpassungen.

Der Bundesrat wird ebenso beauftragt, die rechtlichen Grundlagen so anzupassen, dass die ärztliche Schweigepflicht gegenüber Arbeitgebern und Sozialhilfebehörden in begrenztem Umfang gelockert wird (arbeitsplatzbezogene Aufhebung der Schweigepflicht). Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollen von Anfang an verpflichtet werden, auf Anfrage Angaben zu den konkreten gesundheitlichen Einschränkungen zu machen, soweit dies für Arbeitsplatzanpassungen oder die berufliche Wiedereingliederung erforderlich ist. Diagnosen und Krankengeschichten bleiben ausgeschlossen.

Begründung

Das Postulat [22.3196](#) beauftragte den Bundesrat, Massnahmen zur Bekämpfung von Gefälligkeits- und gefälschten Arztzeugnissen zu analysieren, einschliesslich einer statistischen Erhebung bei den Arbeitgebern. Stattdessen beschränkte sich der Bundesrat auf zwei Rundtischgespräche. Die vorliegende Motion erneuert und präzisiert den parlamentarischen Auftrag mit einem klaren Handlungsmandat, einschliesslich möglicher gesetzlicher Anpassungen.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

In der Praxis führt die strikte ärztliche Schweigepflicht dazu, dass konkrete arbeitsrelevante Einschränkungen weder Betrieben noch Sozialhilfebehörden bekannt sind. Dadurch werden sinnvolle Arbeitsplatzanpassungen, eine raschere Wiedereingliederung sowie eine sachgerechte Beurteilung der Leistungsfähigkeit verunmöglicht, was sowohl die betroffenen Personen als auch die Sozialwerke belastet. Eine gezielte und verhältnismässige Lockerung der Schweigepflicht dient daher der Sicherheit am Arbeitsplatz, der beruflichen Wiedereingliederung und der Entlastung der Sozialversicherungen.

17.03.2026 Beratung im Nationalrat

26.3002 Motion CSSS-N : Mesures contre les certificats médicaux de complaisance et lacunaires au détriment des employeurs et des assurances sociales

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de prendre toutes les mesures appropriées pour lutter efficacement contre les certificats médicaux de complaisance, mais aussi contre les certificats médicaux incorrects, lacunaires ou établis de manière négligente, afin de diminuer les charges injustifiées pour les employeurs et les assurances sociales et de favoriser une réinsertion rapide dans le monde du travail. Si nécessaire, il soumet au Parlement les modifications légales nécessaires.

Le Conseil fédéral est également chargé de modifier les bases légales de manière à assouplir dans une certaine mesure le secret médical vis-à-vis des employeurs et des autorités de l'aide sociale (levée du secret médical concernant le poste de travail). Les médecins traitants devront être tenus dès le début de fournir, sur demande, des informations sur les problèmes de santé concrets, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'adaptation du poste de travail ou la réinsertion professionnelle. Les diagnostics et les antécédents médicaux resteront exclus de cette obligation.

Développement

Le postulat [22.3196](#) chargeait le Conseil fédéral d'analyser les mesures et d'effectuer une analyse statistique auprès des employeurs. Au lieu de procéder aux analyses prévues, le Conseil fédéral s'est limité à organiser deux tables rondes. La présente motion renouvelle et précise le mandat que le Parlement avait déjà confié au Conseil fédéral au moyen du postulat susmentionné, en invitant expressément le gouvernement à agir.

Recommandation de senesuisse : Adopter la motion

Dans la pratique, en raison du strict respect du secret médical, des limitations concrètes qui ont une incidence sur le travail ne sont connues ni des employeurs ni des autorités d'aide sociale. En conséquence, toute adaptation utile du poste de travail, une réinsertion rapide et une évaluation objective sont impossibles, ce qui a des répercussions négatives tant pour les personnes concernées que pour les assurances sociales. Un assouplissement ciblé et proportionné du secret médical contribuerait à assurer la sécurité sur le lieu de travail, à faciliter la réinsertion professionnelle et à décharger les assurances sociales.

17.03.2026 Débat au Conseil national

17.480 Pa. Iv. NR Weibel/Bäumle: Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme	17.480 Iv. pa. CN Weibel/Bäumle : Urgences hospitalières ; taxe pour les cas bénins
<p>Eingereichter Text</p> <p>Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:</p> <p>Die gesetzlichen Regelungen sind so anzupassen, dass alle Patienten, die eine Spitalnotfallpforte aufsuchen, vor Ort eine Gebühr von beispielsweise 50 Franken bezahlen müssen. Diese ist nicht an die Franchise oder Kostenbeteiligung anrechenbar. Ausgenommen werden von dieser Gebühr können Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie alle Patienten mit ärztlicher Zuweisung oder einer nachfolgenden stationären Behandlung.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Schweiz kennt die bewährte Tradition, dass Hausärzte in der Regel die erste Anlaufstelle für die medizinische Versorgung sind. In den vergangenen Jahren hat die Anzahl Konsultationen im Spitalnotfall stark zugenommen. Davon entpuppen sich viele Fälle als Bagatellfälle. Eine spitalambulante Konsultation kostete 2015 im Durchschnitt 427 Franken und ist somit mehr als doppelt so teuer wie die durchschnittliche Konsultation in der Arztpraxis. Auch ein Besuch in einer Apotheke wäre viel billiger und oft ausreichend.</p> <p>Die Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme schärft das Bewusstsein für die unterschiedlichen Elemente des schweizerischen Gesundheitswesens. So leistet sie einen Beitrag zur Entlastung der Notfallportalen der Spitäler und kann auch zur Dämpfung der Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen beitragen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Abschreibung der Parl. Initiative</u></p> <p>Bereits das Alter dieser Pa.Iv. zeigt auf, dass keine geeignete Umsetzung in der Praxis gefunden wurde, welche das verfolgte Ziel erreicht. Auch das nun für die Vernehmlassung vorgesehene Modell überzeugt nicht. Es sieht für Patienten einen höheren Selbstbehalt von 50 Franken vor – mit diversen Ausnahmen. Die Umsetzung würde enorm viel Geld kosten und durch unklare Fälle einen hohen Aufwand bei allen Involvierten verursachen. Wennschon müsste eine Aufklärung und Anreizverstärkung bei Versicherungsmodellen erfolgen, damit Betroffene den Hausarzt oder die Apotheke als erste Anlaufstelle kennen und nutzen.</p> <p>03.12.2019 NR: Folge gegeben 16.06.2021 SR: Zustimmung 18.03.2026 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Conformément aux articles 160 alinéa 1 de la Constitution et 107 de la loi sur le Parlement, je dépose l'initiative parlementaire suivante :</p> <p>Les lois sont adaptées de manière à ce que les patients qui se rendent aux urgences d'un hôpital doivent payer sur place une taxe, par exemple de 50 francs. Cette taxe ne serait pas imputée sur la franchise ou la participation aux coûts. Les enfants de moins de 16 ans, les patients qui sont envoyés aux urgences par un médecin et les personnes dont le traitement requiert une hospitalisation pourraient être exemptés de la taxe.</p> <p>Développement</p> <p>En Suisse, on s'adresse en général d'abord au médecin de famille pour les traitements médicaux. Ces dernières années, le nombre de consultations dans les hôpitaux a cependant augmenté fortement. Les raisons de cette évolution sont diverses, mais de nombreux cas s'avèrent bénins. Or, une consultation dans le domaine ambulatoire des hôpitaux coûtait, en 2015, en moyenne 427 francs, soit plus de deux fois le coût moyen d'une consultation dans un cabinet médical. Se rendre dans une pharmacie aurait également été bien meilleur marché et se serait souvent avéré suffisant.</p> <p>Instaurer une taxe pour se rendre aux urgences des hôpitaux sensibiliserait davantage les usagers aux différents éléments du système suisse de santé. Une telle mesure contribuerait à décharger les urgences des hôpitaux et pourrait également contribuer à atténuer la hausse des coûts de la santé.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Classer l'initiative populaire</u></p> <p>L'âge de cette Iv.pa illustre déjà qu'aucune solution permettant d'atteindre le but recherché n'a été trouvée en pratique. Le modèle désormais prévu pour la consultation qui prévoit une franchise plus élevée de 50 francs pour les patients – avec diverses exceptions – ne convainc pas. Sa mise en œuvre serait extrêmement coûteuse et occasionnerait une charge élevée pour toutes les instances impliquées en raison de cas peu clairs. Quand bien même elle interviendrait, des explications et des incitations accrues dans le cadre des modèles d'assurance seraient nécessaires afin que les personnes concernées reconnaissent et recourent au médecin de famille ou à la pharmacie comme premier interlocuteur.</p> <p>03.12.2019 CN : Donné suite 16.06.2021 CE : Adhésion 18.03.2026 Débat au Conseil national</p>

<p>16.419 Pa. Iv. aNR Ruth Humbel: Wettbewerbspreise bei Medizinal- produkten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)</p>	<p>16.419 Iv. pa. aCN Ruth Humbel : Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) ; instaurer la concurrence sur les prix</p>
<p>Eingereichter Text Das KVG ist so zu ändern, dass die Preise für Produkte der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zwischen den Leistungserbringern oder den Herstellern/Lieferanten und den Krankenversicherern bzw. deren Verbänden oder Einkaufsorganisationen ausgehandelt werden.</p> <p>Begründung In der MiGeL sind die von dem Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung als Pflichtleistung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände geregelt, in über 40 Produktkategorien. Das EDI regelt aber nicht nur die zu übernehmenden Leistungen, sondern setzt Höchstvergütungsbeträge fest. Seit Jahren werden diese Höchstvergütungsbeträge teilweise als massiv überhöht kritisiert. Auch der Preisüberwacher hat die überrissenen MiGeL-Höchstpreise kritisiert und 2011 Empfehlungen gemacht. Passiert ist nichts. Im MiGeL-Bereich sollte für die Preisfestsetzung auch das Vertragsprinzip eingeführt werden. Das EDI regelt die Pflichtleistungen. Die Preise werden hingegen zwischen den Partnern vertraglich geregelt, was sich zweifellos dämpfend auf die Preise der MiGeL-Produkte und die Kostenentwicklung auswirken würde. Es braucht in diesem Bereich keine staatlich festgesetzten Preise, es sei denn, die Parteien können sich auf keinen Preis einigen. In diesem Fall greift das ordentliche KVG-Verfahren mit einer hoheitlichen Preisfestsetzung.</p> <p>Empfehlung senesuisse: <u>Ablehnung der parl. Initiative</u> Mit der Anpassung des MiGeL-Abrechnungssystems per Oktober 2021 wurden die Preise angepasst und das WZW-Prinzip verstärkt. Ein erneuter kompletter Systemwechsel wäre unsinnig. Das vorgeschlagene System hätte den grossen Mangel, dass die Menge an Verträgen unüberschaubar ist: Es existieren mehr als 4'000 Spitex-Betriebe und Pflegeheime in der Schweiz, welche dann mit allen >50 Krankenversicherungen einen Vertrag abschliessen müssten – das ist administrativ weder sinnvoll noch realisierbar.</p> <p>15.03.2024 Fristverlängerung bis zur Frühjahrsession 2026 20.03.2026 Behandlung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est modifiée de manière que les prix des dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) puissent être négociés entre les fournisseurs de prestations, les fabricants ou fournisseurs d'une part et les assureurs (ou leurs fédérations) ou les centrales d'achat d'autre part.</p> <p>Développement La LiMA recense les moyens et les appareils qui doivent être pris en charge par les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Or, non seulement le Département fédéral de l'intérieur (DFI) définit les prestations qui doivent être prises en charge, mais il fixe aussi les montants maximaux qui doivent être remboursés. Ces montants maximaux sont critiqués depuis des années parce qu'ils sont parfois largement surévalués. Le Surveillant des prix a lui aussi critiqué ces montants maximaux excessifs et émis des recommandations en 2011. On attend toujours que des mesures soient prises. Le principe de la convention tarifaire devrait aussi être instauré pour les dispositifs figurant sur la LiMA. Le DFI continuerait de définir les prestations qui doivent être prises en charge, mais comme les prix seraient fixés par convention tarifaire entre les partenaires, on observerait sans nul doute un effet modérateur sur ceux-ci et sur l'évolution des coûts en général. L'Etat n'a pas à fixer les prix dans ce domaine, à moins que les parties ne parviennent pas à s'entendre. Dans un tel cas de figure, la procédure ordinaire prévue par la LAMal (prix défini d'office) s'appliquerait.</p> <p>Recommandation senesuisse : <u>Rejeter l'initiative parlementaire</u> L'adaptation du système de facturation MiGeL en octobre 2021 a permis d'ajuster les prix et de renforcer le principe EAE. Changer à nouveau complètement de système n'aurait aucun sens. Le système proposé aurait le grand défaut de faire augmenter la quantité de contrats à un niveau ingérable : il existe plus de 4'000 institutions de soins à domicile et EMS en Suisse qui devraient alors conclure un contrat avec toutes les >50 assurances maladie – ce qui n'est ni raisonnable ni réalisable sur le plan administratif.</p> <p>15.03.2024 Prolongation de délai jusqu'à la session de printemps 2026 20.03.2026 Débat au Conseil national</p>