

lement à l'époque. Nous nous engagerons également dans cette direction à l'avenir.

Vous avez également mentionné – c'est une partie importante de la question – la discussion de ce matin sur les primes d'assurance-maladie pour les enfants. C'est un élément qui va dans votre sens. Pour ce qui est de l'évolution des primes, je vous le redis à chaque fois que j'en ai l'occasion, celles et ceux, ici, qui pensent que les primes vont diminuer ou qui promettent des diminutions de ces primes se trompent. Celles et ceux qui, en parallèle, prétendent que ces primes vont exploser, se trompent également. Ce que nous essayons de faire, c'est d'avoir des primes qui correspondent aux coûts. Or, il faut maîtriser les coûts si l'on veut maîtriser les primes; on ne peut pas fixer des primes sans tenir compte de la réalité des coûts.

Pour ce qui est de la maîtrise des primes et, donc, des coûts, je vous ai entendu, Monsieur Tuena, intervenir plusieurs fois avec vigueur durant cette session. Dès lors, je me réjouis beaucoup de pouvoir compter sur votre soutien à chaque fois que le Conseil fédéral proposera des mesures concrètes pour mieux maîtriser ces coûts.

A ce titre, nous fêtons en cette fin d'année un triste anniversaire, à savoir l'anniversaire du rejet par le Parlement d'une solution proposée pour l'admission des médecins dans le domaine ambulatoire. Vous vous souvenez que c'était à l'issue de la session d'hiver de l'année dernière que cette proposition, longuement préparée et travaillée par le Parlement et le Conseil fédéral, avait été rejetée, ce qui nous a ôté la possibilité de disposer d'une solution stable pour la maîtrise des coûts dans ce domaine.

Le problème est donc complexe. On continuera donc certainement à collaborer sur ces questions pour maîtriser les coûts de la santé et, donc, le montant des primes d'assurance-maladie, sans oublier l'instrument de la réduction des primes, qui est lié à l'ensemble du système.

Voilà les éléments que je souhaitais porter à votre connaissance, de l'avis du Conseil fédéral. Les travaux se poursuivent; ils ne sont pas terminés. Nous observons le déroulement des opérations avec beaucoup d'attention. Cela dit, la motion, telle qu'elle est formulée par Madame Schenker, ne nous paraît pas susceptible d'obtenir la majorité qui permettrait, avec les cantons, d'améliorer la situation. Elle serait même plutôt de nature à mettre en danger, en tout cas à assez court terme, la décision que vous avez prise ce matin sur la réduction de prime des enfants.

Je vous enjoins de ne pas ouvrir trop de fronts à la fois, de miser plutôt sur la réduction de prime des enfants et, dans le cas présent, de rejeter la motion qui vous est soumise.

**Präsident** (Stahl Jürg, Präsident): Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 14.4288/14501)

Für Annahme der Motion ... 56 Stimmen

Dagegen ... 133 Stimmen

(2 Enthaltungen)

14.4291

### **Motion Humbel Ruth. Ambulanter Bereich der obligatorischen Krankenversicherung. Qualitätssicherung und Transparenz durchsetzen**

### **Motion Humbel Ruth. Domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins. Garantir la qualité des soins et imposer la transparence**

Nationalrat/Conseil national 14.12.16

**Humbel Ruth** (C, AG): Mit meiner Motion zur Durchsetzung von Qualitätssicherung und Transparenz im ambulanten Bereich verlange ich, wie es der Titel sagt, wirksame Massnahmen zur Durchsetzung von Qualität auch im ambulanten Bereich. Es geht vor allem auch darum, dass bei der Tarifgenehmigung neben der Wirtschaftlichkeit auch die Qualität geprüft werden kann. Qualitätssicherung ist seit 1996 ein Auftrag im KVG. Nach Artikel 43 Absatz 6 KVG haben die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Artikel 58 KVG und Artikel 77 der Verordnung verpflichten die Vertragspartner, entsprechende Vereinbarungen zu schliessen. Der Bund hat eine subsidiäre Kompetenz, wenn die Vertragspartner nicht handeln.

Es gibt verschiedene Qualitätssicherungsprojekte. Im ambulanten Bereich gibt es indessen nichts Verbindliches und keine griffigen Massnahmen. Im stationären Bereich sieht es etwas besser aus, weil wir den Qualitätsstandards mit der neuen Spitalfinanzierung mehr Verbindlichkeit gegeben haben. Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG sind die Leistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen. Die Spitaltarife orientieren sich an jenen Spitälern, welche ihre Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Diese gesetzlichen Vorgaben haben dazu geführt, dass Fortschritte erzielt worden sind und verpflichtende Vorgaben für die Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken einzuhalten sind.

Anders als im Vertrag bei Swiss DRG existiert bei Tarmed nichts dergleichen. Die Teilnahme an Qualitätsmessungen für die ärztlichen Leistungserbringer ist im ambulanten Bereich nicht obligatorisch. Im wichtigsten ambulanten Tarifwerk Tarmed, das immerhin seit 2004 in Kraft ist, findet man den Anhang 6, "Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien", und da heisst es noch immer: wird später geregelt. Das hat vor allem damit zu tun, dass im ambulanten Bereich eine analoge Bestimmung zu Artikel 49 Absatz 1 KVG fehlt. Qualitätsdaten werden nicht systematisch erhoben, und die Qualitätssicherung kommt nicht voran, obwohl es eigentlich mit Artikel 22a seit 2009 auch eine Verpflichtung gäbe, Qualitätsindikatoren zu erheben. Diese Gesetzeslücke der mangelnden Verbindlichkeit ist daher zu schliessen.

Der Kostendruck im Gesundheitswesen ist gross, und da ist es einfach stossend, dass die Leistungserbringer mit und jene ohne Qualitätsdokumentation gleich behandelt werden und auch gleiche Bedingungen haben, ob sie nun eine gute Qualität erbringen oder ob sie ihre Qualität gar nicht dokumentieren. Diese fehlende Transparenz bei der Qualität führt dazu, dass die WZW-Kriterien nicht oder nur ungenügend überprüft werden können. Leistungserbringer haben keinen Anreiz, Zeit und Geld in Qualität zu investieren, weil sie darin für sich keinen Mehrwert erkennen. Patientinnen und Patienten haben auch keine objektivierten Kriterien bei der Wahl eines Leistungserbringers.

Der Bundesrat sieht den Handlungsbedarf und bestätigt, dass im ambulanten Bereich ein besonders hoher Entwicklungsbedarf besteht, die Qualitätssicherung zu verbessern und die Transparenz zu erhöhen. Trotzdem beantragt er die Ablehnung der Motion und verweist auf die Strategie Gesundheit 2020 und auf die KVG-Revision "Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit". Das genügt aber nicht. Nach zwanzig Jahren KVG und zwölf Jahren Tarmed steht im Vertrag noch immer, die Qualität – das wäre ein Gesetzesauftrag – werde später geregelt. Zwanzig Jahre KVG – das muss Anlass sein, der Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich zum Durchbruch zu verhelfen.

Ich bitte Sie daher, die Motion anzunehmen.

**Berset** Alain, conseiller fédéral: Je crois qu'effectivement il y a toute une série d'éléments sur lesquels nous pouvons nous retrouver. La question qui se pose aujourd'hui est peut-être plutôt celle de savoir comment et où mettre les priorités.

Je crois que, dans le domaine ambulatoire, les besoins en matière de développement sont particulièrement élevés. Le Conseil fédéral est également d'avis qu'il faut améliorer la qualité des soins et la transparence dans ce domaine. D'ailleurs, assurer la transparence et augmenter la qualité des soins est l'un des objectifs que nous poursuivons depuis longtemps, encore et toujours, notamment au travers de la Stratégie Santé 2020 du Conseil fédéral.

Cela dit, pour pouvoir véritablement améliorer la qualité des prestations dans le domaine ambulatoire, il faut tout d'abord disposer de données qui soient fiables, de données qui soient de bonne qualité. On ne peut pas agir sans avoir une base vraiment solide et objective pour le faire. Aujourd'hui, je crois que l'on peut dire qu'une telle base a été mise en place dans le domaine hospitalier, et que nous devons aujourd'hui faire de même dans le domaine ambulatoire; cela n'a que peu ou quasiment pas été fait jusqu'à aujourd'hui. Par contre, une fois que ces données seront disponibles, que la transparence se sera accrue, on pourra ensuite envisager le développement d'indicateurs de qualité et évaluer leur pertinence en se basant sur des résultats de mesures qui seront publiés.

Ce n'est pas gratuit, cela a un coût, il faut l'organiser. C'est peut-être aussi un des éléments qui peut être mis en discussion dans le cadre du projet actuellement traité par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur la qualité et l'économie au sein de l'assurance obligatoire des soins. Ce projet prévoit aussi des dispositions sur des bases de financement durables, avec lesquelles on peut espérer ensuite pouvoir développer et disposer de données fiables. Ce projet est donc nécessaire, si nous désirons améliorer la qualité et la transparence du système de santé en Suisse, non seulement dans le domaine hospitalier, mais aussi dans le domaine ambulatoire. Il nous permettra aussi de voir si des modifications législatives supplémentaires sont encore nécessaires. Nous sommes naturellement ouverts à mener cette discussion avec vous.

Voilà les raisons pour lesquelles le Conseil fédéral s'était opposé à la motion. C'était à un moment où le projet relatif à la qualité et à l'économie était précisément en préparation. Ce projet a, dans l'intervalle, été transmis au Parlement. Il y a donc une base sur laquelle cette discussion peut être menée. Vous savez que le Conseil des Etats n'est pas entré en matière sur le projet. Mais on sent qu'une dynamique nouvelle est apparue au sein de votre conseil, ce qui laisse la perspective de mener la discussion et d'intégrer aussi vos préoccupations en ayant toujours comme objectif d'augmenter la transparence et la fiabilité des données, ce qui doit nous permettre de fonder la réflexion sur la qualité sur des bases solides.

C'est par cette argumentation, partant de l'idée que les travaux sont en cours et que ces questions sont déjà abordées, que le Conseil fédéral vous propose de rejeter la motion Humbel.

**Präsident** (Stahl Jürg, Präsident): Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

## Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 14.4291/14502)

Für Annahme der Motion ... 180 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(11 Enthaltungen)

14.4292

## Motion Humbel Ruth. Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer

## Motion Humbel Ruth. Prise en charge des prestations fournies par les EMS. Un peu de bon sens

Nationalrat/Conseil national 14.12.16

**Humbel** Ruth (C, AG): Mit der Motion "Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer" verlange ich eine Gesetzesanpassung, damit Pflegeheime ihre kassenpflichtigen Leistungen selbstständig vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer abrechnen können und Pauschalierungen der Leistungen möglich sind. Es geht darum, dass Leistungen – insbesondere auch Materialien – pauschaliert abgerechnet werden können und nicht nach Einzelleistungstarif. Es geht also um Bürokratieabbau und um eine Entlastung der Heime von unnötigem administrativem Aufwand.

Die Antwort des Bundesrates ist rein formaljuristisch und nicht lösungsorientiert. Immerhin wird ein gewisser Handlungsbedarf erkannt, indem der Bundesrat schreibt, dass die Frage der Abrechnung von Material bei der Pflege von verschiedener Seite eingebracht worden sei. Das Bundesamt für Gesundheit führe derzeit mit den betroffenen Verbänden Diskussionen, in denen die Praxis bezüglich der Vergütung des Pflegematerials in der ambulanten Krankenpflege und in der Heimpflege analysiert werde. Mir ist nicht bekannt, dass diese Gespräche zu einer Lösung geführt hätten – vielleicht hören wir dazu etwas von Gesundheitsminister Berset.

Das Bundesamt für Gesundheit und Tarifsuisse scheinen sich aber auf den Standpunkt zu stellen, dass diese Leistungen von den Heimen nicht selbstständig und pauschaliert, sondern nach Einzelleistungstarifen nach Aufwand, eben nach der Mittel- und Gegenständelliste (Migel), und die ärztlichen Leistungen von den Ärzten nach Tarmed in Rechnung zu stellen sind. Zudem soll Pflegematerial – Verbrauchsmaterial und Produkte der Migel – gemäss rechtlicher Auslegung nicht zusätzlich vergütet werden können bzw. sollte nur dann gegenüber der Krankenversicherung verrechenbar sein, wenn es durch die Bewohnerinnen und Bewohner selbst, das heisst ohne die Hilfe des Pflegepersonals, angewendet wird.

Gemäss Artikel 39 Absatz 3 KVG haben die Pflegeheime ein umfassendes Leistungsangebot anzubieten, das heisst nebst den eigentlichen Pflegeleistungen durch Fachpersonal auch alle medizinischen Nebenleistungen. Artikel 50 KVG wird aber widersinnigerweise so interpretiert, dass Pflegeheime nur die eigentlichen Pflegeleistungen selbstständig verrechnen können, nicht aber die weiteren notwendigen Nebenleistungen wie ärztliche Versorgung, Migel-Produkte, Medikamente, paramedizinische Leistungen und medizinische Laborleistungen. Diese Gesetzesinterpretation ist realitätsfremd, patientenfeindlich, bürokratisch und kostentreibend.