



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates

24. Juni 2015 (RRB Nr. 675/2015)

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalrätinnen und Nationalräte

Mit Schreiben vom 24. April 2015 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) betreffend Umsetzung der parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» Stellung zu nehmen. Wir danken für die Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

1. Ausgangslage

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten in der Schweiz stark ansteigen, ohne dass mit diesem Anstieg ein entsprechendes Wachstum der Gesamtbevölkerung einhergehen würde. Entsprechend ist mit einem Anstieg des Pflegebedarfs zu rechnen. Dieser wird sich wegen der weiterhin steigenden Lebenserwartung in immer höheren Alterskategorien zeigen. Dieser Trend widerspiegelt sich bereits heute in der stark steigenden Zahl Beschäftigter im Gesundheitswesen: Zwischen 2001 und 2011 hat ihre Zahl um gegen 30% zugenommen. Bei der weiter wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen wird der Bedarf nach Pflegepersonal weiterhin steigen. Die Herausforderung der nächsten Jahre besteht nun einerseits darin, genügend Nachwuchs auszubilden und die Verweildauer im Beruf zu verbessern. Andererseits sollte das Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen untereinander im Gesundheitswesen verbessert und teilweise neu definiert werden, um den in den letzten Jahrzehnten eingetretenen veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten und ihren Auswirkungen auf die Systeme der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen: So ist die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten gestiegen, haben sich das Berufsverständnis von Pflegefachpersonen und Ärztinnen und

Ärzten gewandelt und ihre therapeutischen Möglichkeiten erweitert, hat die Betreuung und Pflege durch Angehörige von pflegebedürftigen Personen abgenommen und hat sich die Erreichbarkeit der Leistungserbringer aufgrund grösserer Mobilität verbessert. Parallel dazu wurde die Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen neu geordnet und in die Bildungssystematik des Bundes übergeführt.

2. Allgemeine Bemerkungen zum Gesetzesentwurf

Mit dem Gesetzesentwurf soll die Attraktivität des Pflegeberufes zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung vergrössert werden. Diese Zielsetzung ist aufgrund der vorstehend geschilderten Ausgangslage grundsätzlich zu befürworten. Allgemein werden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen in Zukunft an Bedeutung gewinnen, weshalb eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung zu befürworten und eine Stärkung der Position der Pflege wichtig sind. Die vorgeschlagene Ermächtigung von Pflegefachpersonen zur Verschreibung von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist indessen aus folgenden Gründen nicht zielführend und deshalb – jedenfalls in der vorgeschlagenen isolierten Ausgestaltung – abzulehnen:

Kostensteigerungen vorprogrammiert

- Pflegefachpersonen sind grossmehrheitlich Arbeitnehmende und unterstehen der Weisungsbefugnis des Arbeitgebers. Es liegt deshalb auf der Hand, dass private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand zur Umsatzsteigerung die Pflegefachpersonen anhalten werden, möglichst viele Pflegestunden zu verschreiben, was zu einer Mengenausweitung führen wird. Auch der erläuternde Bericht (vgl. S. 22) sieht diese Gefahr wie folgt: «Wenn die dazu befugten Pflegefachpersonen selbst bestimmen können, welche Leistungen sie erbringen, besteht [...] theoretisch ein Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen als im Fall, in dem die Erbringung von Leistungen ohne ärztliche Anordnung nicht möglich ist.» Die mit der Initiative vorgeschlagenen Änderungen werden somit in jedem Falle kostentreibend sein.
- Zwischen der pflegebedürftigen Person und den betreuenden Fachpersonen besteht ein Wissensgefälle. Die Patientin oder der Patient kann häufig nicht beurteilen, wo die Grenzen der von der OKP geschuldeten Leistungen liegen. Ohnehin aber wird sich die pflegebedürftige Person gegen zu grosszügig bemessene Grundpflege kaum zur Wehr setzen, zumal die Kosten über die Krankenkassen (und teilweise über Ergänzungsleistungen) finanziert werden und der Eigenanteil zulasten der Patientin oder des Patienten begrenzt ist. Darüber hinaus können auch die Krankenkassen ihre Leistungspflicht ohne ärztliche Beurteilung nur schwer auf das gesetzliche Ausmass begrenzen, weshalb die Gefahr der Verschreibung «unnötiger» Leistungen bei Umsetzung der Vorlage gross ist. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund, dass derzeit rund 80 000 Pflegenden in Spitex, Pflegeheimen und Spitälern beschäftigt sind. Gerade auch der erläuternde Bericht hält fest, dass mit der Vorlage die Gefahr schwerabschätzbarer Mengen- und Kostenentwicklungen geschaffen wird (vgl. S. 17, 22). Auf Seite 22 des erläuternden Berichts wird zudem in Aussicht gestellt, dass als Folge der mit der Vorlage geschaffenen Kompetenzerweiterung «früher oder später Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung manifest werden».

- Im Gesetzesentwurf (Art. 55a) ist deshalb vorgesehen, dem Bundesrat bzw. den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die Möglichkeit solcher Massnahmen schreckte jedoch in der Berufswahl ab und ist jedenfalls vor dem Hintergrund des erläuternden Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich. Im Übrigen hat sich bereits beim Ärztestopp gezeigt, dass dergestalt dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich sind und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind.
- Unter dem Titel Übersicht wird auf Seite 2 des erläuternden Berichts festgehalten, dass weitere Fragen, wie z. B. die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, der Klärung zwischen den Tarifpartnern bedürfen. Die bisher mit den Neuerungen in der Spitalfinanzierung gemachten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass jedenfalls in der Anfangsphase der Umsetzung einvernehmliche und gesetzeskonforme Lösungen zwischen den Tarifpartnern kaum je erzielt werden können und regelmässig die Kantone und die Gerichte den Weg weisen müssen. Sinnvollerweise sollten deshalb solche Klärungen bereits auf dem Gesetzes- oder Verordnungsweg stattfinden. Da die Versicherer im Bereich der Pflege im Einzelfall nur einen begrenzten Beitrag an die Pflegeleistungen übernehmen müssen, werden sie an einer Klärung so oder anders wenig Interesse zeigen.

Weitere Ablehnungsgründe

- Würden Pflegefachpersonen zur selbstständigen Verschreibung von Leistungen zulasten der OKP ermächtigt, wären analoge Forderungen von weiteren Berufsgruppen, die sich auf das Gleichbehandlungsgebot berufen (wie Physio-, Ergo- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten), zu erwarten, was zu einer weiteren Mengen- und Kostenausweitung führte; die Gesetzesänderung hätte präjudiziellen Charakter.
- Die parlamentarische Initiative wird damit begründet, dass mit der vorgeschlagenen Massnahme die Attraktivität des Berufs gesteigert, die Rekrutierung erleichtert und die Verweildauer im Beruf verlängert werde. Verschiedene Untersuchungen haben aber gezeigt, dass wichtige Gründe für die kurze Verweildauer im Beruf insbesondere der als zu tief empfundene Lohn und die unregelmässigen Arbeitszeiten sind. Die Möglichkeit, selbst Leistungen anzuordnen, würde an diesen Rahmenbedingungen nichts ändern.

3. Zu einzelnen Artikeln

Zu Art. 33 Abs. 1^{bis}

Im erläuternden Bericht (S. 2) wird ausgeführt, dass sich die Ermächtigung zur Verschreibung von OKP-Leistungen auf Leistungen der «Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege» erstrecken soll. Für die Behandlungspflege soll somit weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes nötig sein. Diese Regelung müsste zur Vermeidung späterer Diskussionen bereits auf Gesetzesstufe verankert werden – falls am Entwurf festgehalten wird.

Zu Art. 35

Unklar ist, welche konkreten Berufsabschlüsse für die Anordnung der Leistungen erforderlich sein sollen. Auch diese Regelung wäre – falls am Entwurf festgehalten würde – bereits auf Gesetzesstufe zu verankern.

4. Wie weiter?

Der Beruf der Pflegefachperson ist anspruchsvoll und für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Er muss attraktiv gestaltet und an die neuen Herausforderungen eines die Fachbereiche überschneidenden integrativen Versorgungsverständnisses herangeführt werden. Dazu sind auch die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu hinterfragen und gegebenenfalls neu zu regeln. Dies hat aber eingebunden in ein Gesamtkonzept zu erfolgen, in dem:

- die Berufsprofile und Aufgaben der Pflegefachpersonen und auch der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer Gesundheitsberufe überprüft und in ihrem Zusammenwirken gegebenenfalls neu geordnet werden;
- die Verpflichtung von Leistungserbringern zur Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen gesetzlich im Krankenversicherungsgesetz verankert wird;
- der Späteinstieg in die Ausbildung von Pflege- und medizintechnischen und medizinterapeutischen Berufen gefördert wird (der Kanton Zürich beispielsweise beteiligt sich finanziell an einem Fonds zur Förderung des Späteinstiegs in die Ausbildung Pflege).

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalrätinnen und Nationalräte,
den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident:

Der Staatsschreiber:



Postgasse 68
3000 Bern 8
www.rr.be.ch
info.regierungsrat@sta.be.ch

Kommission des Nationalrats für soziale Si-
cherheit und Gesundheit

Als Pdf-Datei per E-Mail an:

- Karin.schatzmann@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

12. August 2015

RRB-Nr.: 894/2015
Direktion Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Unser Zeichen 2015.GEF.946 / RA hr
Ihr Zeichen
Klassifizierung Nicht klassifiziert



Vernehmlassung des Bundes: 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwor- tung der Pflege.

Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

1 Generelle Würdigung der Vorlage

Aus Versorgungssicht unterstützt der Regierungsrat grundsätzlich das mit der Parlamentari-
schen Initiative verfolgte Anliegen: den Pflegefachpersonen wird die Verantwortung, die sie
heute in der Realität oftmals bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zugestanden. Damit wer-
den die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt
gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebe-
darf und wegen des Fachkräftemangels sehr erwünscht.

Das Anliegen tangiert auch die patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsver-
sorgung: die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll die Position der Pflege gegenüber den
bisher zugelassenen Leistungserbringern, insbesondere gegenüber den Ärztinnen und Ärz-
ten, stärken. Die gesetzliche Grundlage wird geschaffen, damit Pflegefachpersonen vermehrt
eine koordinierende und beratende Rolle in komplexen Pflegesituationen wahrnehmen kön-
nen. Damit werden die anderen Leistungserbringenden in der Grundversorgung entlastet.

Überdies verfügen die diplomierten Pflegefachpersonen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen: es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.

Der Regierungsrat befürchtet, dass die vorliegende Gesetzesrevision aktuell nicht bezifferbare negative finanzielle Auswirkungen zeitigen könnte. So ist nicht bekannt, wie sich die Gruppe der selbständigen und auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen in Zukunft genau entwickeln wird. Es kann wohl erwartet werden, dass sich Organisationen bilden beziehungsweise bestehende Organisationen weiterentwickeln werden, die sich zunehmend auf den hier angesprochenen Pflegebereich der Grundpflege spezialisieren werden. Zwar werden die Krankenversicherer auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen. Trotzdem ist zu befürchten, dass es zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung kommt. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die Stärkung der Berufsrolle und die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Ansprüche in Bezug auf die Entlohnung erhoben werden.

Vor dem Hintergrund der nicht bekannten Kostenentwicklungen mit Gefahr einer Mengenausweitung (auch gestützt auf die Aussagen im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates) kann der Regierungsrat die Vorlage derzeit nur bedingt unterstützen. Insbesondere bitten wir um die Berücksichtigung der folgenden Bemerkungen.

2 Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

2.1 Anordnung der Pflegeleistungen

Viele Pflegeleistungen, insbesondere in der Grundpflege, werden nicht von diplomierten Pflegefachpersonen erbracht, sondern von Pflegenden mit Ausbildung auf Sekundarstufe II (z.B. Fachangestellte Gesundheit) oder mit nicht formalisiertem Bildungsabschluss. Laut Gesetzesentwurf werden Leistungen jedoch nur dann von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet, wenn Pflegeleistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin oder ohne ärztliche Anordnung von diplomierten Pflegefachpersonen selbst erbracht werden.

Diese Regelung hätte zur Folge, dass künftig diplomierte Pflegefachpersonen alle Pflegeleistungen selbst erbringen müssten, um die Vorgaben zur Abrechnung zu erfüllen, auch wenn diese Pflegeleistungen – insbesondere in der Grundpflege – bisher von anderen Pflegenden ausgeführt werden. Dies würde eine bedeutende Kostensteigerung nach sich ziehen.

Der Regierungsrat beantragt daher, den Gesetzestext dahingehend zu ändern, dass Pflegeleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, wenn sie einem ausgewiesenen Pflegebedarf entsprechen und auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes, einer Ärztin oder einer diplomierten Pflegefachperson erbracht werden. Die Abklärung des Pflegebedarfs mit den entsprechenden Instrumenten erfolgt bereits heute durch die diplomierten Pflegefachpersonen. Nur mit der Ausweitung der Kompetenzen des diplomierten Pflegefachpersonals auf die Anordnung von Pflegehandlungen wird die Grundidee des Initianten umgesetzt, den Berufsstatus der diplomierten Pflegefachpersonen aufzuwerten. Die vorliegende Regelung hingegen wird diesem Anspruch nicht gerecht und führt letztlich zu keiner Entlastung des Pflegesystems.

2.2 Zugelassene Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Der Regierungsrat spricht sich deutlich dafür aus, dass nicht nur diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Abschluss HF oder FH Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, sondern auch diplomierten Pflegefachpersonen mit altrechtlichen Ausbildungen, die als gleichwertig zu den aktuellen Abschlüssen HF oder FH anerkannt sind.

Sollte beabsichtigt sein, nur diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Abschluss HF oder FH zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen OKP zuzulassen, weist der Regierungsrat bereits jetzt darauf hin, dass er eine solche Schlechterstellung der Pflegefachpersonen mit altrechtlichen Ausbildungen als nicht akzeptabel erachtet.

Gleichzeitig plädiert der Regierungsrat dafür, dass eine (noch zu definierende) Weiterbildung für alle diplomierten Pflegefachpersonen vorgeschrieben wird, welche Leistungen anordnen dürfen.

2.3 Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege

Die Vorlage sieht vor, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält zu definieren, für welche Leistungen weiterhin die Anordnung oder der Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erforderlich ist und welche Leistungen von den Pflegefachpersonen selbstständig erbracht werden können (vgl. Art. 33 Abs. 1^{bis}). In der Praxis gestaltet sich die Abgrenzung der Behandlungspflege von anderen Pflegeleistungen oft schwierig. In vielen Pflegesituationen wird neben der Abklärung und Beratung sowie der Grundpflege auch eine Behandlungspflegeleistung erbracht (beispielsweise werden Medikamente gegeben, Augentropfen verabreicht, Salben eingegeben usw.). Gemäss der vorgeschlagenen Regelung ist in einer solchen Situation künftig neben der selbstständigen Ausführung der Grundpflege durch eine Pflegefachperson aufgrund der weitergehenden Behandlungspflege auch noch eine Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes notwendig.

Diese Regelung ist in der Praxis nicht handhabbar und es bedarf detaillierterer Prüfung, inwiefern bei der Anordnung die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege sinnvoll und praktikabel ist.

2.4 Akut- und Übergangspflege

Die Anordnung von Akut- und Übergangspflege soll ausschliesslich durch eine diplomierte Pflegefachperson erfolgen. Im Gegensatz zur Rehabilitation handelt es sich hier um eine Einschätzung des Pflegebedarfs, weshalb eine ärztliche Anordnung nicht notwendig ist. Die gemeinsame Anordnung von Akut- und Übergangspflege durch eine Ärztin oder einen Arzt und eine Pflegefachperson (vgl. Art. 25a Abs. 2) lehnt der Regierungsrat ab.

2.5 Administrativer Zusatzaufwand

Die Neuregelung hat sowohl für die diplomierten Pflegefachpersonen als auch für die Kantone Konsequenzen. Pflegefachpersonen, die eigenverantwortlich Pflegeleistungen erbringen, benötigen gemäss geplantem Gesundheitsberufegesetz eine Berufsausübungsbewilligung und müssen in einem Berufsregister erfasst sein. Mit der Umsetzung der Neuregelung nach Art. 33 Abs. 1^{bis} Bst. b und c müssten alle diplomierten Pflegefachpersonen im Kanton Bern eine Berufsausübungsbewilligung haben, statt wie bis anhin nur die freiberuflich Tätigen und die Leitungspersonen mit fachlicher Verantwortung in einer Organisationen oder Institution.

2.6 Finanzielle Auswirkungen:

Der Kanton Bern erwartet, dass die finanziellen Auswirkungen, insbesondere auch für die Kantone, konkreter aufgezeigt werden und dass in die Gesetzesvorlage ein Mechanismus Eingang findet, der den Kantonen einen Steuerungsmechanismus ermöglicht. Es braucht insbesondere Handlungsmöglichkeiten, wenn der gemäss den Übergangsbestimmungen vorgesehene Bericht nach sechs Jahren aufzeigt, dass die Wirtschaftlichkeit der Änderungen nicht gegeben ist. Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident



Hans-Jürg Käser

Der Staatsschreiber



Christoph Auer



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
Telefax 041 228 60 97
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Geht per E-Mail an:

- karin.schatzmann@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

Luzern, 18. August 2015

Protokoll-Nr.: 932

**Stellungnahme Regierungsrat des Kantons Luzern: 11.418 Pa. Iv.
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. April 2015 haben Sie uns eingeladen, zur parlamentarischen Initiative "gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" Stellung zu nehmen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrats tue ich das wie folgt:

Primäres Ziel der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ist es, den Pflegeberuf aufzuwerten und ihn damit noch attraktiver zu machen. Die vorgeschlagenen Änderungen, nämlich dass Pflegefachpersonen in einem bestimmten Rahmen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen und abrechnen können, dürften tatsächlich zu einer Attraktivitätssteigerung beitragen. Unter diesem Aspekt ist der Revision deshalb vorbehaltlos zuzustimmen. Denn es zeichnet sich bereits heute ein Mangel an Pflegepersonen ab und die Situation wird aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft noch problematischer.

Zudem können mit der vorgeschlagenen Änderung zweifellos auch Doppelspurigkeiten und Leerläufe verringert werden, was insbesondere auch die Hausärztinnen und -ärzte entlastet. Die zusätzlichen Kompetenzen der Pflege fördern zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit und Sie entspricht auch zu einem grossen Teil - insbesondere bei der Spitex - einer bereits gelebten Realität.

Andererseits darf nicht verkannt werden, dass die vorgeschlagene Änderung auch die Gefahr einer Mengenausweitung und damit einer ungewollten Kostensteigerung mit sich bringt. Um das zu verhindern, wird vorgeschlagen, dass der Bundesrat die Möglichkeit hat, die Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Für die Umsetzung wären die Kantone zuständig.

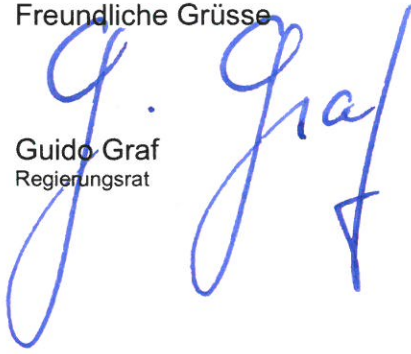
Die Absicht ist richtig. Aber sie ist nicht praktisch umsetzbar. Das Bedürfnis für Grundpflege in einer Region lässt sich niemals so genau quantifizieren, dass gestützt darauf einzelne justiziable Bewilligungen erteilt oder verweigert werden könnten. Es müssten dann beispielsweise sämtliche Stellenerweiterungen von bestehenden Spitexorganisationen bewilligt werden und gleichzeitig müssten Personen oder Organisationen, die neu in den Markt eintre-

ten wollen, die gleiche Chance haben, eine Bewilligung zu erhalten. Und zu berücksichtigen wäre auch, dass Spitexorganisationen zum Teil sehr grosse Gebiete abdecken und nicht nur in einem kleinen Radius tätig sind.

Zusammenfassend muss also entschieden werden, was höher zu gewichten ist, eine Aufwertung des Pflegeberufes oder die Gefahr einer Mengenausweitung. Eine Lösung wäre eventuell, dass die neue Regelung befristet eingeführt und dann je nach Evaluationsergebnis definitiv beschlossen oder nicht weitergeführt wird.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Graf', with a stylized flourish at the end.



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrats
3003 Bern

Parlamentarische Initiative "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege"; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 lädt die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats die Kantonsregierungen ein, zum Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) Stellung zu nehmen. Dafür danken wir bestens und äussern uns wie folgt.

Grundsätzliches

Der Regierungsrat befürwortet die vorgesehene Gesetzesrevision. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung, die sie teilweise heute bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zuzugestehen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr erwünscht. Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt.

In der Vorlage ist jeweils von "Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner" oder von "Pflegefachpersonen" die Rede. Es ist wichtig und dringend, dass auf Verordnungsebene eine Definition der Berufsgruppe gemacht wird. Es ist präzise zu klären, welche Abschlüsse (auch altrechtliche) für die direkte Erbringung der Leistungen berechtigt sind und welche die Leistungen nach wie vor nur auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes erbringen können.

Zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 25 a Absatz 2 und Artikel 33 Absatz 1^{bis}

Die "gemeinsame" Anordnung von einer Ärztin oder einem Arzt und einer Pflegefachperson ist problematisch. Entweder soll die Ärztin oder der Arzt oder die Pflegefachperson die Leistungen der Akut- und Übergangspflege anordnen. Es stellt sich hier die Frage, wieso für die Akut- und Übergangspflege eine grundsätzlich andere Regelung gelten soll als für übrige Pflegeleistungen. Denn gemäss heutiger Regelung beinhaltet die Akut- und Übergangspflege die gleichen Leistungen wie die übrigen Pflegeleistungen, nämlich Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31). Konsequenterweise müssten damit Pflegefachpersonen auch Akut- und Übergangspflege anordnen können.

Minderheitsantrag für einen zusätzlichen Artikel 40a

Der Minderheitsantrag wird nicht unterstützt. Die Zulassung sollte nicht von einem "Zulassungsvertrag mit den Versicherern" abhängen, sondern von der spezifischen Versorgungssituation in einer Region oder von der beruflichen Qualifikation. Zudem ist ein "Zulassungsvertrag von Versicherern" ein im KVG bisher unbekanntes Element. Auch im Sinne einer möglichst pragmatischen Umsetzung der Gesetzesrevision soll kein zusätzlicher Artikel 40a geschaffen werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken Ihnen nochmals für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Altdorf, 28. August 2015



Im Namen des Regierungsrats

Frau Landammann

Der Kanzleidirektor

Heidi Z'graggen *Roman Balli*

Dr. Heidi Z'graggen

Roman Balli

6431 Schwyz, Postfach 1260

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern
karin.schatzmann@bag.admin.ch und
dm@bag.admin.ch

Schwyz, 30. Juni 2015

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 unterbreitet der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates den Kantonsregierungen den Entwurf für eine Vorlage zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ zur Vernehmlassung.

Massnahmen zur Sicherstellung des Pflegebedarfs

Aufgrund eines starken Anstieges an Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren (z. B. durch die Zunahme der Anzahl an Demenzpatienten) müssen laut Schätzungen bis im Jahr 2020 25 000 zusätzliche Personen angestellt und 60 000 Gesundheitsfachleute aufgrund von Pensionierungen ersetzt werden. Die beantragte Revision soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern. Durch die Stärkung der Position der Pflege können zudem andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Der Regierungsrat des Kantons Schwyz begrüsst grundsätzlich Massnahmen zur Sicherstellung des zunehmenden Bedarfs an Pflege.

Verhinderung einer Mengenausweitung

Der Regierungsrat hat jedoch Bedenken, dass aufgrund der vorgeschlagenen Änderung des KVG eine Mengenausweitung, insbesondere durch gewinnorientierte Leistungserbringer, erfolgen kann. Um dies zu verhindern, ist die vorgeschlagene Ergänzung von Art. 55a KVG, wonach der Bundesrat die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnis abhängig machen kann, nicht das geeignete Instrument. Vielmehr soll im Rahmen der laufenden KVG-Revision betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs den Kantonen die Kompetenz zur Steuerung bei Unter- wie auch bei Überversorgung erteilt werden. Zudem sind sowohl Leistungserbringer wie auch Versicherer zu verpflichten, die

Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss Art. 54 ff. KVG wie auch jene zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen gemäss Art. 56 ff. KVG konsequent umzusetzen. Die Administrativverträge zwischen Krankenversicherern und den Spitexverbänden bzw. dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner enthalten Bestimmungen über die Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen. Es ist zu prüfen, diese für alle Pflegefachpersonen, welche Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen, für verbindlich zu erklären.

Entlastung der Kantone

Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Übergangsbestimmung, wonach spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Änderungen in einem Bericht die Auswirkungen der Gesetzesrevision, insbesondere auch die wirtschaftlichen, aufzuzeigen sind. Gleichzeitig fordert der Regierungsrat, dass die Bundesbeiträge an die Kantone für die Prämienverbilligung anzupassen sind, sofern die vorgeschlagene KVG-Revision umgesetzt wird und dadurch zusätzliche Gesundheitskosten und damit einhergehend höhere Krankenkassenprämien ausgelöst werden.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und grüssen freundlich.

Im Namen des Regierungsrates:



Andreas Barraud, Landammann

Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber

Kopie z.K.:

- Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3003 Bern

per Mail:
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen:
Unser Zeichen: cb

Sarnen, 13. August 2015

Parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum Entwurf der Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu können.

1. Grundsätzliche Zustimmung zur Vorlage

Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die angestrebten Veränderungen. In der Realität unterscheiden sich die Aufgabenbereiche des Arztes bzw. der Ärztin und der Pflegefachperson in der konkreten Zuständigkeit doch massgeblich. Während der Arzt bzw. die Ärztin klar für die medizinische Diagnostik und Behandlung zuständig ist und bleiben wird, ist die Pflegefachperson für die konkrete Pflegebedarfserhebung und Begründung der zu erbringenden Pflegedienstleistungen zuständig und hat selbstständige Kompetenzen in der Grundpflege. Die Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. der Ärztin beinhaltet wie bis anhin insbesondere die Schnittstellen im Zusammenhang mit Medikamentenverordnungen und delegierte Aufgaben im Bereich von Behandlungen und diagnostischen Massnahmen (z.B. Blutzuckerkontrolle, Puls- und Blutdruckkontrollen, Verbände usw.) und die entsprechende Kontrolle oder Verabreichung von Medikamenten durch die Pflegefachperson.

Wir sind jedoch klar der Meinung, dass der Pflegeberuf durch die Entwicklungen der letzten Jahre an Kompetenz und auch an eigenständiger Professionalität gewonnen hat. Die bereits vorhandenen und geplanten gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Pflegefachpersonen regeln die Anforderungen und Kompetenz für eine selbstständige und in eigener fachlicher Verantwortung praktizierte Berufsausübung.

Eine Zustimmung erfolgt explizit auch, weil es zu keiner Übernahme von neuen Kompetenzen kommen soll. Die Aufwertung der pflegerischen Arbeit erfolgt im Rahmen der bereits bestehenden Aufgaben und Kompetenzen. Die Stärkung und die Erhöhung der Attraktivität des Berufes können dazu beitragen, absehbare Personalengpässe abzufedern.

2. Kritische Betrachtung

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung kann dazu führen, dass andere Berufe auf gleichem Abschlussniveau ähnliche Begehren stellen werden. Viele dieser Berufe sind jedoch heute schon im Behandlungsbereich tätig. Dieser Bereich soll jedoch auch zukünftig nur im Rahmen einer ärztlichen Anordnung erbracht werden können. Deshalb könnten diese Berufsgruppen nicht auf die gleiche Argumentation wie die Pflegefachpersonen zurückgreifen. Die Pflegefachperson verfügt demgegenüber ganz klar über Tätigkeitsgebiete die nicht medizinischer, diagnostischer oder therapeutischer Art sind und heute schon durch die Pflegebedarfserhebung ausgewiesen und überprüfbar nachgewiesen werden müssen. Die Pflege ist in vielen Bereichen eine eigenständige Tätigkeit, die nicht direkt auf die medizinische Behandlung und Diagnostik aufbaut, sondern auf die Substitution von Selbstpflege-defiziten im Rahmen von alltäglichen Lebensaktivitäten, den Erhalt des Wohlbefindens und der Sicherheit sowie auf die Förderung der Lebensqualität einer Person abzielt.

3. Stellungnahme zur Frage der finanziellen Auswirkungen

Im Vordergrund stehen für uns zu dieser Frage die beiden Elemente der Mengenausweitung und der Lohnforderungen.

Eine Mengenausweitung befürchtet der Regierungsrat in der momentanen Situation nicht. Er erwartet keine grössere Veränderung im Bereich von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen. Eine solche Entwicklung müsste einerseits durch zunehmend unattraktive Arbeitsbedingungen in Organisationen und Institutionen begünstigt werden und andererseits müsste sich die selbstständige und fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit ganz klar mehr lohnen als die Arbeit im Angestelltenverhältnis. 2012 waren rund 90 000 Pflegefachpersonen in Institutionen und Organisationen tätig. Demgegenüber standen nur 650 Pflegenden die auf eigene Rechnung arbeiteten. Das zeigt, dass die Attraktivität für eine selbstständige Tätigkeit nicht einfach so gegeben sein wird.

Zudem muss weiterhin jede über das KVG abzurechnende Pflegeleistung auf der Basis einer Pflegebedarfserhebung ausgewiesen werden. Im Zusammenspiel mit der Rechnungskontrolle ist es so den Krankenversicherern weiterhin möglich, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität beurteilen und entsprechende Korrekturen vornehmen zu können.

Auswirkungen auf die Lohnforderungen sieht der Regierungsrat zum heutigen Zeitpunkt ebenfalls als wenig realistisch an. Wie bereits erwähnt sollen die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer bisherigen Aufgaben und Kompetenzen selbstständig arbeiten können. Deshalb sind grössere Korrekturen im Rahmen der Pflegefinanzierung nicht angebracht.

Wir danken Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, für die Berücksichtigung unserer Standpunkte bei der Weiterbearbeitung der Vorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Niklaus Bleiker
Landammann



Dr. Stefan Hossli
Landschreiber



KANTON
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 30. Juni 2015

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 unterbreiteten Sie uns den Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) – worin die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege neu geregelt werden soll – mit der Bitte, bis zum 14. August 2015 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

Das mit der Parlamentarischen Initiative verfolgte Anliegen ist aus Versorgungssicht grundsätzlich zu unterstützen. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung auch gesetzlich zuzugestehen, die sie heute gerade im Spitexbereich oftmals bereits wahrnehmen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr erwünscht.

Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stärkt die Position der Pflege. Insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege) oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Es geht bei der Initiative nicht um die Frage der Advanced Nursing Practice und der damit verbundenen Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.

Ungeklärt bleibt die Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen. Durch die Aufwertung des Berufs der diplomierten Pflegefachperson besteht ein weiteres Mal die Gefahr, dass der Beruf der medizinischen Praxisassistentin unattraktiver wird und die Ärztinnen und Ärzte weniger Nachwuchs rekrutieren können.

Es besteht zwar die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. Insbesondere gewinnorientierte Spitexorganisationen würden ihre Abläufe und Tätigkeiten in Zukunft wohl entsprechend ausrichten. Die bestehenden Pflegetarife sind aber im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte. Der Kanton hat zudem die Möglichkeit, im Pfllegetarifbereich gestaltend einzugreifen. Wir teilen deshalb diese Befürchtung der Mengenausweitung für den Kanton Nidwalden nicht.

Durch die Stärkung der Berufsrolle und die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege dürften Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlöhnung erhoben werden. Je mehr die Pflegefachpersonen mit Ausbildung auf der Tertiärstufe zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung benötigt werden, desto eher ist davon auszugehen, dass sie den Anspruch auf eine ihrer Ausbildung entsprechenden Entschädigung durchsetzen können, mit den entsprechenden Kostenfolgen für Versicherer, Versicherte und Kantone.

Diese Einschätzung ist nicht unplausibel. Andererseits werden Lohnforderungen im Allgemeinen dann laut, wenn die Fachpersonen entweder neue Aufgaben und eine grössere Verantwortung übernehmen oder wenn der Lohn nicht der Ausbildung und den Tätigkeiten entspricht. Im ersten Fall müsste also erst ausgewiesen werden, dass die Pflegefachpersonen tatsächlich neue Kompetenzen und Aufgaben übernehmen; das steht bei der Initiative ausdrücklich nicht im Vordergrund. Der zweite Punkt wiederum steht nicht in direktem Zusammenhang mit der Initiative (keine Änderungen bei der Ausbildung auf Tertiärstufe). Es ist wahrscheinlich, dass dies in Nidwalden (Spitex Verein hat einen Marktanteil von über 80%) kostentreibend wirken kann. Dies hängt aber auch von der Entwicklung in den anderen Kantonen ab.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES



Res Schmid
Landammann



lic. iur. Hugo Murer
Landschreiber

Glarus, 11. August 2015
Unsere Ref: 2015-85

Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege"

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Wir unterstützen die parlamentarische Initiative betreffend gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege und sind überzeugt, dass diese einen wichtigen Beitrag für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, eine bessere Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs sowie den Abbau von Doppelspurigkeiten und Leerläufen leisten wird. Sie fördert zudem eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung. Die Initiative kann – vor allem in Rand- und Berggebieten – einen Beitrag leisten, die Thematik „Hausärztemangel“ zu entschärfen, indem letztere entlastet werden.

Die Befürchtung einer Mengenausweitung teilen wir nicht, da das Angebot an ausgebildeten Pflegefachpersonen knapp ist und auch in Zukunft knapp bleibt (Stichwort Pflegenotstand). Die Pflegefachkräfte haben keinen Anreiz, den Patientinnen und Patienten mehr Pflegedienstleistungen anzubieten als im heutigen System. Vielmehr sind sie damit beschäftigt, die laufend steigende Nachfrage mit ihren begrenzten Ressourcen bestmöglich abzudecken. Steigende Pflegekosten ergeben sich m.a.W. nicht durch die Umsetzung der Initiative, sondern vielmehr führt die demographische Alterung der Bevölkerung zu einem steigenden Pflegebedarf. Die Vorlage selber dürfte aufgrund der damit einhergehenden Entlastung der Ärztinnen und Ärzte eher zu Kosteneinsparungen führen.

Im Bereich der Akut- und Übergangspflege lehnen wir allerdings die vorgesehene gemeinsame Anordnung der Leistungen durch eine Ärztin oder einen Arzt und eine Pflegefachperson ab. Eine solche würde zu Unsicherheiten und Unklarheiten in der täglichen Arbeit führen. Eine klare Kompetenzzuteilung ist vorzuziehen. In diesem Sinne unterstützen wir den Antrag der Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) betreffend die Artikel 25a Absatz 2 und 33 Absatz 1bis KVG.

Im erläuternden Bericht vermissen wir zudem nähere Ausführungen betreffend die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung auf andere Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten). Wir fordern hier eine klare Abgrenzung und damit die Verhinderung eines Präjudizes.

Genehmigen Sie, hochgeachteter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Röbi Marti
Landammann



Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF-Version):

- karin.schatzmann@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

versandt am: **12. Aug. 2015**

Regierungsrat, Postfach 156, 6301 Zug

Herr Nationalrat
Guy Parmelin, Kommissionspräsident
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Zug, 11. August 2015 ek

**11.418 Pa. iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege;
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 laden Sie uns ein, zur oben erwähnten Vorlage Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

Der Kanton Zug lehnt die vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ab.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die Gesetzesrevision verfolgt primär das Ziel, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten: Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle soll in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Damit soll die Attraktivität des Pflegeberufes zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung erhöht werden.

Die Initiative greift ein wichtiges Ziel auf, nämlich die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung, die insbesondere bei der Betreuung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten zunehmend wichtiger wird. Die Optimierung des Zusammenspiels verschiedener Berufsgruppen ist unabdingbar angesichts der veränderten Versorgungsbedürfnisse (Abnahme der Betreuung und Pflege durch Angehörige, gestiegene Anspruchshaltung), der gestiegenen Kompetenzen in den Gesundheitsberufen (Neuordnung der Aus- und Weiterbildung, Überführung in die Bildungssystematik des Bundes) und der zunehmenden Spezialisierung innerhalb der Medizinal- und Gesundheits-Berufe.

Die vorgeschlagene Ermächtigung von Pflegefachpersonen, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ohne ärztliche Anordnung direkt zu erbringen ist indessen nicht zielführend. Sie läuft der Zielsetzung, das Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu optimieren, möglicherweise sogar entgegen (Verlust der Behandlungsführung aus einer Hand). Der Weg zu einer effizienteren und besseren Gesundheitsversorgung führt indessen nicht über ein Versicherungsgesetz sondern ist von den entsprechenden Fachpersonen gemeinsam im Rahmen eines Gesamtkonzepts zu erarbeiten.

2. Ablehnung der Parlamentarischen Initiative

Die Gründe liegen insbesondere in den unberechenbaren Mengen- und Kostenfolgen der Initiative. Ebenso wird bezweifelt, dass die Patientinnen und Patienten von der vorgeschlagenen Änderung profitieren könnten.

2.1. Mengen- und Kostenausweitung

Pflegefachpersonen sind grossmehrheitlich Arbeitnehmende und stehen unter der Weisungsbefugnis des Arbeitgebers. Es liegt deshalb auf der Hand, dass Leistungserbringer (z. B. private Spitexorganisationen und Pflegeheime) die Pflegefachpersonen zur Umsatzsteigerung anhalten werden, indem sie den Pflegebedarf möglichst hoch ansetzen. Dies wird unweigerlich zu einer Mengenausweitung in der ambulanten und stationären Pflege führen. Auf diese Gefahr weist auch der erläuternde Bericht (S. 22) ausdrücklich hin. Angesichts der erwarteten Zunahme des Pflegebedarfs aufgrund der demografischen Entwicklung würde die Umsetzung der Gesetzesvorlage den Kostenschub noch wesentlich verstärken.

Zwischen der pflegebedürftigen Person und den betreuenden Fachpersonen besteht ein Wissensgefälle. Die Patientin oder der Patient kann häufig nicht beurteilen, wo die Grenzen der von der OKP geschuldeten Leistungen liegen. Ohnehin aber wird sich die pflegebedürftige Person gegen zu grosszügig bemessene Grundpflege kaum zur Wehr setzen; zumal die Kosten über die Krankenkassen (und zunehmend auch über die Ergänzungsleistungen) finanziert werden und der Eigenanteil zulasten der Patientin oder des Patienten limitiert ist.

Um die erwartete Mengensteigerung zu bremsen, weist die Vorlage auf die Kontrollfunktion der Krankenkassen hin, welche die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu überprüfen hätten. Wie bei den ärztlichen Leistungen würde bei den pflegerischen Leistungen in Zukunft die Höhe der Entschädigung im Wesentlichen von den Leistungserbringenden bestimmt, da über einen Zeittarif abgerechnet wird. Ohne auf die ärztliche Beurteilung zurückgreifen zu können, werden die Krankenkassen ihren Kontrollapparat erheblich ausbauen und systematisch Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen müssen, wie sie das schon bei den ärztlichen Leistungen tun. Neben dem erhöhten administrativen Aufwand sind aufwändige Gerichtsverfahren und Rückzahlungen der Leistungserbringer absehbar.

Angesichts dieser Ausgangslage hält auch der erläuternde Bericht auf S. 17 und 22 fest, dass mit der Vorlage die Gefahr von schwer abschätzbaren Mengen- und Kostenausweitung geschaffen wird. Zudem wird im Bericht in Aussicht gestellt, dass als Folge der mit der Vorlage geschaffenen Kompetenzerweiterung «früher oder später Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung manifest werden» (S. 22), was zu einem weiteren Kostenschub führen wird.

Der Bericht weist zwar auch darauf hin, eine mögliche Entlastung der Ärztinnen und Ärzte «könne nicht ausgeschlossen werden» (S. 22). Es wird stark bezweifelt, dass eine solche Entlastung (es ist wohl der Wegfall von ärztlichen Anordnungen zur Grundpflege gemeint) zu spürbaren kompensatorischen Kosteneinsparungen bei den ärztlichen Leistungen führen wird, ja dass es überhaupt eine Entlastung gibt.

2.2. Zulassungsstopp für Pflegefachleute

Um die erwartete Mengenausweitung und Kostensteigerung unter Kontrolle zu halten, sieht der Gesetzesentwurf vor, dem Bundesrat bzw. den Kantonen in Art. 55a KVG die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnis abhängig zu machen.

Die Möglichkeit der Einführung eines Zulassungsstopps ist vor dem Hintergrund des erläuterten Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich. Im Übrigen hat sich bereits beim Ärztestopp gezeigt, dass solche dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind. Sie führen zu einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand und es werden nicht zuletzt Ungerechtigkeiten innerhalb einer Berufsgruppe geschaffen (Stichwort: Handel mit KVG-Zulassungen bei einer Kontingentierung).

Ausserdem ist aus Sicht des Kantons schwer vorstellbar, wie eine solche Bedürfnisanalyse und die Durchsetzung eines Zulassungsstopps angesichts der vielfältigen Arbeitssituationen tatsächlich umgesetzt werden soll (Beispiel: Aufsplitterung von Kontingenten bei [wechselnder] Teilzeittätigkeit).

2.3. Präjudizieller Charakter für andere Gesundheitsberufe

Würden Pflegefachpersonen zur selbständigen Verschreibung von Leistungen zu Lasten der OKP ermächtigt, ist zu erwarten, dass vergleichbare Gesundheitsberufe wie Physio-, Ergo- und Psychotherapie sich auf das Gleichbehandlungsgebot berufen werden (vgl. dazu S. 23 des erläuternden Berichts), um selber den Direktzugang zu den Leistungen zu erhalten. Dies würde zu einer noch grösseren, unberechenbaren Mengen- und Kostenausweitung in der OKP führen und wiederum zum Nachteil der Patientinnen und Patienten der Optimierung des Zusammenspiels der verschiedenen Gesundheitsberufe entgegenstehen.

2.4. Unklare Kompetenzregelungen

Pflegefachpersonen sollen in Art. 25 Abs. 2 KVG explizit als Erbringer von Pflegeleistungen genannt werden, die in einem Spital durchgeführt werden. Gemäss erläuterndem Bericht hat

diese Regelung zwar keine Auswirkungen auf die Abrechnung von Spitalleistungen, sie soll jedoch «ihre Stellung im Hinblick auf die spitalinterne Organisation und Aufgabenverteilung stärken». Dieses Anliegen lässt sich aus Sicht des Pflegeberufes nachvollziehen – für die Patientinnen und Patienten ergeben sich über eine solche gesetzliche Kompetenzregelung potentiell nur Nachteile. Über das Krankenversicherungsgesetz – das notabene die Vergütung von Leistungen bei Krankheit regelt – derart in die interne Organisation der Spitäler und Kliniken einzugreifen, ist jedoch verfehlt und entschieden abzulehnen. Gerade in einem Spital oder in einer Klinik kann sich die Pflege aus ihrem Wesen heraus nie unabhängig von einer medizinischen, sprich ärztlichen Leistung ergeben.

Im erläuternden Bericht wird ausgeführt (S. 16), dass die Ermächtigung zur Erbringung von OKP Leistungen ohne ärztliche Anordnung sich auf Leistungen der «Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege» erstrecken soll. Für die Behandlungspflege soll somit weiterhin ein Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes nötig sein. Diese Regelung müsste zur Vermeidung späterer Diskussionen bereits auf Gesetzesstufe verankert werden – sollte am Entwurf festgehalten werden.

3. Wie weiter?

Der Beruf der Pflegefachperson ist anspruchsvoll und für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Wie eingangs erwähnt, nehmen Pflegefachpersonen im direkten Patientenkontakt eine wichtige Rolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung wahr.

Die Förderung der Kompetenzen im Pflegeberuf muss jedoch in ein Gesamtkonzept eingebunden werden, in dem

- die Berufsprofile und Aufgaben der Pflegefachpersonen, der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer Gesundheitsberufe überprüft und in ihrem Zusammenwirken gegebenenfalls neu geordnet werden. Dazu gehören Stichworte wie Multimorbidität, chronisch-degenerative Leiden, Demenz, Palliative Care und Schnittstellenmanagement im ambulanten und stationären Bereich;
- die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Aus- und Weiterbildung der verschiedenen Berufe gezielt gefördert und in der Organisationsentwicklung der Leistungserbringer ein hoher Stellenwert eingeräumt wird;
- im Interesse der Patientinnen und Patienten darauf geachtet wird, dass sich die Gesamtverantwortung für Behandlung und Pflege einer Patientin/eines Patienten jeweils klar einer federführenden Fachperson zuordnen lässt. Zum Wohl der Patientinnen und Patienten darf es nicht zu sich widersprechenden Anordnungen der verschiedenen Fachpersonen kommen.

Seite 5/5

Zug, 11. August 2015

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

Heinz Tännler
Landammann



Renée Spillmann Siegwart
stv. Landschreiberin

Kopie an:

- karin.schatzmann@bag.admin.ch (PDF-Version)
- dm@bag.admin.ch (PDF-Version)
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

Par PDF à
CSSS-N
M. Guy Parmelin
Président
dm@bag.admin.ch

Fribourg, le 30 juin 2015

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie - Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Réponse à la consultation

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Nous nous référons à la consultation susmentionnée et à votre courrier du 24 avril 2015. En vous remerciant de nous donner l'occasion de nous prononcer, nous vous faisons part de la prise de position du canton de Fribourg.

Dans un contexte prévoyant une hausse des besoins en soins, notamment due au vieillissement de la population, il est nécessaire de mettre sur pied un dispositif permettant d'aider à combler le besoin en personnel dans le domaine des soins. Revaloriser le statut professionnel des infirmier-ère-s en leur donnant plus d'indépendance et de responsabilités apparaît comme un moyen louable de parvenir à cet objectif.

Ne plus considérer les infirmier-ère-s uniquement comme des auxiliaires, en leur accordant le droit de fournir les prestations d'évaluation, de coordination et les soins de base sans prescription ou mandat d'un médecin, permet de renforcer leur position, de reconnaître leur valeur professionnelle et leur rôle propre. De même, la prescription conjointe des soins aigus et de transition par le médecin et l'infirmière reconnaît les compétences spécifiques de cette dernière. Tout en donnant un accès des infirmier-ère-s plus direct aux patients – ce qui induit à la fois une accélération de la prise en soin et une diminution des procédures administratives – cet avant-projet de modification de loi ne permet pas pour autant aux infirmier-ère-s de dispenser seul-e-s les traitements puisque ceux-ci nécessiteront toujours la prescription ou le mandat d'un médecin (rôle délégué).

Le personnel infirmier assume déjà aujourd'hui souvent dans les faits une responsabilité dans le domaine des soins à domicile. On ne peut s'attendre qu'à des effets bénéfiques d'une revalorisation des activités de soins, qui se traduiront par un attrait grandissant à l'égard de la profession d'infirmier / ère. Cela devrait permettre de répondre, à tout le moins en partie, au futur accroissement des besoins en soins et de contenir la pénurie du personnel infirmier. Le renforcement du rôle du personnel infirmier aura des incidences au niveau de la revalorisation de leur rôle, de même qu'un meilleur ciblage de l'étendue des tâches d'autres prestataires de la médecine de base. Les prescriptions médicales concernent des domaines, où les infirmières disposent des compétences nécessaires relatives à la dispensation des prestations et qu'elles effectuent de manière autonome. La solution proposée permettra sans aucun doute de mieux répondre encore aux besoins de soins des patients (âgés en particulier) et des institutions.

Enfin, nous regrettons que l'impact financier de cet avant-projet soit difficilement évaluable. Nous demandons qu'à l'avenir, ces réflexions soient plus développées, afin que les cantons puissent se déterminer en pleine connaissance de cause. En particulier, les éléments suivants pourront avoir des influences variables :

- Un nombre de prestations éventuellement plus élevé, lié à cette nouvelle autonomie et / ou au contexte démographique du moment et des années à venir, pourrait entraîner une augmentation des coûts.
- La suppression d'une prestation « intermédiaire » des médecins pourrait faire baisser les coûts.

En vous remerciant de votre attention et de la suite que vous donnerez à notre prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Erwin Jutzet
Président



Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SGK-NR)
3003 Bern

11. August 2015

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege und lassen uns wie folgt vernehmen:

1. Vorbemerkungen

Grundsätzlich begrüssen wir die Stossrichtung der vorgeschlagenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR. 832.10) und nehmen zu einzelnen Bestimmungen im Folgenden kurz Stellung.

Eine Mengenausweitung und damit Kostensteigerung wird nicht befürchtet, da die Pflegefachkräfte in der Regel die Leistungen nur auf ärztliche Anordnung hin erbringen. Hingegen wird der administrative Aufwand verringert, indem die heute obligatorische ärztliche Anordnung pflegerischer Leistungen teilweise entfällt.

2. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes

2.1. Art. 25a Abs. 2 KVG

Ein Mitspracherecht der Pflegefachpersonen, wie sie im Mehrheitsantrag vorgesehen ist und trotz des Wortes „gemeinsam“ verstanden wird, ist ausreichend. Die Anordnung der Akut- und Übergangspflege knüpft direkt an einen Spitalaufenthalt an und ist insofern eine „spitalnahe“ Einschätzung. Die Entscheidung sollte daher weiterhin dem Spitalarzt obliegen. Der Minderheitsantrag wird folglich abgelehnt.

2.2. Art. 33 Abs. 1^{bis} lit. c. KVG

Es wird dem Minderheitsantrag von Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefolgt, wonach diese Bestimmung ersatzlos zu streichen ist.

Diagnostische und therapeutische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erfolgen; Leistungen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege hingegen sind auch vergütungspflichtig, wenn sie von der Pflegefachperson im eigenen Ermessen erbracht werden. Eine zusätzliche Mischform ist nicht zielführend.

2.3. Art. 55a Abs. 1 Bst. C und d sowie Abs. 2 und 4

Eine bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkung der Pflegefachpersonen ist nicht praktikabel. Vorliegende Initiative soll einem Pflegekräftemangel gerade entgegenwirken. Der Sinn zur Einführung einer bedürfnisabhängigen Zulassung ist nicht ersichtlich. Der Antrag wird abgelehnt; die Bestimmung sollte ersatzlos gestrichen werden.

2.4. Übergangsbestimmungen

Wir begrüßen den geplanten Bericht, welcher nach Artikel 32 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung erstellt werden und über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung Auskunft geben soll. Dabei ist insbesondere auch die demographische Entwicklung zu berücksichtigen.

Wir laden Sie ein, unsere Überlegungen bei der weiteren Behandlung des Geschäftes angemessen zu berücksichtigen.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig. Roland Heim
Landammann

sig. Andreas Eng
Staatschreiber



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 80 54
Fax: +41 61 267 85 72
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3003 Bern

Versand per E-Mail an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
und dm@bag.admin.ch

Basel, 8. Juli 2015

Regierungsratsbeschluss vom 7. Juli 2015

Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Anhörung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Parmelin,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 laden Sie die Kantonsregierungen sowie weitere Kreise im Rahmen eines Anhörungsverfahrens zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stellungnahme ein. Wir danken Ihnen für die uns eingeräumte Möglichkeit, zum vorliegenden Entwurf Stellung zu nehmen.

1. Argumente für die Neuregelung

- Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den **Pflegeberuf aufzuwerten**. Durch die Attraktivitätssteigerung soll eine bessere Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs und der Abbau von Doppelspurigkeiten sowie Leerläufen erzielt werden. Damit wird die Inkongruenz zwischen den kantonalen Gesundheitsgesetzen, welche in vielen Fällen die fachliche Autonomie der Pflegefachpersonen anerkennen, und der bundesrechtlichen Regelung der Finanzierung aufgehoben werden.
- Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine **patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung** berechtigt. Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Dies führt zu Kostensenkungen und einer Verminderung des administrativen Aufwands.
- Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es geht bei der Initiative nicht um die Frage der Advanced Nursing Practice und der damit verbundenen Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.

2. Diskussionspunkte der Neuregelung

- Befürchtet wird, dass die Neuregelung zu einer **Mengenausweitung** und damit zu einer **Kostensteigerung** führen werde, so insbesondere bei gewinnorientierten Spitexorganisationen. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen ist heute im Angestelltenverhältnis tätig. 2012 waren dies rund 90'000 Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe¹. Demgegenüber waren gemäss Spitex-Statistik des Bundesamt für Statistik (BFS) von 2012 lediglich 650 Pflegefachpersonen auf eigene Rechnung tätig. Es ist zu erwarten, dass sich Organisationen bilden bzw. bestehende Organisationen weiterentwickeln, die sich zunehmend auf den hier angesprochenen Pflegebereich der Grundpflege spezialisieren. Festzuhalten ist, dass die Krankenversicherer auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Pflegeleistungen auf oder ohne ärztliche Anordnung handelt. Ferner spielt bei Mengenausweitungen immer auch der Wettbewerb (beispielsweise über die Qualität). Nicht zuletzt sind die bestehenden Pfelegetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte.
- Es ist davon auszugehen, dass auch andere Berufsgruppen die gleichen Forderungen stellen werden wie die Pflegefachpersonen (**Präjudiz für andere Berufsgruppen**). Bei der Grundpflege, die neu von den Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbracht werden soll, handelt es sich um „ur-pflegerische“ Leistungen, die sich deutlich von diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen abgrenzen. Aus diesem Grund sind die Leistungen der Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) weiterhin nur auf ärztliche Anordnung zugelassen. Leistungen anderer Berufsgruppen (Bsp. therapeutischer Bereich) fallen typischerweise in den Bereich der medizinischen Behandlung. Diese Berufsgruppen könnten sich genau deshalb nicht auf die verwendete Argumentation zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege stützen.
- Durch die Stärkung der Berufsrolle dürften Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung erhoben werden. **Lohnforderungen** werden dann laut, wenn die Fachpersonen entweder neue Aufgaben und eine grössere Verantwortung übernehmen oder wenn der Lohn nicht der Ausbildung und den Tätigkeiten entspricht. Bei der Initiative steht ausdrücklich nicht im Vordergrund, dass Pflegefachpersonen tatsächlich neue Kompetenzen und Aufgaben übernehmen. Der zweite Punkt wiederum steht nicht in direktem Zusammenhang mit der Initiative (keine Änderungen bei der Ausbildung auf Tertiärstufe). Die Kantone haben die Kontrolle über die Löhne mit der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei der Pflegefinanzierung selber in der Hand.

3. Schlussfolgerung

Mit Blick auf die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung und vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmanagements, des steigenden Pflegebedarfs sowie den Bestrebungen zur Integrierten Versorgung unterstützt der Kanton Basel-Stadt die Initiative und ihr Ziel, den Pflegeberuf zu valorisieren. Durch die Aufwertung des Pflegeberufes werden Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet, was zu Kostensenkungen und einer Verminderung des administrativen Aufwands führt.

Eine Mengenausweitung und eine Kostensteigerung sind insofern nicht zu erwarten, als dass die Krankenversicherer eine Gatekeeper-Funktion wahrnehmen und die Pfelegetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden sind. Ferner spielt immer auch der Wettbewerb, beispielsweise über die Qualität. Ein Präjudiz für andere Berufsgruppen ist nicht zu befürchten, da die Leistungen dieser typischerweise in den Bereich der medizinischen Behandlung fallen und genau deshalb eine ärztliche Verordnung erforderlich ist.

¹ Obsan: Monitoring des Personals der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Teil I: Pflegepersonal. Im Auftrag der GDK. März 2014

Aus kantonaler Sicht ist der vorliegende Vorentwurf für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege grundsätzlich zu begrüßen. Es ist aber erforderlich, dass die angesprochenen Diskussionspunkte, so insbesondere Fragen im Zusammenhang mit der befürchteten Mengenausweitung, ernst genommen und diesbezügliche Vorkehrungen getroffen werden.

Für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen danken wir Ihnen bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatschreiberin



DER REGIERUNGSRAT DES KANTONS BASEL-LANDSCHAFT

An die
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates
3003 Bern

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege, Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Präsident
sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 unterbreiten Sie einen Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes in oben erwähnter Angelegenheit zur Vernehmlassung. Gerne äussern wir uns dazu wie folgt:

Das mit der geplanten Gesetzesänderung verfolgte Anliegen ist grundsätzlich zu begrüßen. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung, die sie heute oftmals bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zuzugestehen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind insbesondere im Hinblick auf den künftig steigenden Pflegebedarf und die drohende Personalknappheit aus Versorgungssicht sehr erwünscht.

Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden.

Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Es geht bei der Initiative jedoch ausdrücklich nicht um die Frage der Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.

Es besteht demgegenüber die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. Insbesondere gewinnorientierte Spitexorganisationen würden allenfalls ihre Abläufe und Tätigkeiten in Zukunft entsprechend ausrichten. Dazu ist festzuhalten, dass die Krankenversicherer in jedem Fall auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich nun um Pflegeleistungen auf ärztliche Anordnung oder ohne ärztliche Anordnung handelt. Nicht zuletzt sind die bestehenden Pfelegetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte.

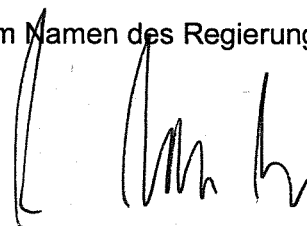
Zusammenfassend halten wir daher fest, dass der Regierungsrat die vorgesehene Änderung des Krankenversicherungsgesetzes unterstützt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie, unsere Vernehmlassungsantwort bei der weiteren Bearbeitung des Geschäfts zu berücksichtigen.

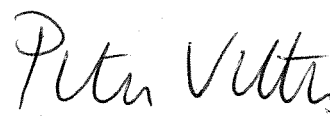
Liestal, 25. August 2015

Mit freundlichen Grüßen

Im Namen des Regierungsrates



Der Präsident:



Der Landschreiber:



Telefon +41 (0)52 632 71 11
Fax +41 (0)52 632 72 00
staatskanzlei@ktsh.ch

Nationalrat
Kommission für Soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Schaffhausen, 11. August 2015

Parlamentarische Initiative Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Bezug auf Ihre Einladung vom 24. April 2015 nehmen wir zum unterbreiteten Vorentwurf und erläuternden Bericht zur Parlamentarischen Initiative 11.418 wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Anmerkungen

Die beantragte gesetzliche Neuregelung verfolgt gemäss Bericht (S. 15) das primäre Ziel, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Dieses Ziel soll hauptsächlich damit erreicht werden, dass den Pflegefachpersonen künftig das Recht eingeräumt werden soll, Pflegeleistungen auch dann zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen, wenn dazu keine ärztliche Verordnung vorliegt. Zur Begründung wird u.a. ausgeführt, dass „das längst nicht mehr zutreffende Image eines Hilfsberufes“ überwunden werden müsse. Die Pflegefachpersonen sollten mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und in ihrer Rolle in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Die Aufwertung des Berufsstandes soll dazu beitragen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen.

Im Grundsatz teilen wir die Auffassung, dass die Kompetenzen und die Bedeutung der Pflegefachpersonen für die Gesundheitsversorgung noch besser wahrgenommen und gestärkt werden sollten. Die vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen erachten wir in der vorliegenden Form allerdings nicht als geeignet, dieses Ziel in einer sachgerechten Art zu erreichen.

In seiner bisherigen Systematik weist das Krankenversicherungsgesetz den Ärztinnen und Ärzten ganz generell eine zentrale Rolle zu bei der Planung und Koordination der meisten Prozesse von Diagnostik, Therapie und Pflege (Art. 25 ff. KVG). Dieser ärztlichen Steuerungsfunktion sind mit Ausnahme der Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren, der Zahnärzt-

innen und Zahnärzte sowie der Hebammen sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens unterstellt. In gleicher Weise wie die Pflegenden sind davon insbesondere die auf Fachhochschul-Niveau ausgebildeten Berufe der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und der Ernährungsberatung betroffen (Art. 46 ff. KVV). Zudem sind auch die von universitär ausgebildeten Personen geleiteten Apotheken und medizinischen Laboratorien der gleichen Restriktion unterworfen.

Die Pflegefachpersonen verfügen in ihrer Mehrheit über einen Diplomabschluss auf der Stufe von Höheren Fachschulen. In Bezug auf die Abhängigkeit der Vergütung ihrer Leistungen von einer ärztlichen Verordnung sind sie den genannten Universitäts- und Fachhochschul-Berufen gleichgestellt. Die der Vorlage zugrunde gelegte Unterstellung, dass diese Situation auf einer historisch überholten Geringschätzung der Pflegeberufe basiere, ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar.

Aufgrund der wachsenden Spezialisierung und Fragmentierung der ärztlichen Leistungsangebote, der sinkenden Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der wachsenden Bedeutung zahlreicher nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Therapiemethoden stösst das Modell der ärztlichen Steuerung, das den bisherigen KVG-Bestimmungen zugrunde liegt, ganz offensichtlich an seine Grenzen. Mit Blick auf die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ist es unabdingbar, nach neuen Regeln zu suchen für eine verbesserte künftige Rollenklärung, Koordination und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer und Berufsgruppen.

Die angesprochene Problematik betrifft nicht nur die Pflege, sondern die institutionsübergreifende und interprofessionelle Versorgungssteuerung ganz allgemein. Mit Blick auf die enormen Kostenfolgen, die sich aus einem ungesteuerten und schlecht koordinierten Abruf von Gesundheits- und Pflegeleistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ergeben können, muss die Thematik aus unserer Sicht in der nötigen Sorgfalt und thematischen Breite angegangen werden. Die punktuelle und ersatzlose Entlassung des Pflegebereiches aus der angestammten ärztlichen Steuerungspflicht, die mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf angestrebt wird, greift vor diesem Hintergrund zu kurz.

2. Finanzielle Auswirkungen

Zum heutigen Zeitpunkt ist eine weit überwiegende Mehrheit des Pflegefachpersonals (rund 87 % der Personen bzw. 91 % der Pensen gemäss Erläuterungen zur Vorlage, S. 8) in Spitälern und Heimen tätig. Die Stellung des Pflegepersonals sowie die Art und die Kosten der Leistungserbringung in diesen Einrichtungen werden durch die vorgeschlagene Gesetzesrevision nur am Rande betroffen. Markante Auswirkungen sind dagegen im Bereich der ambulanten Pflegeleistungen zu erwarten: Hier besteht eine sehr namhafte Gefahr einer markanten Ausweitung des zu Lasten der Krankenversicherer und der öffentlichen Haushalte verrechenbaren Leistungsvolumens.

Im Bereich der ambulanten Grundpflege ist die Festlegung des nötigen und „richtigen“ Masses der professionellen Unterstützung in der Körperhygiene, der Mobilisierung und der sozialen Aktivierung naturgemäss einem erheblichen Ermessen unterworfen. Aufgrund des spezifischen Berufsverständnisses der Pflegenden sowie auch der unmittelbaren ökonomischen Eigeninteressen ist zu erwarten, dass das von den Pflegenden selbst festgelegte Leistungs-

volumen nach dem Wegfall der ärztlichen Verordnungspflicht deutlich über das heute übliche Mass hinaus anwachsen wird. Die resultierenden Mehrkosten wären zu einem erheblichen Teil von der Allgemeinheit zu tragen.

Aus der Sicht der Kantone und der Gemeinden ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die von der Vorlage betroffenen Pflegeleistungen nur teilweise von den Krankenversicherern finanziert werden. Ein sehr erheblicher Teil der zu erwartenden Zusatzkosten wird über die „Restfinanzierung“ gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG aus Steuermitteln der Kantone und Gemeinden zu decken sein.

Die zu erwartenden Zusatzkosten werden in den Erläuterungen zur Vorlage nur am Rande und sehr summarisch thematisiert. Indirekt wird ein gewisses Bewusstsein für die offensichtlichen Risiken aber immerhin sichtbar im Vorschlag, dem Bundesrat die Kompetenz einzuräumen, für Pflegefachpersonen gleich wie bei den Ärztinnen und Ärzten bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkungen einzuführen (Ergänzung Art. 55a KVG).

Die bisherigen Erfahrungen mit den Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte haben gezeigt, dass der Erlass sachgerechter Regelungen schwierig und in der praktischen Durchsetzung wenig wirksam ist. Die Zahl der ausgebildeten Pflegefachpersonen innerhalb und ausserhalb der Schweiz, die für eine Zulassung zur direkten Leistungsverrechnung in Frage kommen und potenziell daran interessiert sind, ist um ein Mehrfaches grösser als bei den Ärztinnen und Ärzten. Die Umsetzung eines Zulassungsstopps für Pflegenden wäre dem entsprechend wohl noch komplexer als bei der Ärzteschaft. Zudem würde der Sinn der diskutierten Gesetzesrevision in ihr Gegenteil verkehrt, wenn dem formell eingeleiteten Liberalisierungsschritt postwendend neue Begrenzungsmaßnahmen entgegengesetzt werden müssten.

3. Fazit

Die Gesetzgebung im KVG-Bereich war in den letzten Jahre geprägt von zahlreichen sektoriellen Teilrevisionen, deren Einbettung in klare strategische Ziele oft unklar blieb. Die Umsetzung des vorgelegten Revisionsvorschlages wäre eine weitere Massnahme im Sinne dieses Trends und ist als solche abzulehnen.

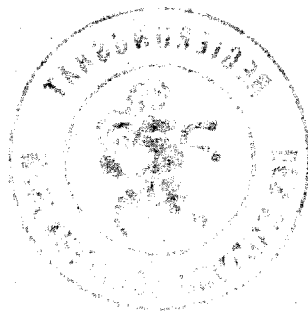
Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident:



Ernst Landolt

Der Staatsschreiber:

Dr. Stefan Bilger





Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. 071 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 10. Juli 2015

Eidg. Vernehmlassung; Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) den Kantonsregierungen einen Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) zur Vernehmlassung zugestellt.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst grundsätzlich eine Aufwertung des Berufsstatus der Pflege und damit verbunden eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Die Bedeutung der Pflege wird angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des chronischen Charakters vieler Krankheiten markant zunehmen. Im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die zu erwartende Personalknappheit ist ein solcher Schritt aus Versorgungssicht wichtig. Durch die Übertragung von gewissen Kompetenzen an qualifizierte Pflegefachpersonen besteht zudem die Möglichkeit, die knappen ärztlichen Ressourcen zu schonen, ohne dass für die Patientinnen und Patienten dadurch Nachteile entstehen.

Die vorgeschlagene Anpassung des KVG berücksichtigt auch Veränderungen in der Ausbildung von Pflegefachpersonen der letzten Jahre. Mit der Revision der Bildungssystematik und der damit verbundenen Einführung neuer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, auch für Pflegeberufe, sind aufgrund ihrer Ausbildung namentlich diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Eine medizinische Diagnose dagegen wird ausschliesslich von einer Ärztin oder einem Arzt gestellt. Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst weiterhin diese Trennung der Zuständigkeiten. Sollte sich die Ressourcenknappheit bei den Ärztinnen und Ärzten (v.a. im Bereich der Grundversorgung) weiter verschärfen, erachtet es der Regierungsrat für prüfenswert, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen, bei entsprechender Zusatzqualifikation, auch auf eine medizinische Diagnosestellung auszuweiten.



Der Regierungsrat geht nicht davon aus, dass mit dieser Gesetzesanpassung ein Präjudiz für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschaffen wird. Der Handlungsspielraum, Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen zu können, wird auf pflegerische Leistungen im engeren Sinn beschränkt. Leistungen der so genannten Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. b der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) sind weiterhin nur auf ärztliche Anordnung zugelassen.

Der Regierungsrat erachtet die Gefahr einer Mengenausweitung durch diese Gesetzesanpassung als gering. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen ist heute in Spitälern, Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause tätig. Nur ein verschwindend kleiner Teil der Pflegefachpersonen arbeitet auf eigene Rechnung. Eine starke Zunahme der Zahl selbständiger Pflegefachpersonen scheint eher unwahrscheinlich. Die Krankenversicherer haben weiterhin eine „Gatekeeper-Funktion“. Sie werden die ihr obliegende Rechnungskontrolle auch in Zukunft wahrnehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich nun um Pflegeleistungen auf ärztliche Anordnung oder ohne ärztliche Anordnung handelt.

Appenzell Ausserrhoden hat sich wiederholt gegen eine staatlich gesteuerte Zulassungsbeschränkung bei Gesundheitsfachpersonen ausgesprochen. Aus diesem Grund wird Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 im Entwurf klar abgelehnt.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 24
Telefax +41 71 788 93 39
michaela.inauen@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Bundesamt für Gesundheit

Zustellung via E-Mail an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch und
dm@bag.admin.ch

Appenzell, 25. Juni 2015

Parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 24. April 2015, mit welchem Sie um Stellungnahme zum Vorentwurf einer Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bis 14. August 2015 ersuchen.

Die Standeskommission hat den ausgearbeiteten Verordnungsentwurf geprüft und begrüsst grundsätzlich die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Bei der Umsetzung der Vorlage ist jedoch darauf zu achten, dass die Versicherer die eigenverantwortlichen Pflegeleistungen weiterhin fundiert kontrollieren. Diese Kontrolle darf jedoch nicht zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand führen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:



Markus Dörig

Zur Kenntnis an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Ivo Bischofberger, Ackerweg 4, 9413 Obereggen
- Nationalrat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 32 60
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 11. August 2015

Parlamentarische Initiative: Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 haben Sie die Regierung des Kantons St.Gallen zur Vernehmlassung zur Pa. Iv. 11.418 "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" eingeladen. Sie haben insbesondere darum gebeten, zur Frage Stellung zu nehmen, wie wir die finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Gesetzesänderung einschätzen.

Wir bedanken uns für die Zustellung der Unterlagen und die Gelegenheit zur Prüfung. Gerne nehmen wir zu dieser Vorlage wie folgt Stellung:

Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, denn das Gesetz legitimiert die (wie im erläuternden Bericht erwähnt) bereits praktizierte Situation, dass Pflegenden die Leistungen selber planen und durchführen und die Ärztinnen und Ärzte lediglich die Verordnung unterschreiben. Dies ist für beide Berufe eine unbefriedigende Lösung, die vor allem zu vermehrt unnötigem administrativem Aufwand führt.

Die Befürchtungen, dass durch diese Regelung massive Mehrkosten entstehen könnten, werden durch Erfahrungen in angelsächsischen und skandinavischen Ländern widerlegt. Untersuchungen zeigen auf, dass durch das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken und Komplikationen durch das Pflegefachpersonal die Kosten im Endeffekt insgesamt sogar tiefer zu liegen kommen und das Gesundheitsmanagement der Betroffenen besser ist.

Die finanziellen Auswirkungen für die Schweiz wurden in unterschiedlichen Institutionen und Gremien intensiv diskutiert und einheitlich ist man zu dem Schluss gekommen, dass eine verlässliche Einschätzung der finanziellen Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Insofern deckt sich die Einschätzung mit den Ausführungen des erläuternden Berichts der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates.



Annähernde Ausführungen zur finanziellen Fragestellung lassen sich dahingehend machen, als im stationären Bereich davon ausgegangen werden kann, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer gestärkt eigenverantwortlichen Pflege weiter gefördert wird und der Personaleinsatz gezielter gesteuert werden kann. Daraus resultieren Prozessoptimierungen. Diese senken wiederum nachweislich die Kosten.

Im ambulanten Bereich dürfte die Möglichkeit der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen die Attraktivität für eine freiberufliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen steigern. Dies wiederum hätte zur Folge, dass ein Teil der heute durch die öffentlichen Institutionen erbrachten Leistungen vermehrt durch freischaffende Fachpersonen erbracht wird, was zu einer gewissen Entlastung führen würde.

Hinsichtlich weiterer Argumentarien wie Mengenausweitung, Lohnforderungen usw. schliesst sich der Kanton St.Gallen dem Argumentarium bzw. den Beurteilungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK) an.

Weiterhin steigert die gesetzliche Anerkennung der Pflege die Attraktivität des Pflegeberufs und hilft mit, die Gesundheitsversorgung – mit einer künftig älteren Bevölkerungsstruktur – langfristig sicherzustellen.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass der Kanton St.Gallen die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege unterstützt und begrüsst.

Im Namen der Regierung

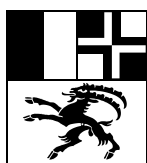
Benedikt Würth
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail (pdf-Version) an:

karin.schatzmann@bag.admin.ch; dm@bag.admin.ch



Sitzung vom

11. August 2015

Mitgeteilt den

11. August 2015

Protokoll Nr.

684

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

auch per E-Mail zustellen an: karin.schatzmann@bag.admin.ch und
dm@bag.admin.ch

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) betreffend Umsetzung der parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ Stellung zu nehmen. Wir danken für die Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

Wir unterstützen den von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ausgearbeiteten Entwurf für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung führt zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs und trägt damit zu einer besseren Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs bei. Mit der in Aussicht genommenen Regelung wird den Pflegefachpersonen die Verantwortung für pflegespezifische Kompetenzen, die sie bereits heute wahrnehmen, übertragen.

Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die in Frage stehenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.

Das Erfassen des Pflegebedarfs und die selbständige Anordnung von Massnahmen der Grundpflege, das heisst ohne ärztliche Anordnung, sind ein attraktiver Aspekt des Berufsprofils. Mit der vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes steigt somit die Attraktivität des Pflegeberufs. Klar definierte Berufsrollen und Laufbahnmöglichkeiten machen die anspruchsvolle Pflegeausbildung für Jugendliche attraktiver. Der Pflegeberuf kann seinen Makel eines "Hilfsberufs" ablegen, womit dessen Wettbewerbsfähigkeit im "Kampf um die Talente" unter den diversen Berufsausbildungen steigt.

Die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, halten wir für wenig begründet, weil die Ärztinnen und Ärzte bereits heute in vielen Fällen die von den Pflegefachpersonen erstellten Anordnungen lediglich unterschreiben. Unabhängig davon verursacht die heute obligatorische ärztliche Anordnung selbst für Patienten, die über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, Kosten und administrativen Aufwand.

Letztlich obliegt es auch bei den von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen den Krankenversicherern, ihrer Kontrollfunktion nachzugehen und die von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Eine Erweiterung des Katalogs der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist immer mit einer Ungewissheit bezüglich der Kostenfolgen verbunden. In diesem Sinn erachten wir die Delegation der Festlegung der Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, an den Bundesrat beziehungsweise an das EDI als zweckmässiges Steuerinstrument, um sich allfällig abzeichnenden Mehrkosten zu begegnen. In diesem Sinn begrüssen wir

auch den in den Übergangsbestimmungen vorgesehenen Auftrag an den Bundesrat, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung, vorzulegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Martin Jäger".

Martin Jäger

Der Kanzleidirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "C. Riesen".

Dr. C. Riesen

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

Einschreiben

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

12. August 2015

11.418 Parlamentarische Initiative. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur parlamentarischen Initiative in Sachen gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege dankt Ihnen der Regierungsrat bestens.

Der Regierungsrat nimmt gerne wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Überlegungen

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den Pflegeberuf aufzuwerten. Der Status des "Hilfsberufs" soll abgelegt werden. Dadurch werden eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, eine bessere Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs sowie der Abbau von Doppelspurigkeiten und Leerläufen angestrebt. Die heute obligatorische ärztliche Anordnung verursacht für Patientinnen und Patienten, welche über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, unnötige Kosten und administrativen Aufwand. Die Pflegefachpersonen erhalten mit der neuen Regelung keine neuen Kompetenzen. Ihnen wird jedoch die Verantwortung für die bestehenden, pflegespezifischen Kompetenzen zugestanden. Damit wird die Inkongruenz zwischen den kantonalen Gesundheitsgesetzen, welche in vielen Fällen die fachliche Autonomie der Pflegefachpersonen anerkennen, und die bundesrechtliche Regelung der Finanzierung aufgehoben.

2. Gesundheitsversorgerischer Aspekt

Das mit der parlamentarischen Initiative verfolgte Anliegen ist aus Versorgungssicht zu unterstützen. Den Pflegefachpersonen ist diejenige Verantwortung gesetzlich zuzugestehen, welche sie heute oftmals bereits wahrnehmen. Damit wird die pflegerische Tätigkeit aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr erwünscht.

Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stärkt die Position der Pflege. Denn insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden.

Es gilt schliesslich zu bedenken, dass die diplomierten Pflegefachpersonen über die nötigen Kompetenzen verfügen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Grundpflege-Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören, oder Leistungen, die faktisch bereits heute von den Pflegefachpersonen eigenständig wahrgenommen werden und nicht beispielsweise diagnostische oder medizinisch-therapeutische Verrichtungen.

3. Finanzielle Aspekte

Auch in Zukunft obliegt den Krankenversicherern die Funktion des Gatekeepers, indem sie bei der Rechnungskontrolle unnötige Leistungen erkennen und zurückweisen. Dabei ist es nicht relevant, ob entsprechende Leistungen ärztlich angeordnet oder direkt erbracht wurden. Dementsprechend ist nicht damit zu rechnen, dass es mit der geplanten Gesetzesänderung zu einer Mengenausweitung oder zu einer Kostensteigerung kommen wird.

4. Ablehnung einer Positivliste

Kritisch zu beurteilen ist die Tatsache, dass die Leistungen, welche neu durch die Pflegenden selbstständig durchgeführt werden sollen, auf einer Positivliste aufgeführt werden. Dies erschwert die Prozesse in Pflegeheimen oder bei Spitex-Organisationen. Die Pflegeleistungen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) bereits ausreichend formuliert.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Dr. Urs Hofmann
Landammann

Dr. Peter Grünenfelder
Staatsschreiber

Kopie

- karin.schatzmann@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Nationalrat
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
Herr Nationalrat Guy Parmelin
Kommissionspräsident
3003 Bern

Frauenfeld, 11. August 2015

11.418 Parlamentarische Initiative. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Präsident

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Vernehmlassung in obiger Angelegenheit und äussern uns dazu wie folgt:

I. Allgemeine Bemerkungen zum Gesetzesentwurf

Mit dem Gesetzesentwurf soll die Attraktivität des Pflegeberufes zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung erhöht werden. Dieser Zielsetzung stimmen wir zu. Generell werden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen in Zukunft an Bedeutung gewinnen, weshalb eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung (Stichwort: „Netzwerk Gesundheit“) zu befürworten und eine Stärkung der Position der Pflege wichtig sind. Verschiedene Untersuchungen haben aber gezeigt, dass wichtige Gründe für die kurze Verweildauer im Beruf insbesondere der als zu tief empfundene Lohn und die unregelmässigen Arbeitszeiten sind. Die Möglichkeit, selbst Leistungen anzuordnen, würde an diesen Rahmenbedingungen nichts ändern, weshalb wir vor zu grossen Erwartungen an die Kompetenzerweiterungen zugunsten der Pflegefachpersonen warnen.

Mit der in Aussicht genommenen Regelung wird den Pflegefachpersonen die Verantwortung für pflegespezifische Kompetenzen, die sie bereits heute wahrnehmen, übertragen. Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die in Frage stehenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufes gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die bereits heute faktisch eigenständig von den Pflegefachpersonen erbracht werden.

2/3

Die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, ist zwar nicht von vornherein unbegründet. Allerdings darf nicht verkannt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte bereits heute in vielen Fällen die von den Pflegefachpersonen erstellten Anordnungen lediglich unterschreiben und die Pflegeleistungen in der Folge gleichsam „automatisch“ erbracht werden. Unabhängig davon verursacht die heute obligatorische ärztliche Anordnung selbst für Patienten, die über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, Kosten und administrativen Aufwand. Letztlich obliegt es auch bei den von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen den Krankenversicherern, ihrer Kontrollfunktion nachzugehen und die von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Eine Erweiterung des Katalogs der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist immer mit einer Ungewissheit bezüglich der Kostenfolgen verbunden. In diesem Sinn erachten wir die Delegation der Festlegung der Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, an den Bundesrat beziehungsweise an das EDI als zweckmässiges Steuerinstrument, um sich allfällig abzeichnenden Mehrkosten zu begegnen. In diesem Sinn begrüssen wir auch den in den Übergangsbestimmungen vorgesehenen Auftrag an den Bundesrat, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung, vorzulegen.

Im Gesetzesentwurf (Art. 55a) ist vorgesehen, dem Bundesrat bzw. den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die Möglichkeit solcher Massnahmen würde jedoch in der Berufswahl abschrecken und ist jedenfalls vor dem Hintergrund des erläuternden Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich und kontraproduktiv. Im Übrigen hat sich bereits beim Ärztestopp gezeigt, dass derart dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich sind und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind. Wir lehnen diese Bestimmung ab.

Unter dem Titel Übersicht wird auf Seite 2 des erläuternden Berichts festgehalten, dass weitere Fragen, wie z. B. die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, der Klärung zwischen den Tarifpartnern bedürfen. Die bisher mit den Neuerungen in der Spitalfinanzierung gemachten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass einvernehmliche und gesetzeskonforme Lösungen zwischen den Tarifpartnern jedenfalls in der Anfangsphase ihrer Umsetzung kaum je erzielt werden können und regelmässig die Kantone und die Gerichte den Weg weisen müssen. Sinnvollerweise würden deshalb

3/3

solche Klärungen bereits auf dem Gesetzes- oder Verordnungsweg geschaffen. Da die Versicherer im Bereich der Pflege im Einzelfall nur einen limitierten Beitrag an die Pflegeleistungen übernehmen müssen, werden sie aber an einer Klärung so oder anders wenig Interesse zeigen.

II. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Artikel 33 Abs. 1^{bis}

Im erläuternden Bericht (S. 2) wird ausgeführt, dass die Ermächtigung zur Verschreibung von OKP-Leistungen sich auf Leistungen der „Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege“ erstrecken soll. Für die Behandlungspflege soll somit weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes nötig sein. Diese Regelung müsste zur Vermeidung späterer Diskussionen bereits auf Gesetzesstufe verankert werden.

Artikel 35

Unklar ist, welche konkreten Berufsabschlüsse für die Anordnung der Leistungen erforderlich sein sollen. Auch diese Regelung ist bereits auf Gesetzesstufe zu verankern.

Artikel 55a Abs. 1 Bst. c und d

Wir lehnen die Zulassungsbeschränkung für Pflegefachpersonen aus den oben dargelegten Gründen ab.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident des Regierungsrates

Der Staatsschreiber

numero			Bellinzona
3550	cl	2	2 settembre 2015

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Commissione della sicurezza sociale
e della sanità
3003 Berna

Invio per posta elettronica
karin.schatzmann@bag.admin.ch,
dm@bag.admin.ch

11.418 Pa. Iv. LAMal. Maggiore autonomia per il personale sanitario

Onorevoli Consigliere nazionali,
onorevoli Consiglieri nazionali,

il Consiglio di Stato ringrazia la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale per averlo consultato in merito alla prospettata modifica della Legge sull'assicurazione malattia, posta in consultazione a seguito dell'iniziativa parlamentare Joder numero 11.418 "Maggiore autonomia per il personale sanitario". Ricordiamo che in data 8 luglio scorso abbiamo richiesto una proroga al termine assegnatoci.

In entrata riteniamo doveroso ribadire come sia irrinunciabile trovare, nel prossimo futuro, delle modalità attraverso le quali aumentare l'attrattività della professione infermieristica - per i motivi a noi tutti conosciuti - riuscendo nel contempo ad aumentarne la permanenza nella professione e ridurre le uscite premature, sia nel corso degli anni che a seguito - ad esempio - della nascita di figli. In quest'ottica, l'iniziativa Joder può sicuramente fornire un contributo assicurando un miglior riconoscimento delle competenze del personale infermieristico. Pur essendo consci del fatto che la modifica legislativa disciplina esclusivamente il rimborso delle prestazioni ai sensi della Legge sull'assicurazione malattia, è indubbio che tale riconoscimento finanziario preciserà di riflesso la definizione di quali prestazioni possono essere erogate a livello infermieristico sotto la propria responsabilità diretta. Ciò comporta l'ulteriore vantaggio di tornare a far collimare la prassi concretamente attuata all'interno delle strutture, dove per le cure di base di fatto già oggi vige una sorta di delega tacita dal corpo medico agli infermieri, e le condizioni per il riconoscimento finanziario da parte della LAMal.

Tutto ciò premesso, il Consiglio di Stato ha preso però anche atto di quanto poco l'iniziativa parlamentare proposta riesca a catalizzare le opinioni creando l'unanimità. All'interno della stessa Commissione vi sono una serie di divergenze su diversi punti, che hanno portato a presentare in consultazione un'iniziativa ricca di diverse versioni con svariate proposte di maggioranza e minoranza. In maniera analoga, la Conferenza delle direttrici e dei direttori della sanità non ha raggiunto un'identità di vedute tra i Cantoni e in maniera pressoché speculare le associazioni, gli enti, i partner e le strutture sanitarie consultate a livello cantonale hanno espresso posizioni divergenti. Quanto questa spaccatura sia da imputare ad una diversa visione dei sistemi sanitari del futuro e quanto sia semplicemente espressione della difficoltà di comprendere nel dettaglio la

questione realmente dibattuta è attualmente difficile da sapere. Tuttavia emerge chiaramente una certa confusione sia sulle competenze attribuite al personale infermieristico, sia sulle modalità di controllo di queste ultime.

La posizione di codesto Consiglio di Stato è comunque di principio favorevole all'iniziativa di riconoscere maggiore autonomia professionale agli infermieri, inserendoli tra i fornitori di prestazioni nella LAMal ai sensi dell'art. 35 cpv. 2. Nei limiti giustamente indicati nel rapporto esplicativo - e cioè per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli ed il coordinamento nonché per le cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e c dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) ad esclusione invece degli esami e delle cure mediche giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre - viene così formalmente riconosciuta la competenza professionale di questa categoria. Di fatto queste competenze e autonomia sono già riconosciute almeno all'interno delle strutture. Riteniamo preminente l'obiettivo generale da cui muove l'iniziativa, in un contesto che vedrà confrontato il sistema sanitario con un fabbisogno crescente di personale di cura. Del resto ci sembra significativo far rimarcare che con analoghe motivazioni anche l'Ordine dei medici del Canton Ticino sostiene l'esigenza di una riforma in questo senso.

Teniamo però anche ad evidenziare i rischi che la revisione potrebbe trarre seco. Salutiamo pertanto favorevolmente l'idea sancita nella disposizione transitoria di inserire un controllo dei costi nei prossimi anni allo scopo di comprendere meglio l'effetto e conseguenze di questa modifica legislativa. Sarebbe altresì interessante monitorizzare nel contempo l'aumento di candidati alla formazione professionale e la permanenza nella professione sotto le nuove condizioni che verrebbero introdotte con questa riforma. Il previsto arco temporale di 5 anni rappresenta in effetti un discreto intervallo di tempo che permetterebbe già di comprendere l'evoluzione, anche in tal senso.

Il Consiglio di Stato intende presentare nel contempo le proprie preoccupazioni per le possibili distorsioni che il fenomeno potrebbe comportare in maniera specifica per il Canton Ticino. Confinante con un Paese di 60 milioni di abitanti linguisticamente e culturalmente affine, il Ticino subisce una forte pressione a seguito della profonda crisi economica e lavorativa che attraversa l'Italia anche per le professioni sociosanitarie, specie nell'ambito pubblico. Da un lato ciò consente alle strutture di poter far capo a questo ampio bacino di personale in un Cantone dove in questi ultimi anni, nonostante gli sforzi formativi intrapresi ed i significativi incrementi di personale indigeno diplomato, in media per due terzi delle forze lavoro infermieristiche occorre comunque ancora ricorrere a operatori frontalieri. D'altro lato però sorge il timore che lo svincolo dall'obbligo della prescrizione medica per talune prestazioni possa indurre il personale infermieristico ad indirizzarsi maggiormente verso l'esercizio indipendente della professione, incrementando in particolare oltre il necessario - in presenza di un obbligo di contrarre conservato - l'attrattiva di queste modalità d'esercizio per il personale infermieristico italiano. Ricordiamo che ormai da una decina di anni la professione infermieristica italiana è basata su un corso di laurea e questo permetterebbe rapidamente un accesso al nostro sistema di un grande numero di liberi professionisti. Se da un lato si rischierebbe di accrescere la pressione economica sul sistema, si potrebbe nel contempo osservare il paradosso di ridurre l'attrattività della professione infermieristica dipendente a favore delle strutture "per tentare la fortuna" nella professione liberale, creando di fatto un'ulteriore riduzione di forze lavoro. Un certo limite a questo fenomeno dovrebbe porlo la limitata estensione delle prestazioni infermieristiche erogabili prescindendo dalla preventiva prescrizione medica. Riteniamo tuttavia importante vigilare sull'evoluzione della situazione e garantire la possibilità di introdurre un regime di moratoria per l'esercizio a titolo indipendente della professione, come previsto dall'avamprogetto di revisione dell'art. 55a LAMal, in analogia al sistema in vigore per i medici. A conferma della preoccupazione espressa giova ricordare che tra il gennaio 2012 e il luglio 2013, quando è venuta a cadere la moratoria, il numero di nuovi medici al beneficio del numero di concordato è aumentato in Ticino del 25%.

Di seguito, codesto Consiglio di Stato presenta le proprie osservazioni puntuali sui singoli articoli. Laddove non vi sono commenti è approvata la proposta di modifica della Maggioranza.

Art. 25a cpv. 2

Pur comprendendo la riflessione corretta che le cure acute transitorie ricadano piuttosto sotto il concetto meglio espresso nel mondo anglosassone del “care” e meno del “cure”, l’applicazione prevista dalla legge è macchinosa e costituirebbe un precedente ed un unicum della LAMal: la prescrizione “congiunta” è una forzatura che nell’applicazione pratica non potrà che presentare problemi. Si ritiene quindi che né la formulazione della maggioranza né quella della minoranza propongano una via percorribile. In particolare la variante della minoranza evita certo l’ambiguità insita nella prescrizione congiunta, ma appare poco coerente con la ratio della riforma.

Idealmente si dovrebbe poter disgiungere l’aspetto finanziario della prescrizione (che dovrebbe restare di competenza medica), ma ancorare nel contempo in maniera più netta la pianificazione della cura infermieristica tramite una prescrizione vincolante da parte dell’infermiere ospedaliero all’indirizzo dell’infermiere competente che prende in carico il caso.

Si propone un nuovo art. 25a cpv. 2 dal tono seguente:

“I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica ed erogate conformemente al piano di cura redatto dall’infermiere competente, sono remunerati dall’assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell’assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a). ...”

Art. 33 cpv. 1bis

Come chiaramente rimarcato a più riprese nel rapporto esplicativo, le prestazioni che potranno essere dispensate da infermieri senza prescrizione medica saranno quelle definite all’art. 7 cpv. 2 lett. a (valutazione, i consigli ed il coordinamento) e lett. c (cure di base) OPre, mentre rimarrà l’obbligo di prescrizione medica per le prestazioni di cui all’art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (esami e cure mediche). Questa delimitazione rappresenta un principio fondamentale della revisione in esame. Di conseguenza riteniamo necessario che venga esplicitata già a livello di legge e non solo successivamente nell’ordinanza. Si potrebbe ad esempio procedervi con una modifica dell’articolo proposto del tenore seguente:

“... ”

b. sono prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento oppure cure di base dispensate da infermieri senza prescrizione o indicazione di un medico.”

Ancorato questo principio nella legge, rimarrebbe poi valida la delega al Consiglio federale di precisare ulteriormente queste prestazioni.

Aderiamo inoltre alla proposta di minoranza di stralcio della lett. c coerentemente con quanto osservato in riferimento all’art. 25a cpv. 2.

Art. 55a cpv. 1 lett. c e d nonché cpv. 2 e 4

È vero che la possibilità prevista da questo articolo di estendere il regime di moratoria per l’esercizio a carico della LAMal anche agli infermieri a livello generale e sul piano nazionale può apparire inutile ed in contraddizione con la situazione di fatto caratterizzata piuttosto da una carenza di personale sanitario. Come affermato nel paragrafo finale delle considerazioni generali, nutriamo tuttavia la preoccupazione che in Ticino si possa assistere ad un afflusso eccessivo di infermieri indipendenti provenienti da oltre confine. Concordiamo quindi appieno sulla necessità di

assicurare ai Cantoni adeguati strumenti di pilotaggio con una soluzione federalista che permetta di tener conto delle singole specificità cantonali.

Vogliate gradire, onorevoli Consigliere e Consiglieri nazionali, i sensi della nostra alta stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:

N. Gobbi

Il Cancelliere:

G. Gianella

Copia a:

- Deputazione ticinese alle camere federali (deputazione@ti.ch);
- Direzione Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch);
- Direzione Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch);
- Ufficio del medico cantonale (dss-umc@ti.ch);
- Pubblicazione in internet.

**CONSEIL D'ETAT**

Château cantonal
1014 Lausanne

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique (CSSS-N)
Monsieur Guy Parmelin
Président de la commission
3003 Berne

Réf. : PM/15018717

Lausanne, le 19 août 2015

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant.

Monsieur le Président,

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud remercie la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national de l'avoir consulté concernant l'avant-projet cité en titre. Ci-après, vous trouverez sa détermination rédigée à l'issue d'une consultation de ses principaux partenaires professionnels de la santé du Canton de Vaud.

1. Position générale

Le Conseil d'Etat relève que cet avant-projet apporte une contribution positive aux dispositions mises en place pour renforcer l'attractivité de la profession en soins infirmiers, l'optimisation de l'usage des ressources et le développement, cas échéant, de nouveaux modèles de soins. Il regrette sur ce dernier point que l'avant-projet soit strictement fondé sur les pratiques actuelles et ne tienne ainsi pas compte des évolutions attendues de ces dernières, telles que les pratiques avancées pour les infirmières. Il estime toutefois que cette modification constitue indéniablement un pas dans la bonne direction et soutient dès lors cet avant-projet.

Le Conseil d'Etat est d'avis que, même s'il s'agit d'un reproche à l'avant-projet, la modification de la LAMal soumise à consultation n'affaiblira en rien le lien privilégié du patient et du médecin. L'avant-projet ne remet en effet pas en question le fait que les mesures diagnostiques médicales et thérapeutiques soient de la compétence du médecin et soient soumises, le cas échéant, à un système de délégation du médecin au personnel de santé.

En ce qui concerne une éventuelle augmentation du volume des prestations, le Conseil d'Etat relève qu'elle ne constitue pour votre Commission qu'une hypothèse. Il n'en demeure pas moins que les surcoûts éventuels seraient répercutés sur l'assurance obligatoire des soins, les patients et les cantons. Le Conseil d'Etat estime dès lors indispensable qu'en sus du contrôle habituel de l'économicité des prestations incombant aux assureurs-maladie, l'autorisation de facturer à charge de la LAMal soit soumise à régulation. Il soutient dès lors votre proposition de modification de l'article 55a LAMal dans ce sens. Cet article étant actuellement limité dans le temps, le Conseil d'Etat considère qu'il doit être pérennisé, faute de quoi le personnel infirmier ne pourrait pas y être soumis.

Enfin, le Conseil d'Etat rejette fermement la proposition de la minorité de votre Commission d'introduire la liberté de contracter pour les infirmiers et infirmières. L'avant-projet a pour

objectif de revaloriser la profession en soins infirmiers et ne doit pas être un prétexte pour introduire la liberté de contracter dans la LAMal.

2. Commentaires article par article de la LAMal

Art. 25 al. 2, let. a et art. 25a, al. 1 et 2

Les modifications sont soutenues par le Conseil d'Etat.

Art. 33 al. 1^{bis}

Le Conseil d'Etat demande l'ajout à la lettre b : « par un infirmier ou par une organisation qui les emploie sans prescription ni mandat médicaux ».

Art. 35, al.2 let.d^{bis}

Le Conseil d'Etat soutient cette formulation, car elle intègre les infirmiers comme fournisseurs de prestations sous leur propre responsabilité pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base et l'art. 35, al. 2 let. e reste applicable pour les prestations de délégation de mesures diagnostiques (p. ex. prescription d'examen radiologique) et thérapeutiques (par ex. prescription de médicaments).

Art. 40a.

Le Conseil d'Etat rejette fermement cette proposition de la minorité de la Commission.

Art. 55a, al.1, let. c et d, et al. 2 et 4

Le Conseil d'Etat est favorable au principe d'une soumission du personnel infirmier à un dispositif de régulation, en parallèle avec la revalorisation proposée, et soutient dès lors la proposition de la Commission dans ce sens. Il relève que pour que cette mesure soit efficace, l'article 55a LAMal devrait être pérennisé, ce qui n'est pas le cas actuellement, sa validité étant en l'état limitée au 30 juin 2016.

En conclusion, sous réserve des remarques qui précèdent, le Conseil d'Etat soutient l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et approuve, dans le sens du rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique, le principe d'accorder plus d'autonomie au personnel infirmier.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, à l'assurance de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LE PRESIDENT


Pierre-Yves Maillard

LE CHANCELIER


Vincent Grandjean

Copies

- Mme Karin Schatzmann, Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne
- OAE
- SSP



Conseil d'Etat
Staatsrat

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



2015.02690

Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de la santé
publique
Monsieur Guy Parmelin, Président
3003 Berne

Date **12 AOUT 2015**

Procédure de consultation : 11.418lv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs les Membres de la Commission,

En réponse à votre invitation du 24 avril 2015 concernant l'objet cité en référence, nous vous faisons part de la position du Gouvernement valaisan.

A titre liminaire, le canton du Valais salue la présente mise en œuvre de l'initiative parlementaire visée en titre dans la mesure où elle nous paraît nécessaire, notamment quant à la revalorisation de la profession d'infirmier(ère).

Nous constatons que le texte de la présente consultation est en adéquation avec la réalité du terrain, à savoir qu'il accorde au personnel infirmier la responsabilité qu'il assume aujourd'hui déjà pleinement dans les faits. A ce titre, le Gouvernement valaisan est persuadé qu'avec une autonomie élargie, les activités de soins seront revalorisées et auront pour conséquence un intérêt renouvelé pour la formation d'infirmier(ère). En ce sens, le texte qui nous est soumis semble atteindre son objectif premier.

Néanmoins, les modifications de la LAMal proposées laissent planer quelques craintes, dont la plus importante réside en un éventuel accroissement du volume des prestations qui aurait pour conséquence une hausse des coûts particulièrement mal venue. Il est en effet difficile aujourd'hui de faire des prédictions quant au développement du nombre d'infirmiers(ères) indépendants et particulièrement à celui d'organismes d'aide et de soins à domicile.

Expérience faite, les statistiques ont démontré que l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations conduit à une augmentation des prestations. Considérant cela, il est impératif que le texte législatif propose des outils susceptibles de mettre un frein au volume des prestations par limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (v. art. 55a al. 1, let. c et d, et al. 2 et 4 de l'avant-projet).

Le Gouvernement valaisan est également d'avis qu'il serait opportun de modifier le texte de la disposition transitoire de l'avant-projet en ce sens : « *Au plus tard 3 ans après l'entrée en vigueur de la modification du ... , le Conseil fédéral remet au Parlement un rapport (...)* ». En effet, nous pensons que le délai de 5 ans prévu est trop long, et ce dans la mesure où il est plus difficile de corriger des effets indésirables après une si longue période. Par conséquent, nous proposons que le Conseil fédéral réévalue la situation au plus tard après 3 ans.



Ad art. 25 al. 2, let. a de l'avant-projet, le Gouvernement valaisan estime qu'il est nécessaire de préciser la notion de l'al. 2^{bis} « *des infirmiers* ». Nous pensons que les conditions de l'art. 49 let. a OAMal doivent être reprises pour définir la formation minimale requise, et que les professions soignantes de niveau secondaire 2 ne sauraient être admises au sens de l'art. 35 al. 2 LAMal.

Synthèse

En définitive, le canton du Valais est d'avis que la présente modification de la LAMal s'avère être une solution opportune pour revaloriser le statut professionnel des infirmiers(ères) et ainsi pallier à la pénurie en personnel soignant.

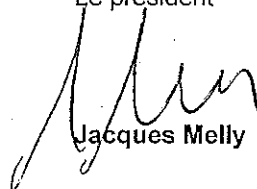
Le Gouvernement valaisan reste néanmoins préoccupé par les incidences financières que pourrait avoir une telle modification. Cela étant, l'application de la « clause du besoin » au personnel infirmier devrait être à même d'interrompre un éventuel accroissement inconsidéré du volume des prestations.

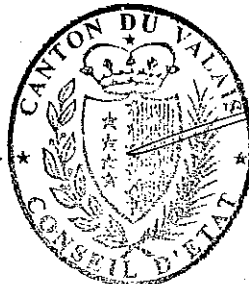
*
* *
*

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs les Membres de la Commission, à l'assurance de notre très haute considération.

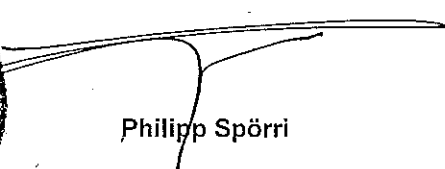
Au nom du Conseil d'Etat

Le président


Jacques Melly



Le chancelier


Philipp Spörri

Copie par courriel :
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Par courriel

Commission de la santé et de la sécurité
Sociale du Conseil national
3003 Berne

11.418 lv.pa. LAMal / Accorder plus d'autonomie au personnel soignant - Procédure de consultation sur un avant-projet de modification de la LAMal de la CSSS-N

Monsieur le président,

Le 24 avril 2015, vous nous avez adressé un courrier par lequel vous nous soumettez un avant-projet de modification de la LAMal voté par votre commission le 15 avril 2015 dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative parlementaire (Joder) citée en titre, en nous priant de vous faire connaître notre avis à son sujet jusqu'au 14 août 2015. Par la présente, nous vous remercions de nous consulter à son sujet.

En substance, l'avant-projet soumis prescrit que le personnel soignant ne doit désormais plus dispenser une partie des prestations de soins, soit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base, sur prescription ou sur mandat d'un médecin, mais doit avoir un accès direct aux patients. Cela s'applique tant au personnel infirmier engagé par un hôpital, un établissement médico-social (EMS) ou une organisation de soins à domicile qu'aux infirmier-ière-s exerçant leur activité à titre indépendant et à leur propre compte.

La modification de la LAMal proposée tend avant tout à revaloriser la profession d'infirmier-ière par l'abandon, en tous les cas partiel, de son statut d'auxiliaire des médecins. Les partisans de l'initiative parlementaire à l'origine de l'avant-projet en attendent une augmentation de l'attractivité de cette profession, une meilleure couverture des besoins en soins en pleine augmentation dans le contexte associé du vieillissement de la population et de la hausse des maladies, ainsi que la réduction des doublons et des démarches inutiles dans un contexte marqué, par ailleurs, par une pénurie annoncée de médecins. Selon le texte de l'initiative, la prescription médicale aujourd'hui obligatoire entraîne également des coûts et une charge administrative inutiles pour les patients qui nécessitent depuis longtemps exclusivement des prestations de soins.

Dans le délai imparti, vous trouverez ci-après notre prise de position. De manière à pouvoir émettre un avis "éclairé", nous vous informons avoir préalablement procédé à une large consultation des acteurs potentiellement concernés dans le canton de Neuchâtel par la modification proposée de la LAMal dans l'avant-projet de votre commission (association d'infirmiers et d'infirmières, associations faïtières d'EMS, organisations d'aide et de soins à domicile, hôpitaux, Société neuchâteloise de médecine).

De manière très générale, ces acteurs manifestent, sur le principe en tous les cas, une position favorable sur l'avant-projet, de même que l'initiative qui en est à l'origine, et considèrent majoritairement - surtout les acteurs institutionnels, les autres ne s'exprimant pas - que la réglementation proposée ne devrait pas conduire à une augmentation des coûts en ce qui les concerne. En effet, ceux-ci sont déjà compris pour l'essentiel dans des forfaits, dont on sait par expérience qu'ils ne poussent pas à la consommation, bien au contraire. Est bien sûr réservée l'augmentation des coûts inhérente à la hausse des besoins en soins dans le contexte évoqué plus haut des évolutions démographique et épidémiologique. Quelques acteurs émettent des réserves sur certaines propositions de l'avant-projet et/ou expriment le souhait que certaines clarifications soient encore apportées à la réglementation proposée, en particulier concernant la définition des prestations que les infirmier-ière-s pourraient fournir sans mandat médical en vertu de l'avant-projet. Nous les reprendrons pour partie à notre compte dans la position que nous émettrons sur certains des articles de l'avant-projet. Quelques-uns ont émis des préoccupations ou remarques plus générales tout à fait légitimes sur les revendications sous-jacentes à l'initiative à l'origine de l'avant-projet que nous faisons nôtres. Nous pouvons relever en particulier les points suivants:

- cette volonté d'autonomie des infirmier-ière-s ne signifie pas qu'il ne doit pas y avoir coordination des soins entre le personnel infirmier et les médecins notamment, cela dans l'intérêt bien compris des patients et que cette activité leur prendra malgré tout un certain temps;
- la volonté de favoriser une meilleure utilisation des ressources à disposition et de conférer plus d'autonomie aux professions de soins ne doit pas se limiter à la relation médecins – infirmier-ière-s, mais doit s'étendre à d'autres professions du domaine de la santé collaborant notamment avec le personnel infirmier, dont les assistant-e-s en soins et santé communautaires (ASSC) qui ont aujourd'hui encore un peu de peine à trouver leur place dans certaines institutions car confronté-e-s à une organisation et à un fonctionnement très infirmiers;
- la délimitation entre les prestations de soins que le personnel infirmier peut exercer sous sa propre responsabilité et celles qu'il ne peut fournir que sur mandat médical doit être clairement fixée. En effet, il n'est pas opportun de prévoir des prestations pour lesquelles il y aurait une sorte de coresponsabilité, avec une double prescription médicale et infirmière.

De son côté, le Conseil d'Etat considère également, de manière générale, que l'objectif poursuivi et les préoccupations exprimées par l'initiative parlementaire Joder et reprises dans l'avant-projet de votre commission peuvent être soutenues à plusieurs titres:

- le personnel infirmier dispose, par sa formation poussée, des compétences professionnelles nécessaires pour dispenser les prestations concernées par l'avant-projet sans mandat médical. Il s'agit de prestations au cœur des professions des soins (soins de base) qui sont, selon les acteurs que nous avons consultés, de fait déjà aujourd'hui assumées de manière très autonome par le personnel infirmier. Ainsi, le mandat médical est, dans les faits, souvent plutôt une ratification médicale n'apportant pas de plus-value

particulière, si ce n'est le fait que le médecin aura cette information dans son dossier; il ne s'agit donc pas d'octroyer de nouvelles compétences à ce personnel. A ce titre, l'avant-projet et l'initiative ne concernent pas la question de l'Advanced Nursing Practice et de la prise de nouvelles compétences par le personnel infirmier qui y est liée;

- il s'agit d'accorder également au personnel infirmier, sur le plan légal, la responsabilité qu'il assume aujourd'hui déjà souvent dans le domaine des soins à domicile. De la sorte, les activités de soins sont revalorisées et l'attrait des professions des soins est globalement augmenté. Ces effets attendus sont souhaitables dans la perspective du (futur) accroissement des besoins en soins et de la pénurie annoncée ou déjà existante de personnel;
- il s'agit d'utiliser au mieux des ressources que l'on sait "chères" et que l'on annonce insuffisantes pour couvrir l'augmentation annoncée des besoins en soins. Les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination dans des situations de soins complexes vont notamment encore gagner en importance à l'avenir. Accorder également sur le plan légal la responsabilité de ces prestations au personnel infirmier permet de décharger le personnel médical de tâches sans grande valeur ajoutée.

Il n'en demeure pas moins que l'avant-projet, tout comme l'initiative qui en est à l'origine suscitent un certain nombre d'inquiétudes tout à fait légitimes, sur lesquelles nous pouvons émettre l'appréciation suivante et qui pourraient justifier de prévoir quelques garde-fous.

- La crainte existe tout d'abord que la nouvelle réglementation entraîne un accroissement du volume des prestations et donc une hausse des coûts, parce que le personnel infirmier peut dispenser des prestations sans mandat médical. En effet, on peut imaginer notamment que des organisations d'aide et de soins à domicile à but lucratif adaptent en conséquence leurs processus et activités.

A cet égard, nous pouvons relever que la majorité du personnel infirmier travaille aujourd'hui (encore) dans des hôpitaux, des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) sans but lucratif (comme NOMAD dans le canton) et que, dans ce cas, le fournisseur de prestations est une de ces institutions dont le personnel médical est l'employé et qui n'a donc pas d'intérêt particulier à pousser à la consommation. En 2012, cela représentait environ 90.000 infirmier-ière-s du degré tertiaire 1. Pour le surplus, les prestations concernées sont incluses dans des forfaits, mode de rémunération dont on sait qu'il ne pousse pas à la fourniture de prestations "inutiles" bien au contraire, et donc le risque évoqué plus haut est fortement limité. En comparaison à la statistique évoquée plus haut, il convient de souligner que, selon la statistique 2012 de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, 650 infirmier-ière-s seulement exerçaient à leur compte. Il n'en demeure pas moins que la crainte exprimée plus haut n'est pas totalement infondée.

En effet, le canton de Neuchâtel est confronté depuis lors à une augmentation très sensible du groupe des infirmier-ière-s indépendant-e-s et exerçant à leur compte entraînant une hausse importante et difficilement maîtrisable des coûts à la charge de l'AOS et du canton en lien avec les prestations fournies. Depuis 2011, leur nombre a presque doublé, passant ainsi d'une cinquantaine à une centaine aujourd'hui. On constate également un fort développement, ces dernières années, des organisations de soins à domicile privées, dont on peut s'attendre à ce qu'elles se spécialisent de plus en plus dans le domaine des soins de base abordés dans l'avant-projet. Ce développement a un coût à la charge de l'AOS, mais aussi du canton. Le financement résiduel des soins pour le personnel infirmier indépendant a ainsi évolué de 530.000 francs pour l'année 2011 à une estimation de 1.890.000 francs en 2015. Cette situation s'explique certainement en partie par le vieillissement de la population et l'évolution de certaines maladies associées

mais aussi, sur le plan du canton, par la volonté politique forte exprimée de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans le contexte de la planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS). Mais est-ce totalement le cas? On peut, en effet, se poser la question de savoir si l'augmentation connue du nombre de prestataires de soins et du volume de prestations concernées par l'avant-projet est totalement corrélée à ces évolutions; il est difficile d'y répondre. Actuellement elle s'inscrit dans un cadre où les infirmier-ière-s ou les OSAD à but lucratif travaillent sur prescription médicale. Qu'en sera-t-il le jour où cela ne serait plus le cas? Cela dit, il convient d'atténuer cette crainte en relevant que les assureurs-maladie assumeront de toute façon également à l'avenir une fonction de „gatekeeper“ par le contrôle des factures qui leur incombent. Qu'il s'agisse de prestations de soins sur prescription médicale ou sans prescription médicale ne joue à cet égard aucun rôle. Par ailleurs, les tarifs de soins existants sont relativement modestes en comparaison avec ceux d'autres prestations (y compris de soins) et branches. On peut considérer que cela pourra constituer un frein au lancement d'une activité à titre indépendant. Mais cela reste à vérifier.

- Par ailleurs, certaines personnes craignent que d'autres groupes de professions non médicales (physiothérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, logopédistes, diététicien-ne-s, notamment) présenteront également les mêmes exigences que le personnel infirmier (fourniture de prestations sans prescription médicale).

L'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) oppose à cette crainte le fait que les soins de base - qui doivent désormais être fournis par le personnel infirmier de manière autonome et sans prescription médicale - constituent des prestations spécifiquement de soins qui se distinguent clairement des prestations diagnostiques et médico-thérapeutiques effectuées par les autres groupes de professions. Pour cette raison, les prestations dites de soins de traitement (art. 7 al. 2 let. b OPAS) continuent à n'être autorisées que sur prescription médicale. Les prestations d'autres groupes de professions, par exemple du domaine thérapeutique, relèvent typiquement du domaine du traitement médical, raison pour laquelle ces groupes de professions ne pourraient pas s'appuyer sur l'argumentation utilisée en vue de la reconnaissance légale de la responsabilité des soins.

Le Conseil d'Etat considère qu'un moyen terme pourrait toutefois être envisagé pour remédier à inquiétude: le personnel infirmier pourrait déterminer les prestations nécessaires de manière autonome dans son domaine de compétence, par analogie aux autres groupes de professions non médicales (physiothérapie, ergothérapie, diététique, logopédie), sans pour autant être admis comme "prestataire direct à la charge de l'AOS". Les limitations spécifiques pour les soins selon l'art. 8 OPAS devraient pour cela être assouplies. Le "principe des quatre yeux", auquel est aujourd'hui attribué un effet de limitation du volume des prestations, serait tout de même abandonné. En même temps, aucune décharge administrative perceptible ne surviendrait pour les médecins.

- L'avant-projet prévoit également le renforcement du rôle de la profession d'infirmier-ière et la reconnaissance juridique de la responsabilité des soins, ce qui pourrait engendrer des demandes de revalorisation de la profession et partant, une augmentation des salaires. On peut en effet s'attendre à ce que plus ce type de personnel avec formation de degré tertiaire est nécessaire au maintien de soins de haute qualité et a une fonction centrale dans ce cadre, plus il risque d'exiger une rémunération correspondant à son niveau formation, avec les incidences financières correspondantes pour les assureurs-maladie, les assurés et les cantons.

Le Conseil d'Etat, comme un certain nombre d'institutions consultées, est d'avis que cette crainte n'est pas totalement infondée. L'expérience montre que des revendications en

termes de rémunération s'expriment en général soit lorsque les professionnels assument de nouvelles tâches et une plus grande responsabilité, soit lorsque la rémunération ne correspond pas à la formation et aux activités réalisées. En l'occurrence, concernant le premier point, encore faudra-t-il que le personnel infirmier assume effectivement de nouvelles compétences et tâches ou responsabilités, ce qui ne paraît pas être le cas selon les auteurs même de l'initiative à l'origine de l'avant-projet sans que l'on ne puisse l'exclure. Quant au second point, il n'est pas en lien direct avec l'initiative qui est à l'origine de l'avant-projet de votre commission (pas de modifications dans la formation au degré tertiaire).

Pour le surplus, il convient de relever que les cantons disposent, au travers de l'art. 25a LAMal, de la compétence pour régler le financement résiduel dans le financement des soins. A ce titre, ils ont eux-mêmes en main le contrôle sur les ressources octroyées et ainsi indirectement également sur les rémunérations versées.

S'agissant maintenant des articles de l'avant-projet, nous sommes en mesure de nous positionner comme suit sur un certain nombre d'entre eux:

- **Art. 33, al. 1bis**

Il nous paraît indispensable de conserver une définition claire et précise des rôles respectifs du médecin et de l'infirmier-ière. Dans ce contexte, nous soutiendrions plutôt l'avis de la minorité qui supprimerait la lettre c du projet de modification de l'article 33 al. 1bis concernant la prescription conjointe entre ces derniers;

- **Art. 35 al 2, let. d**

Nous réitérons notre préoccupation concernant l'établissement d'une liste précise des mesures d'évaluation, de conseil, de coordination et des soins de bases qui seraient touchées. Il nous apparaît important que les soins de traitement restent dans le domaine de la prescription médicale. La formation du personnel concerné doit également être traitée de manière fine et pertinente;

- **Art. 40 a**

Nous n'appuyons pas la position de la minorité demandant l'application du principe de la liberté de contracter s'agissant de l'admission du personnel infirmier à pouvoir exercer directement à charge de l'AOS. L'application de ce principe se révélerait problématique pour des patients souvent âgés qui devraient constamment changer d'infirmier-ière en fonction des décisions d'admission prises par les assureurs-maladies, ce qui nuirait à la continuité de leur prise en charge. Le Conseil d'Etat est plutôt favorable à l'outil proposé à l'art. 55a de son projet;

- **Art. 55a**

Nous saluons la proposition de modification de l'art. 55a LAMal consistant à donner la faculté aux cantons d'étendre le régime de la clause du besoin aux infirmier-ière-s. Il nous paraît que cela constitue un garde-fou permettant de répondre à la crainte exprimée par certains - pas tout à fait infondée au regard de la situation connue dans le canton de Neuchâtel depuis quelques années déjà, même dans le cadre légal actuel -, de voir avec l'avant-projet une augmentation importante du nombre de ces professionnels désirant s'installer et exercer à titre indépendant et à leur propre compte et pratiquer à charge de l'AOS ainsi que du volume de prestations fournies, avec les incidences financières qui en découlent.

Il convient toutefois d'émettre deux réserves:

1. comme l'expérience le démontre avec les médecins, l'application d'une clause du besoin n'est pas chose aisée pour les cantons. Il est souvent difficile de démontrer le besoin (demande) ainsi que de connaître l'activité réelle des prestataires (offre) et donc de prendre des décisions en toute connaissance de cause, notamment conduisant au non-octroi d'une autorisation de pratiquer à charge de l'AOS qui ne soit pas attaquable,
2. l'application d'une clause du besoin est une activité consommatrice en temps, en ressources humaines et financières dont les cantons manquent souvent déjà. Il s'agira d'évaluer si et dans quelle mesure il y a une vraie valeur ajoutée à introduire un tel régime.

- **Disposition transitoire**

Nous saluons cette proposition, en relevant qu'il sera difficile de revenir en arrière si ce rapport devait démontrer des effets financiers importants résultant de la modification.

En vous remerciant de nous avoir consulté, nous prions de croire, Monsieur le président, à l'expression de notre parfaite considération.

Neuchâtel, le 14 août 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND



M. Maire-Hefti

S. Despland

Distribution :

- Commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil national, 3003 Berne..... 1
karin.schatzmann@bag.admin.ch et dm@bag.admin.ch
- DFS 1
- SCSP 2
- Chancellerie 1



CHA - SACE
Case postale 3964
1211 Genève 3

Office fédéral de la santé publique
Madame Karin SCHATZMANN
3003 Berne

N° du courrier : 4897-2015

Genève, le 24 juin 2015

Concerne : Initiative parlementaire 11.418. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Madame,

La Chancellerie d'Etat nous prie de vous transmettre, sous ce pli, une copie du courrier adressé ce jour, à Monsieur Guy Parmelin, président de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique, relatif à l'objet mentionné sous rubrique.

Veuillez agréer, Madame, l'assurance de notre considération distinguée.


Service administratif
du Conseil d'Etat

Annexe mentionnée

AmtL	GP	KLV	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
SpD	KRC					MT
SpD						BioM
KOM	25. Juni 2015					AS Chem
Kamp						LMS
Int	510.0004-26					Str
RM						Chem
P + O	I + S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV



Genève, le 24 juin 2015

Le Conseil d'Etat

4987-2015

COPIE

Conseil national
Monsieur Guy Parmelin
Président de la Commission de la
sécurité sociale et de la santé publique
(CSSS-N)
3003 Berne

Concerne : Initiative parlementaire 11.418. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt de votre courrier du 24 avril 2015 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), proposée dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative parlementaire citée en marge.

De façon générale, nous approuvons l'avant-projet précité, qui revalorise le statut professionnel des infirmiers, prend mieux en considération leurs compétences spécifiques et renforce leur rôle dans le système de soins.

Accorder plus d'autonomie au personnel soignant et renforcer son rôle dans la prise en charge des soins à domicile devraient accroître l'attrait du métier, un sujet auquel nous sommes particulièrement attentifs dans le contexte actuel de pénurie. En effet, notre Conseil a mandaté, dès 2011, un groupe de travail chargé d'élaborer des solutions pour lutter contre la pénurie des professionnels de santé dans le canton de Genève, notamment dans le domaine infirmier.


Cela étant, il est difficile d'estimer les effets de ce changement légal sur le volume des soins dispensés et de leurs impacts financiers. Il s'agit d'un transfert de compétences des médecins au personnel infirmier. Il est donc indispensable d'étendre aux infirmiers la

limitation de l'admission des fournisseurs de prestations en fonction du besoin et nous approuvons entièrement la proposition de modification de l'article 55a LAMal en ce sens.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce courrier et vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre parfaite considération.

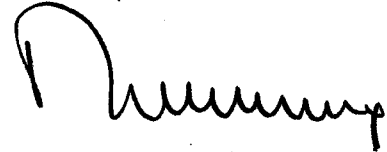
AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Anja Wyder Guelpa

Le président :



François Longchamp

Copie à : Mme Karin Schatzmann, Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
M. Guy Parmelin
Président de la commission
3003 Berne

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 30 juin 2015

Conseil national

11.418 lv.pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président,

Le Gouvernement jurassien remercie vivement la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national de lui offrir la possibilité, par sa lettre du 24 avril 2015, de donner son avis dans le cadre de la procédure de consultation sur les modifications de la LAMal afin d'accorder plus d'autonomie au personnel soignant. Le Gouvernement vous remet sa prise de position dans le délai imparti et vous remercie de bien vouloir prendre en compte son avis.

Contenu. Le projet vise à modifier les articles 25, 33, 35, 40 et 55 LAMal afin que le personnel infirmier puisse désormais fournir une partie des prestations de soins (**évaluation, conseil, coordination, soins de base**), en ayant directement accès aux patients, sans que ces prestations soient prescrites par un médecin. Cette modification s'appliquerait à celles et ceux qui exercent leur activité à titre indépendant et à leur propre compte ainsi qu'au personnel infirmier engagé par un hôpital, par un EMS ou par un organisme de soins et d'aide à domicile.

Réserves émises lors des débats parlementaires. Une minorité parlementaire propose que les prestations de soins aigus et de transition soient prescrites *par le médecin, après consultation du personnel infirmier*. En d'autres termes, le médecin conserve la compétence de prescrire, en associant les professionnels. Une autre minorité propose - pour éviter l'augmentation injustifiée des prestations ambulatoires - d'introduire, pour les assureurs, la *liberté de contracter* pour le personnel infirmier indépendant et à son propre compte.

Position de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Le comité directeur de la CDS a traité ce projet. Constatant un tableau équilibré entre soutien et refus, le comité a décidé de ne pas formuler de prise de position, mais de faire parvenir aux cantons l'inventaire des arguments favorables et défavorables (courrier du 9 juin 2015).

Position du canton du Jura

L'initiative parlementaire 11.418 Iv.pa a le mérite d'offrir une solution (parmi d'autres) au problème de l'accroissement de la demande de soins dans la population vieillissante. Elle entend transférer certaines compétences des médecins au personnel infirmier notamment et porter les prestations qui en découlent à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les prestations visées font déjà partie des activités du personnel de soins, exercées sous sa propre responsabilité. Pour toutes ces raisons, et au niveau conceptuel, c'est une solution d'avenir à laquelle se rallie le canton.

Le Gouvernement jurassien peine cependant à comprendre pourquoi la commission parlementaire a placé au premier plan de ses considérations certains arguments corporatistes peu pertinents à l'heure où toutes les professions de la santé peuvent se prévaloir d'être valorisées et renforcées dans les mêmes termes d'*image*, de *statut* et d'*attrait*. Conséquence prévisible de cette approche, d'autres corps de métier sont légitimés à revendiquer la même autonomie. Le Gouvernement déplore qu'aucune comparaison internationale n'ait été présentée en complément aux motifs invoqués.

Si le Parlement modifie la loi selon l'initiative parlementaire, les exécutifs cantonaux devront affronter les problèmes factuels qu'elle engendre. De ce point de vue, les aspects suivants doivent être mieux réglés au préalable :

1. Là où doit prévaloir l'unité de doctrine et la complémentarité professionnelle, la commission introduit un nouveau rapport de force (*renforcer la position...*). Qui arbitrera les litiges? Devant quelle autorité devront rendre compte de leur activité les infirmiers-ières indépendants-tes ou à leur compte ? Qui contrôlera les devoirs professionnels ? Qui prononcera les sanctions annoncées ? On voit que le canton et ses institutions seront directement concernés dans la résolution de conflits de compétence.
2. Les soins aigus et de transition devraient désormais être prescrits *ensemble par le médecin et le personnel infirmier*. Cette forme de gouvernance n'est pas praticable. Le canton soutient à ce titre la minorité Cassis et al. qui rétablit un rapport fonctionnel dans les soins aigus et de transition.
3. L'évolution des coûts est imprévisible. La CDS met en évidence un classique du genre : voir davantage de fournisseurs et dispenser plus de prestations dans le créneau des soins de base iraient à l'encontre de l'objectif général. Ici aussi, le canton est directement concerné dans sa participation au financement des soins notamment. Les effets de cette initiative sur l'évolution des coûts de la santé n'est pas garantie, et la question est bien de savoir si des besoins effectifs seraient mieux couverts par les délégations prévues. Or, cet aspect nous semble peu documenté.
4. La solution unilatérale du personnel infirmier est de nature à susciter des revendications dans les autres groupes professionnels. Le canton et ses institutions seront confrontés au caractère préjudiciel de la loi.

En guise de conclusion, le Gouvernement jurassien salue le travail de la commission parlementaire et sa volonté de faire face aux besoins à venir en matière de soins médicaux. Cependant il demande :

- que les prestations qui peuvent être fournies sans prescription ou délégation d'un médecin - et par quel personnel infirmier - soient inscrites précisément dans la loi ;
- que les incertitudes systémiques attachées à la solution proposée (gouvernance, unité de doctrine, impact financier direct, impact sur les autres professions de santé) soient réglées ;
- un complément d'information sur les pratiques et l'expérience européenne et nord-américaine en la matière aux fins d'apporter des réponses pragmatiques aux problèmes évoqués ;
- que soient exposées et discutées avec les cantons les responsabilités qui attendent ces derniers avec la révision de la loi ;
- un monitoring de l'évolution des prestations fournies sans prescription médicale.

Le Gouvernement jurassien souhaite qu'on tienne compte de ses remarques lors de l'élaboration de la version définitive.

En vous remerciant de l'avoir consulté, le Gouvernement jurassien vous présente, Monsieur le Président, l'expression de ses sentiments distingués.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Michel Thentz
Président




Jean-Christophe Kübler
Chancelier

Copies par courriel à : karin.schatzmann@bag.admin.ch et dm@bag.admin.ch



Versand per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
Guy Parmelin
Präsident

Bern, 16. Juli 2015

43.2/AG

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege: Stellungnahme der GDK

Sehr geehrter Herr Parmelin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Rahmen der oben genannten Parlamentarischen Initiative Stellung zu nehmen.

Der Vorstand der GDK hat die Vorlage behandelt und aufgrund der geführten Diskussion entschieden, die kantonalen Gesundheitsdepartemente direkt dazu Stellung nehmen zu lassen. Die GDK verzichtet auf eine eigene Stellungnahme.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Michael Jordi
Zentralsekretär



CVP Schweiz, Klaraweg 6, Postfach 5835, 3001 Bern

Bundesamt für Gesundheit

karin.schatzmann@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 13. August 2015

Vernehmlassung: 11.418 Pa. Iv. Joder. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur obengenannten parlamentarische Initiative Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die 2011 eingereichte parlamentarische Initiative verlangt eine Gesetzesrevision, die die Aufwertung des Berufsstatus der Pflegefachpersonen (HF FH) zum Ziel hat. Die CVP unterstützt die Vorlage. Pflegefachpersonen, insbesondere in der Grundpflege, sollen vermehrt in eigener Verantwortung tätig sein. Die demographische Entwicklung zeigt eine starke Alterung der Bevölkerung, die zum Pflegenotstand führen kann. Diese Entwicklung wird durch die im Moment nur kurze Berufsaktivität von Pflegefachpersonen von zehn bis fünfzehn Jahren noch verschlechtert. Auch gerade deshalb ist diese Gesetzesrevision nötig, um die Attraktivität des Berufes zu steigern und so die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern. Dabei muss aber der Patientenschutz im Zentrum der Vorlage stehen.

Die CVP begrüsst die, durch die Kommission vorgeschlagenen KVG Anpassungen, die dazu führt, dass der Bundesrat Leistungen festlegt, die ohne ärztliche Anordnung von der Pflegefachperson erbracht werden können. In diesem Sinn sollen Pflegefachpersonen keine Carte Blanche bei der Anordnung von pflegerischen Massnahmen haben.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Christophe Darbellay
Präsident CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

Christlichdemokratische Volkspartei

Klaraweg 6, Postfach 5835, 3001 Bern
T 031 357 33 33, F 031 352 24 30,
info@cvp.ch, www.cvp.ch, PC 30-3666-4

FDP.Die Liberalen, Postfach 6136, 3001 Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SGK-N)
Parlament
3003 Bern

13. August 2015 / CJR
Pa. Iv. 11.418 Joder

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Vernehmlassungsantwort der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

1. Einführende Bemerkungen

FDP.Die Liberalen lehnt die Vorlage in dieser Form ab. Das Ziel einer stufengerechteren Verteilung der Kompetenzen im Gesundheitswesen wird an sich unterstützt. Wir verweisen diesbezüglich auf das überwiesene Postulat von NR Ignazio Cassis zum Thema Task Shifting (12.3619).

Die pa. Iv. Joder hängt jedoch eng mit dem Gesundheitsberufegesetz (GesBG) zusammen; eine Umsetzung der pa. Iv. bevor das GesBG vorliegt, macht keinen Sinn. Daher soll die Umsetzung der pa. Iv. Joder entweder sistiert werden, bis das Gesundheitsberufegesetz nach der Vernehmlassung *grundlegend* überarbeitet worden oder das Anliegen der pa. Iv. Joder in das GesBG integriert worden ist. Damit wäre gewährleistet, dass die neuen Regelungen „aus einem Guss“ kommen. Weiter bemängeln wir, dass sich der Zweck der Vorlage stark auf die „Emanzipierung“ eines Berufsstandes konzentriert und nicht Qualität der Leistungen, kürzere Entscheidungswege, das Wohle der Patienten und die Wirtschaftlichkeit im Zentrum stehen.

2. Kompetenzordnung und Governance

FDP.Die Liberalen fordert klare Kompetenzordnungen und Governance-Strukturen im Gesundheitswesen. Daher unterstützen wir die Minderheiten Cassis bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs. 1 bis Bst. c: Es muss klar definiert sein, wer jeweils die Entscheidungskompetenz hat und es darf nicht, wie von der Mehrheit vorgeschlagen, Zwischenstufen geben. Wenn im Gesetz nun vorgeschrieben wird, dass Ärzte und Pflegefachpersonen in gewissen Bereichen Entscheide gemeinsam fällen müssen, entstehen zwangsläufig Konflikte und/oder Doppelspurigkeiten. Des Weiteren ist nicht geregelt, was passiert, wenn die beiden Entscheidungsträger nicht einer Meinung sind. Auch versicherungstechnisch stellen sich bei der vorgeschlagenen, schwammigen Kompetenzordnung schwierige Haftungsfragen. „Zwischenstufen“ müssen daher im Zweifelsfall ärztlich geregelt sein (denkbar wäre eine Positivliste der Kompetenzen für Pflegeberufe).

3. Gefahr eines Kostenschubs

Die Mengenausweitung ist im Gesundheitswesen ein generelles Problem der OKP. Wenn neu zusätzliche Leistungserbringer selbstständig abrechnen können, ergibt sich damit die Gefahr eines Kostenschubs und höherer Prämien. In vielen Bereichen wird mit dieser Vorlage im Gesetz festgehalten, was eigentlich bereits gängige Praxis ist. Diese gesetzliche Anerkennung der Pflegeberufe ist in diesem Sinne richtig, darf aber an sich nicht zu höheren Lohnforderungen führen, da die Anpassung der Kompetenz-

ordnung lediglich die gelebte Realität widerspiegelt. Höhere Lohnforderungen brauchen eine effektive Kompetenzerweiterung.

Die Einführung der Möglichkeit, selbstständig im KVG abrechnen zu können, ist ein Systemwechsel mit ungewissem Ausgang. Die Mengenausweitung ist im Gesundheitswesen ein ernst zu nehmendes Problem. Die FDP fordert, dass die Neuregelung zuerst in einem zeitlich und geographisch beschränkten Pilotprojekt angegangen wird.

Um eine Kostenkontrolle zu garantieren, fordern wir ausserdem, dass die neue Regelung auf integrierte Versorgungsnetze beschränkt wird. Integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung sind unternehmerisch freier und daher flexibler in der Kompetenzordnung. Alternativ wäre ebenfalls die Stossrichtung der Minderheit Bortoluzzi denkbar (neue Regelung nur im Rahmen einer Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer).

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse

FDP.Die Liberalen
Der Präsident

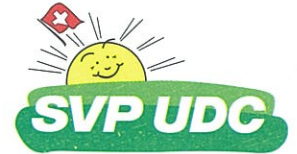


Philipp Müller
Nationalrat

Der Generalsekretär



Samuel Lanz



Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates
Kommissionspräsident
Guy Parmelin
Bundeshaus
3003 Bern

Bern, 10. August 2015

Parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“

Antwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne äussern wir uns wie folgt:

Obwohl sich die SVP mit dem grundsätzlichen Ziel der Initiative, nämlich der Aufwertung des Pflegeberufes, einverstanden erklären kann, ist der vorgeschlagene Weg doch kritisch zu hinterfragen.

Es ist anzunehmen, dass mit der Aufnahme der Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sich eine Mengenausweitung einschleicht, welche am Schluss vor allem die Prämien belastet und das System weiter verkomplizieren wird. Mehr Leistungserbringer werden automatisch mehr Leistungen auf Kosten der Allgemeinheit erbringen. Schon jetzt vorhersehbare Abgrenzungsprobleme zu alters- und sozialbedingten Leistungen und unklare Verantwortlichkeiten schaffen zudem neue Probleme und lassen unabsehbare Kostenfolgen erahnen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass sich auch der Lohnanspruch für Pflegefachpersonen mit höherer Ausbildung nach oben nivellieren wird. Letztendlich ist damit dem Pflegeberuf nicht gedient, da nur die verakademisierte Form der Pflege davon profitieren wird. Die an sich wichtigste unterste Pflegestufe wird damit einmal mehr vernachlässigt.

Die beiden Minderheitsanträge Cassis und Bortoluzzi sind zu unterstützen. Die Vertragsfreiheit ist zwingend zu gewähren, um einer möglichen Mengenausweitung adäquat begegnen zu können.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident



Toni Brunner
Nationalrat

Der Generalsekretär



Martin Baltisser



Office fédéral de la santé publique
Section Prestations médicales
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Berne

Envoi par courriel :
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Berne, le 13 août 2015

11.418 lv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant Procédure de consultation

Monsieur le Président,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à mettre en œuvre l'initiative parlementaire mentionnée sous rubrique, ainsi que de nous avoir transmis les documents y afférents.

Appréciation générale

Le Parti socialiste suisse (PS) salue la volonté de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) de revaloriser l'image des infirmières et des infirmiers. Nous partageons pleinement les préoccupations de l'auteur de l'initiative parlementaire, à savoir la nécessité d'accorder une reconnaissance plus importante au travail du personnel soignant dans un contexte où le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques accroîtront les besoins en soins. Selon les estimations de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), le nombre de personnes âgées dépendantes des soins va augmenter de 46% d'ici à 2030 s'établissant à 182'000 personnes (au lieu des 125'000 en 2010). Cela sans compter le fait que les évolutions dans le système de santé et le transfert du domaine stationnaire à l'ambulatoire vont également contribuer à l'augmentation de ces besoins. De même, le PS convient que reconnaître l'autonomie du personnel soignant pourrait avoir un effet positif sur le recrutement alors que la Suisse fait face à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Toujours selon l'Obsan, les besoins en soins additionnels nécessiteront l'engagement de 25'000 personnes supplémentaires, ce qui rend compte de l'urgence d'agir afin de se parer à ces évolutions. Le PS s'attend également à ce que cette reconnaissance contribue à freiner la hausse des dépenses de la santé puisque les médecins devront moins être sollicités.

**Parti socialiste
suisse**

Spitalgasse 34
Case postale · 3001 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



Commentaire des dispositions

- Art. 25, al. 2, let. a :

Le dispositif proposé par la commission devrait introduire davantage de clarté. Elle permet de délimiter clairement les prestations de soins fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier (en stationnaire) et les soins dispensés en ambulatoire (art. 25a). Le PS approuve cette clarification. Il soutient de même l'ajout du chiffre 2^{bis} mentionnant les infirmières et les infirmiers. Désormais, le personnel soignant pourra dispenser les prestations selon l'art. 7, al 2, let. a et c de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) de son propre chef. Concrètement, celles-ci portent sur l'évaluation des besoins de la patiente et du patient, le conseil et la coordination des mesures et dispositions ainsi que les soins de base. Les mesures diagnostiques et thérapeutiques demeurent sous la réserve d'une prescription d'un médecin (art. 25, al. 2, let. a, ch. 3 LA-Mal). Cette disposition au caractère symbolique apportera une reconnaissance désormais explicite à une pratique qui est aujourd'hui déjà usuelle.

- Art. 25a, al. 1 et 2 :

Le dispositif proposé fait une distinction, à l'al. 1, entre les soins qui sont dispensés sur prescription ou sur mandat d'un médecin et ceux qui le sont sans prescription ou mandat d'un médecin. Autrement dit, les infirmières et les infirmiers auront la possibilité de fournir des prestations de soins de base ainsi que des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination de manière autonome. Les soins de traitement continueraient à requérir l'accord d'un médecin. Le PS est favorable aux modifications proposées.

Quant à l'alinéa 2, le PS suivra la proposition de la majorité de la commission. Selon celle-là, les prestations de soins aigus et de transition qui sont nécessaires consécutivement à un séjour hospitalier seront prescrites ensemble par le médecin et le personnel infirmier. Aux yeux du PS, il est important que les soins qui peuvent être dispensés par le personnel soignant de manière autonome le soient aussi en phase aiguë et de transition. En d'autres mots, il faut que l'autonomie des infirmier-ère-s soit également reconnue dans le domaine stationnaire. En acceptant la proposition de la minorité Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret et Stolz, le Parlement irait à l'encontre des intentions de la révision.

- Art. 33, al. 1^{bis} :

Selon cette disposition, le remboursement des prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques est supposé implicitement et est donc régi par le principe de la confiance. En revanche, le principe de la confiance ne s'applique pas aux prestations effectuées par les infirmières et les infirmiers. En effet, il incombe au Conseil fédéral de désigner les prestations fournies sur prescription ou mandat d'un médecin, les prestations ne nécessitant par la prescription ou le mandat d'un médecin (évaluation, conseil, coordination et soins de base) et les prestations prescrites conjointement (soins aigus et transitoires). Le PS soutient l'introduction de cet alinéa et rejette la minorité Bortoluzzi, de Courten et Parmelin afin de rester conforme aux modifications apportées à l'art. 25a, al. 2.

- Art. 35, al. 2, let. d^{bis} et art. 40a :

Le PS soutient sans réserve l'introduction de cet alinéa mentionnant explicitement les infirmières et les infirmiers autorisé-e-s à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Par contre, il rejette catégoriquement la minori-



té Bortoluzzi, de Courten et Parmelin, qui souhaite introduire la liberté de contracter dans notre système de santé par la petite porte en ajoutant au projet l'article 40a. Premièrement, nous tenons à rappeler le caractère hautement controversé d'une telle mesure sur le plan politique, car elle induit *de facto* une restriction de la liberté de choix du fournisseur de prestations. La restriction d'une telle liberté fut – pour rappel – l'une des raisons principales du rejet populaire massif du projet « Managed Care » en 2012. Deuxièmement, appliquer le principe de la liberté de contracter aux infirmières et aux infirmiers prêterait gravement les objectifs de la révision, voire même sa réussite. En effet, l'activité du personnel infirmier dépendrait de la bonne volonté des caisses-maladie si bien que l'on ne parviendrait pas à renforcer leur autonomie. Enfin, le PS estime qu'une telle disposition pourrait engendrer des surcoûts administratifs. Ainsi cela pourrait finalement conduire à une situation où il serait systématiquement nécessaire de vérifier si les prestations ont été dispensées avec ou sans l'accord d'un médecin avant de pouvoir déterminer le droit du fournisseur de prestations à être remboursé.

- Art. 55a :

Bien que le PS eût souhaité – de manière générale – une solution plus satisfaisante en ce qui concerne le pilotage dans le domaine ambulatoire que l'automatisme suggéré à l'alinéa 2 (solution qui a été définitivement adoptée par la commission en ce qui concerne les médecins), il approuve la modification de cet article afin que le Conseil fédéral puisse restreindre l'admission des infirmières et des infirmiers si nécessaire. Néanmoins il ne faut pas qu'un tel article contrevienne à l'un des objectifs majeurs de l'initiative parlementaire, à savoir la réduction de la pénurie du personnel soignant et la garantie d'un approvisionnement en soins de qualité.

- Disposition transitoire :

En principe, le PS soutient l'idée de conduire une évaluation portant sur les effets de la révision. Nous demandons en revanche que l'évaluation ne se limite pas à une analyse des conséquences économiques de la révision, mais qu'elle tienne également compte des effets sur l'approvisionnement et les besoins en soins, sur la qualité de ceux-ci, sur les interactions avec le corps médical ainsi que sur la pénurie de personnel soignant. C'est seulement ainsi que l'on pourra obtenir des résultats probants et complets.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous prions d'agréer, Monsieur le Président, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Jacques Tissot
Secrétaire politique



Secrétariat général

Par voie électronique uniquement :
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Commission de la santé sociale et
de la santé publique
3003 BERNE

Genève, le 4 août 2015
FER No 35-2015

11.418 lv.pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir consultés concernant l'objet susmentionné et nous nous permettons de vous transmettre ci-après nos considérations.

1. Le projet

Le texte proposé pour la révision de la loi prévoit une revalorisation du statut professionnel des infirmières et des infirmiers. L'objectif serait de mieux tenir compte de leurs compétences spécifiques en renforçant notamment le rôle qu'ils jouent dans un système de soins orienté sur les patients.

En d'autres termes, le texte propose que le personnel infirmier ne soit plus tenu de fournir une partie des prestations de soins (prestations d'évaluation, de conseil et de coordination et les soins de base) sur prescription ou sur mandat d'un médecin. En revanche, les soins de traitement continueraient d'être dispensés sur prescription ou sur mandat d'un médecin. Les infirmiers devraient ainsi figurer dans la liste des fournisseurs de prestations visés à l'article 35, al.2, LAMal.

Selon le rapport explicatif (p.16), « cette revalorisation doit contribuer à améliorer l'attrait des professions de la santé, à faciliter le recrutement de jeunes professionnels et les reconversions et à prolonger la durée pendant laquelle le personnel soignant qualifié reste dans le métier ».

2. Considérations

Notre Fédération salue, tout d'abord, la volonté de cet avant-projet de vouloir renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé en accordant davantage de compétences au personnel infirmier. De par leur formation, les infirmiers et infirmières diplômés sont en effet compétents, notamment pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent. Toutefois, il faut le dire, ils ne possèdent pas l'habileté ni les compétences pour pouvoir se substituer au médecin au moment de l'établissement d'un diagnostic médical.

Cela étant dit, à notre sens, il nous paraît un peu aventureux de déléguer des tâches au personnel infirmier sans préciser les prestations qui peuvent être fournies de manière indépendante/autonome de celles qui peuvent être prescrites par un médecin.

Pour la sécurité des patients, il nous semble pertinent de définir au préalable un catalogue des prestations que peuvent fournir les soignants de manière autonome et également de préciser qui le définit et le met à jour. Toujours dans l'intérêt des patients, nous trouvons fondamental que les médecins gardent une fonction coordinatrice même s'il s'agit de soins de base et que leurs décisions soient respectées. En ce sens, la visite du médecin reste essentielle pour les patients même si la pénurie de médecins est avérée. Le remplacement de médecins par du personnel infirmier ne paraît donc pas la solution adéquate pour la sécurité des patients.

A un autre registre, celui des finances, le rapport précise que (p.23) « ce qui est d'ores et déjà certain, c'est que conformément aux règles de financement prévues dans la LAMal, les surcoûts éventuels seront répercutés aussi bien sur l'assurance obligatoire des soins et les patients que sur les cantons... ». Les dépenses de santé ne seront ainsi pas réduites.

Par ailleurs, nous ne voyons apparaître aucune information chiffrée dans le rapport qui pourrait estimer les répercussions tant sur l'assurance obligatoire des soins que sur les assurés. Il est à vrai dire un peu disgracieux de « renvoyer la balle » aux assureurs et de se contenter d'un « il n'est pas possible de déterminer les conséquences financières ».

De plus, le rapport fait également fi de l'impact financier qui pourrait subvenir pour les assureurs, les assurés et les cantons car ayant une autonomie plus élevée, les infirmiers et infirmières pourraient potentiellement prétendre à des rémunérations supérieures qu'actuellement.

Comme le précise de plus le rapport (p.23), « il faut s'attendre à ce que d'autres groupes professionnels revendiquent les mêmes exigences que le personnel infirmier et, le cas échéant, la modification de la loi aurait un caractère préjudiciel ». Si c'est le cas, alors la question se pose s'il est véritablement nécessaire de réviser la loi. Au final, la modification du texte risque de créer des conflits non désirés entre le « bas » de la hiérarchie (par exemple les aides-soignantes) et « la classe intermédiaire » constitué des infirmiers et des infirmières si ceux/celles-ci gagnent en autonomie et en salaire. Il est vrai qu'à certains égards, la paix sociale serait mise ici à dure épreuve entre le personnel infirmier et le reste du personnel de soins.

En conclusion, nous ne sommes pas favorables en l'état sur cet avant-projet qui vise à donner plus d'autonomie au personnel soignant. En effet, le rapport manque de précision et il devrait donner à ce titre un catalogue clair des prestations qui incomberaient au personnel infirmier.

Par ailleurs, il n'est pas acceptable que les conséquences financières tiennent sur quelques lignes dans le rapport alors que les impacts sont loin d'être négligeables pour l'ensemble des acteurs dans le domaine de la santé. Nous plaidons ici pour une plus grande transparence. Le texte proposé est ainsi trompeur et n'apporte à priori aucun avantage pour le patient ni pour les coûts de la santé. Elle pourrait même accélérer la fuite du personnel soignant en dehors de nos hôpitaux.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce courrier et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.



Blaise Matthey
Secrétaire général



Yannic Forney
Délégué

Schatzmann Karin BAG

Von: Tamara Angele <Tamara.Angele@chgemeinden.ch>
Gesendet: Freitag, 14. August 2015 09:42
An: Schatzmann Karin BAG; _BAG-DM
Cc: Reto Lindegger; Hametner Claudia
Betreff: Vernehmlassung: 11.418 Pa.Iv. KVG. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben haben Sie dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) das oben erwähnte Geschäft zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Gelegenheit, uns aus Sicht der rund 1650 dem SGV angeschlossenen Gemeinden äussern zu können, danken wir Ihnen.

Nach Studium der Unterlagen teilen wir Ihnen hiermit jedoch mit, dass der SGV zu dieser Vorlage keine Stellungnahme einreicht.

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Schweizerischer Gemeindeverband

Präsident

Direktor



Hannes Germann
Ständeratspräsident

Reto Lindegger

Schweizerischer Gemeindeverband

Laupenstrasse 35, Postfach 8022

3001 Bern

Tel. 031 380 70 00

verband@chgemeinden.ch

www.chgemeinden.ch



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch

Bern, 18. Mai 2015

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Wir danken Ihnen für die Einladung, an der Vernehmlassung zum oben genannten Geschäft teilzunehmen.

Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass wir trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Eingabe verzichten müssen.

Besten Dank für Ihr Verständnis.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband
Direktorin

Renate Amstutz

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Frau Karin Schatzmann
3003 Bern

Email: karin.schatzmann@bag.admin.ch
und dm@bag.admin.ch

4. August 2015

Vernehmlassung KVG-Revision: Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 Pa.Iv.)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Schreiben vom 24. April 2015 hat uns Herr Kommissionspräsident Nationalrat Guy Parmelin eingeladen, im Rahmen der Vernehmlassung der KVG-Revision „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 Pa.Iv.)“ eine Stellungnahme einzureichen. Wir danken für die Möglichkeit zur Meinungsäusserung. Unsere Stellungnahme basiert auf einer breit abgestützten Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Als nationaler Dachverband der Wirtschaft setzt sich economiessuisse im Interesse einer hohen Qualität im Gesundheitswesen für ein wettbewerbsorientiertes, innovatives und leistungsfähiges Gesundheitssystem ein. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es einer freiheitlichen und wettbewerbsfreundlichen Regulierung, welche die Akteure nicht zu stark in ihrer Handlungsfähigkeit einschränkt.

Zusammenfassung

economiesuisse lehnt den vorliegenden Gesetzesentwurf in dieser Form ab. Die Fragmentierung im Gesundheitswesen würde damit zunehmen und unerwünschte Kostenfolgen nach sich ziehen. Die Stellung der Pflege sollte alternativ im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen gestärkt werden. Dies verbessert die Grundversorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Grundsätzliche Bemerkungen zur Vorlage

economiesuisse anerkennt die Leistungen der Pflegenden. Wir begrüssen auch die Absicht der vorliegenden Parlamentarischen Initiative, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Dies soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Als Massnahme sieht die Parlamentarische Initiative für die Pflegefachpersonen neu einen direkten Zugang zu den Patientinnen und Patienten vor. Eine Anweisung oder ein Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin ist nicht mehr nötig. Dies betrifft einen Teil der Pflegeleistungen, nämlich die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege. Es gilt sowohl im Spital als auch als Hilfe zu Hause. Selbständig tätige Pflegefachperson auf eigene Rechnung, Angestellte eines Pflegeheims und Angestellte einer Organisation der Krankenpflege sollen davon profitieren. Für die Behandlungspflege dagegen ist weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erforderlich. Der Bundesrat soll die Leistungen definieren. Dazu soll er Pflegefachpersonen ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG aufnehmen. Weitere Bestimmungen zu den Pflegefachpersonen sind entsprechend anzupassen.

Ein Minderheitsantrag stellt sich gegen den Vertragszwang, der sich neu auf die Pflegenden ausweitet. Sie schlägt als Alternative die Vertragsfreiheit in diesem Bereich vor.

Konkrete Beurteilung der Vorlage

Mit Einführung des Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Jahre 1994 wurden drei Ziele verbunden: die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, die Solidarität verbessern und die Kosteneindämmung. Die ersten zwei Ziele wurden erfüllt. Nur die Kosteneindämmung hat das KVG verfehlt. Grund dafür sind die 13 Leistungserbringergruppen, die meist unkoordiniert Leistungen zuhanden des KVG abrechnen können. Mit der Gesetzesvorlage käme eine 14. Gruppe dazu. Einerseits würde dies ein Präjudiz schaffen für weitere Leistungserbringergruppen, einen gleichen Antrag zu stellen, und andererseits würde dies die Fragmentierung unseres Gesundheitswesens verstärken. Unser Gesundheitswesen braucht jedoch mehr koordinierte Betreuung und nicht weniger. Denn mit der Zunahme von chronischen, multimorbiden Patienten muss die Versorgung künftig noch besser abgestimmt werden. Die Leistungserbringer sollen sich vermehrt absprechen. Diese Koordination kann über den Hausarzt geschehen (Hausarztmodelle) oder im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen (HMO etc.). Die Pflege sollte in diesen Modellen eine massgebliche Rolle spielen. Inwieweit sich diese Rolle sinnvollerweise ausbauen lässt, möchten wir den Fachleuten überlassen. Die Krankenversicherer und die Ärzte sollen im Rahmen von integrierten Verträgen hier ihren Beitrag leisten. Eine intensivere Zusammenarbeit v.a. zwischen Arzt- und Pflegeberufen erachten wir als sinnvoll. Das Potenzial der Pflegenden könnte auch helfen, einen allfälligen Ärztemangel zu mildern. Die klassische Arbeitsteilung muss aus Sicht der Wirtschaft weiterentwickelt werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf wird jedoch die Versorgung der Patienten verteuern und tendenziell sogar verschlechtern. Sie wird, ohne grossen Nutzen für die Patienten, zu einem Kostenschub führen.

Beurteilung des Minderheitsantrages (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin)

Der Minderheitsantrag stellt sich gegen den Kontrahierungszwang, den die Vorlage für die Krankenversicherer impliziert. Mit der vorgeschlagenen Vertragsfreiheit bei den Pflegenden würde tatsächlich das Kostenproblem entschärft. Die Krankenversicherer hätten mit der Vertragsfreiheit ein gutes Instrument, die Wirtschaftlichkeit der Pflegenden zu prüfen. Die Fragmentierung der Versorgung bliebe hingegen bestehen. Bei den alternativen (und koordinierten) Versicherungsmodellen ist es heute schon möglich, Pflegeleistungen als Teil der Versorgung miteinzubeziehen. Aus diesen Gründen schlägt *economiesuisse* vor, auch den Minderheitsantrag abzulehnen und auf die Vorlage vollständig zu verzichten.

Wir bedanken uns für Ihre Kenntnisnahme und stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
economiesuisse

Dr. Stefan Vannoni
Stv. Leiter Allg. Wirtschaftspolitik &
Bildung

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

karin.schatzmann@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, 14. August 2015 sgv-Gf/is

Vernehmlassungsantwort

11.418 Pa.IV. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung in der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 24. April 2015 hat uns der Präsident der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N) eingeladen, zur parlamentarischen Initiative 11.418 (Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung in der Pflege) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 250 Verbände und gegen 300'000 Unternehmen. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Ziel der parlamentarischen Initiative Joder ist es, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Dieses Ansinnen ist bei den sgv-Mitgliedverbänden grundsätzlich auf Zustimmung gestossen.

Der gewählte Lösungsansatz, der vorsieht, dass Pflegefachpersonen ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden, stösst bei unseren Mitgliedverbänden mehrheitlich auf Ablehnung. Hierfür werden insbesondere folgende Gründe geltend gemacht:

- **Unabsehbare Kostenfolgen:** Der Vorentwurf enthält keine Angaben zu den konkreten Kostenfolgen des vorgeschlagenen Ausbaus des Grundleistungskatalogs. Dem Risiko einer Mengenausweitung wird die Chance gegenübergestellt, die Ärzteschaft entlasten zu können, was Einsparungen zur Folge hätte. Die Erfahrung mit dem KVG lehrt uns, dass bisher jede Ausweitung des Grundleistungskatalogs höhere Kosten zur Folge hatte. Unsere Mitglieder gehen davon aus, dass dies auch hier der Fall sein wird, was ihren negativen Entscheid massgeblich beeinflusst hat.
- **Gefahr von Qualitätseinbussen:** Pflegefachpersonen kommen heute in den Genuss einer qualitativ hochstehenden Aus- und Weiterbildung. In etlichen Bereichen wäre es daher zweckmässig, ihnen mehr Kompetenzen zu erteilen, um die Ärzte entsprechend zu entlasten. Aus Sicht mehrerer unserer Mitglieder dürfte es aber schwierig sein, im Vorhinein klar festzulegen, wo auf den

Einsatz von Ärzten bzw. auf deren Behandlungs-, Koordinations- und Überwachungsfunktion verzichtet werden kann und wo nicht. Konkret wird befürchtet, dass eine substantielle Verschiebung des Zuständigkeitsbereichs weg von den Ärzten hin zum Pflegefachpersonal zumindest in Grenzfällen zu Qualitätseinbussen führen könnte.

- Festhalten an bewährter Rollenteilung: Im Bereich Pflege kommt den Ärzten heute die Rolle zu, Behandlungen zu beauftragen, zu koordinieren und zu überwachen. Nach Ansicht unserer Mitglieder hat sich die bis anhin praktizierte Rollenteilung zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern bewährt, weshalb man grundsätzlich an dieser Festhalten möchte.
- Vermischen der Verantwortung: Befürchtet wird auch, dass bei einer neuen Rollenzuteilung die Verantwortlichkeiten nicht mehr klar zuzuordnen wären, was spezielle Risiken in sich bergen würde.

Seitens des Schweizerischen Gewerbeverbandes sgv würden wir eine Umsetzung des Minderheitsantrags Cassis begrüßen, mit dem der Kompetenzbereich des Pflegefachpersonals ebenfalls ausgeweitet werden soll, wobei es weiterhin in der Kompetenz der Ärzte bleiben soll, solche Leistungen anzuordnen und zu überwachen. Denkbar wäre für uns auch die Umsetzung des Minderheitsantrags Bortoluzzi, mit dem es Pflegefachpersonen erlaubt werden soll, ohne ärztliche Anordnung und auf eigene Rechnung tätig zu werden, was faktisch voraussetzen würde, dass es diesen gelingt, entsprechende Verträge mit Krankenversicherern abzuschliessen.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 6. August 2015

11.418 Pa.IV. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Vernehmlassungsantwort zum Vorentwurf

Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Besten Dank für die Möglichkeit, zu oben erwähntem Vorentwurf Stellung nehmen zu können.

Einleitende Bemerkungen

Der steigende Bedarf an Pflegefachpersonen und die hohe Fluktuation in der Pflege sind bekannt. Es braucht Massnahmen, die diesen Tatsachen entgegenwirken. Dazu gehören gute Anstellungs- und Arbeitsbedingungen sowie weitere Massnahmen, die die Attraktivität des Berufs steigern. Die Anerkennung der Pflege zu stärken, gehört zu diesen Massnahmen. Der SGB unterstützt deshalb diese Bestrebungen und somit auch die Stossrichtung des Vorentwurfs.

Hingegen lehnt der SGB den Minderheitsantrag zur Zulassungsbeschränkung (Art. 40a Abs. 1 und 2) mit aller Deutlichkeit ab. Dies deshalb, weil dieser für Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung und ohne ärztliche Anordnung selbständig sind, die Vertragsfreiheit einführen will. Die Verantwortung für eine gute Grundversorgung für die ganze Bevölkerung sowie eine Steuerung der Grundversorgung kann auf keinen Fall den Krankenkassen übergeben werden.

Stellungnahme

Mit dem Vorschlag, die Pflegefachpersonen für den eigenverantwortlichen Bereich der Pflege in den Katalog der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aufzunehmen, sind wir einverstanden. Beim eigenverantwortlichen Bereich handelt es sich gemäss erläuterndem Bericht um pflegerische Massnahmen gemäss Artikel 7 KLV¹ Buchstabe a (Massnahmen der Abklärung und Beratung) und Buchstabe c (Massnahmen der Grundpflege). Bei den von den Pflegefachpersonen eigenständig verordneten Massnahmen handelt es sich also um solche, die die Patientinnen und Patienten unterstützen in der Bewältigung des Alltags auf dem Weg zur Genesung, im Hinblick auf ein Leben mit einer chronischen Erkrankung oder im Sterben. Grundlage der Pflege bil-

¹ Verordnung EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV)

det die Abklärung des Pflegebedarfs. Weiterhin ärztlich verordnet werden müssen die Leistungen gemäss KLV Buchstabe b (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Damit sind wir ebenfalls einverstanden.

Einverstanden sind wir auch mit dem Vorschlag, die eigenständige Verordnung der Massnahmen im ambulanten und stationären Bereich einzuführen. Konsequenterweise müsste dies auch für den Akut- und Übergangsbereich gelten. Wir beantragen, diesen Artikel entsprechend anzupassen und die gemeinsame Unterzeichnung der Verordnung in der Akut- und Übergangspflege zu streichen (Art. 25a Abs. 2). Konsequenterweise lehnen wir den Minderheitsantrag zu Art. 25a Abs. 2 ab, der der Pflege im Bereich der Akut- und Übergangspflege nur eine Mitverantwortung übertragen will.

Den Minderheitsantrag zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs lehnen wir entschieden ab. Die vorgeschlagene Evaluierung nach 5 Jahren darf sich nicht nur auf die wirtschaftlichen Aspekte fokussieren. Wir beantragen eine umfassende Wirkungsanalyse, die auch Elemente wie Versorgungssicherheit, Versorgungsqualität, Verschiebungen vom stationären auf den ambulanten Bereich sowie die demografische Entwicklung enthält. Auf der Grundlage eines solchen Berichtes könnte die Frage der Steuerungsinstrumente geprüft werden. Eine allfällige Steuerung – die vor dem Hintergrund des Mangels an Pflegefachpersonen keine vordringliche Massnahme sein kann - müsste auf jeden Fall derjenigen der Ärztinnen und Ärzte entsprechen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Christina Werder
Zentralsekretärin

**Associazione
Consumatrici e
Consumatori della
Svizzera Italiana**

via Polar 46
cp 165
6932 Breganzona

Telefono
091 922 97 55

Fax
091 922 04 71

www.acsi.ch
acsi@acsi.ch

Conseil national
Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique
3003 Berne

Breganzona, 14.08.2015

Consulenze:
Infoconsumi
Casse malati
Pazienti
Contabilità domestica
Alimentazione

Mercatini dell'usato:
Balerna
Bellinzona
Bioggio
Locarno

Envoi par messagerie électronique à : karin.schatzmann@bag.admin.ch et dm@bag.admin.ch

Consultation 11.418 Iv. Pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant.

Monsieur le Président de la commission,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir consulté l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) au sujet de l'avant-projet visant à modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à valoriser et accorder davantage d'autonomie au personnel soignant.

Commentaire général :

L'ACSI soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.

La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante et pourtant une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance. Il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui ont un rôle primordial à jouer dans cette situation et de leur donner une plus grande autonomie dans leur domaine en leur permettant de poser « un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient ; diagnostic infirmier à ne pas confondre avec « diagnostic médical » qui restera du domaine de la compétence du médecin traitant.



**La Borsa
della Spesa**

Telefono
091 922 97 55
bds@acsi.ch

Alleanza
delle organizzazioni
dei consumatori

acsi

frc

KONSUMENTEN
SCHUTZ

Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont le rôle de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmiers/ères semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.

L'ACSI insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate.

Par contre, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.

Commentaires des articles :

Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase :

L'ACSI est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.

Art. 33 al.1bis :

L'ACSI soutient la version de la majorité.

Art. 35 al. 2 let .d bis :

Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médicaux ou directement par les infirmiers(ères).

Art. 40a :

L'ACSI soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte sans prescription médicale.

Art. 55 a :

Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.

Délai transitoire :

Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification.

En vous remerciant de l'attention portée à nos impressions, veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana

Laura Regazzoni Meli, segretaria generale

L. Regazzoni Meli

**Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
CH-3003 Berne**

Envoi par messagerie électronique à : karin.schatzmann@bag.admin.ch et
dm@bag.admin.ch

Consultation 11.418 Iv. Pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant.

Lausanne, le 14 août 2015

Monsieur le Président de la commission,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir consulté la Fédération romande des consommateurs (FRC) au sujet de l'avant-projet visant à modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à valoriser et accorder davantage d'autonomie au personnel soignant.

Commentaire général :

La FRC soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers(ères) ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.

La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante. Comme une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance, il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui auront une fonction primordiale dans cette situation, en leur donnant une plus grande autonomie dans leur domaine. Leurs compétences leur permettent en effet de poser

« un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient. Un diagnostic infirmier n'est pas un « diagnostic médical », celui-ci demeurant du domaine de la compétence du (ou des) médecin(s) traitant(s).

Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont les rôles de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmières(ères) semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.

La FRC insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate, sans se limiter aux personnes titulaires d'un Master en Sciences Infirmières.

En revanche, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers(ères) que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.

Commentaires des articles :

Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase :

La FRC est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.

Art. 33 al.1bis :

LA FRC soutient la version de la majorité.

Art. 35 al. 2 let .d bis :

Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médical ou directement par les infirmiers(ères).

Art. 40a :

La FRC soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut introduire la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte sans prescription médicale.

Art. 55 a :

Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.

Délai transitoire :

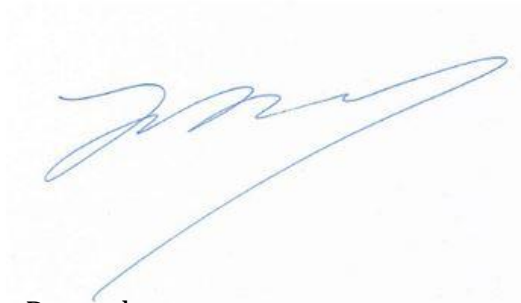
Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification.

En vous remerciant de l'attention portée à nos impressions, veuillez agréer, Monsieur le Président de la commission, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Au nom de la FRC



Mathieu Fleury
Secrétaire général



Joy Demeulemeester
Responsable politique de la santé

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Bern, 13.08.2015

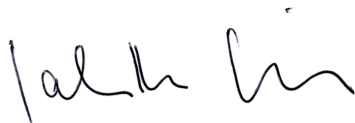
**Vernehmlassung zur 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der
Pflege**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung teilnehmen zu können und befürworten in den Grundzügen die Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Aus unserer Sicht liegt eine detaillierte Stellungnahme aber in der Kompetenz der Kantone und der Berufsorganisationen der Pflegebranche. Darum verzichten wir auf weiterführende Worte.

Freundliche Grüsse

Konsumentenforum kf

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Babette Sigg Frank', is positioned below the typed name.

Babette Sigg Frank
Präsidentin



**Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
CH-3003 Berne**

Envoi par messagerie électronique à : karin.schatzmann@bag.admin.ch et dm@bag.admin.ch

Consultation 11.418 lv. Pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant.

Berne, le 14 août 2015

Monsieur le Président de la commission,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir consulté la Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) au sujet de l'avant-projet visant à modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à valoriser et accorder davantage d'autonomie au personnel soignant.

Commentaire général :

La SKS soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers(ères), celles des services de soins à domicile et les équipes soignantes des EMS, ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.

La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante. Comme une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance, il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui auront une fonction primordiale dans cette situation, en leur donnant une plus grande autonomie dans leur domaine. Leurs compétences leur permettent en effet de poser « un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient. Un diagnostic infirmier n'est pas un « diagnostic médical », celui-ci demeurant du domaine de la compétence du (ou des) médecin(s) traitant(s).

Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont les rôles de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmières(ères) semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.

La SKS insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate, sans se limiter aux personnes titulaires d'un Master en Sciences Infirmières.

En revanche, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers(ères) que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.

Commentaires des articles :

Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase :

La SKS est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.

Art. 33 al.1bis :

LA SKS soutient la version de la majorité.

Art. 35 al. 2 let .d bis :

Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médical ou directement par les infirmiers(ères).

Art. 40a :

La SKS soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut introduire la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte sans prescription médicale.

**KONSUMENTEN
S C H U T Z**

Art. 55 a :

Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.

Délai transitoire :

Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification.

En vous remerciant de l'attention portée à nos impressions, veuillez agréer, Monsieur le Président de la commission, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Au nom de la SKS



Sara Stalder, Geschäftsleiterin



Ivo Meli, Projektleiter Gesundheit



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
Herr Kommissionspräsident Guy Parmelin
3003 Bern

per E-Mail an: karin.schatzmann@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 13. August 2015/lp

Stellungnahme zur parlamentarischen Initiative 11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege»

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zur parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege». Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

curafutura unterstützt die Stossrichtung der parlamentarischen Initiative. Die demografischen Veränderungen und die Zunahme an chronischen Erkrankungen werden eine Zunahme an Pflegebedarfen zur Folge haben. Mit der Zuteilung von mehr Eigenverantwortung und der vorgeschlagenen Kompetenzerweiterung können die steigenden Anforderungen im Bereich der Pflege in Zukunft besser wahrgenommen werden. Es macht zudem Sinn, bestimmte Pflegeleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht mehr der ärztlichen Anordnungs-kompetenz zu unterstellen. Der Bedarf an solchen Leistungen – es handelt sich um Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV) – wird bereits heute in erster Linie von qualifizierten Pflegefachpersonen erhoben.

curafutura unterstützt auch den Antrag der Minderheit, wonach in der OKP für Pflegefachpersonen die Vertragsfreiheit gelten soll. Das System der Vertragsfreiheit ist aus unserer Sicht zentral für eine qualitativ hochstehende und effiziente medizinische Versorgung.

Wie im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates erwähnt, soll der Bundesrat auf Verordnungsebene festlegen, welche Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbracht werden dürfen. Die Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV soll dabei weiterhin nur unter ärztlicher Anordnung vergütet werden. Ebenfalls müssen die beruflichen Anforderungen, die für die selbständige Durchführung solcher Leistungen erforderlich sind, auf Verordnungsebene näher präzisiert werden.

Im Folgenden ergänzen wir unsere Stellungnahme mit Anmerkungen zu einzelnen Artikeln des Vorentwurfs zur Gesetzesrevision:



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

curafutura unterstützt den Minderheitsantrag zu Art. 25a Abs. 2

Die Anordnungscompetenz für die Akut- und Übergangspflege soll im Spitalbereich auf Pflegefachpersonen erweitert werden. Wir befürchten, dass eine gemeinsame Anordnung von solchen Leistungen in der Praxis zu Konflikten führen wird. Im Spital muss jeweils geklärt werden, welche Behandlungen nach einem Spitalaustritt nötig sind (Rehabilitation, Pflege zu Hause, Akut- und Übergangspflege etc.). Die Kompetenzen zur Festlegung von solchen Behandlungen müssen deshalb klar geregelt sein und dürfen nicht auf mehrere medizinische Fachpersonen verteilt werden, die je nach Situation zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen können.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung steht zudem in Widerspruch zu Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG. In diesem steht, dass Leistungen unter Anordnung von Personen oder Organisationen nur vergütet werden, wenn sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt in Auftrag gegeben werden. Aus diesen Gründen lehnen wir die gemeinsame Anordnung ab und unterstützen den Minderheitsantrag, welcher vorsieht, dass die Akut- und Übergangspflege – nach Rücksprache mit den zuständigen Pflegefachpersonen – ausschliesslich ärztlich angeordnet wird.

curafutura unterstützt den Minderheitsantrag zu Art. 40a

Wie bereits erwähnt, unterstützt curafutura den Antrag der Minderheit. Der Begriff «Zulassungsvertrag» erscheint uns jedoch problematisch. Dieser Begriff suggeriert, dass die Versicherer die Zulassung von OKP-Leistungserbringern aussprechen. Das ist jedoch nicht der Fall. Wir schlagen deshalb vor, den Begriff «Leistungsvertrag» anzuwenden.

curafutura lehnt die Änderungen in Art. 55a Abs. 1 ab

Wir lehnen diese Änderung ab und fordern die Streichung der Buchstaben c und d. Die Zulassungsbeschränkung im Pflegebereich ist aus unserer Sicht unnötig und widersinnig. Sie steht im kompletten Widerspruch zu den Zielen dieser Gesetzesrevision. Im Weiteren ist mit Überkapazitäten bei Pflegefachpersonen aufgrund des demografischen Wandels in Zukunft kaum zu rechnen.

curafutura begrüsst die Übergangsbestimmung

Die Erstellung eines Berichts über die Gesetzesänderung durch den Bundesrat wird begrüsst. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass dieser nicht nur wirtschaftliche Aspekte, sondern auch eine Analyse der Ziele der parlamentarischen Initiative (u.a. Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufs) beinhalten sollte.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
curafutura

Beat Knuchel
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik

Luca Petrini
Projektleiter Gesundheitspolitik



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des NR
Bern

Für Rückfragen:
Isabel Kohler Muster
Direktwahl: +41 32 625 4131
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 30. Juni 2015

Parlamentarische Initiative Nr. 11.418, Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Stellungnahme santésuisse im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zur parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ auf nationaler Ebene wir folgt Stellung:

- A) santésuisse anerkennt grundsätzlich die aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich**
santésuisse anerkennt die aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich, insbesondere im Bereich der Grundpflege. Dies bestätigt auch die aktuell politische Haltung in dieser Frage. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat jedoch den klaren gesetzlichen Auftrag, die Kosten zu vergüten, welche für Leistungen anfallen, die der Diagnose oder Behandlung *einer Krankheit und ihrer Folgen* dienen. Gerade hier bestehen in der Praxis grosse Abgrenzungsprobleme zu alters- oder sozialbedingten Leistungen in der ambulanten spitalexternen Pflege. In der Systematik des KVG ist es deshalb der Arzt, welcher die medizinische Indikation stellt und dafür ambulante Pflegeleistungen durch die Spitex in Auftrag gibt. Daneben kommt dem Arzt in diesem Bereich aber auch eine zentrale Kontroll- und Koordinationsrolle zwischen den involvierten Leistungserbringern zu. Solange für den Bereich der spitalexternen (ambulanten) Pflege diese Aufgaben sowie die Verantwortung nicht klar geregelt sind, halten wir am heutigen System der Anordnung durch den Arzt fest. In Zusammenarbeit mit der Spitex ermittelt er den Pflegebedarf und ordnet ihn an.
- B) Wegen der unklare Kostenfolgen kann santésuisse der parl. Initiative Joder in der vorliegenden Fassung nicht zustimmen**
santésuisse lehnt die parlamentarische Initiative insbesondere aufgrund der unabsehbaren Kostenfolgen ab. Wie bereits im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 unter Ziff. 5 ausgeführt, sind Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser Gesetzesänderung äusserst schwierig und kaum zu berechnen. Auch die Frage der Verantwortung ist nicht klar. Ob dies in der Praxis zu einer

spürbaren Entlastung und somit zu Kosteneinsparungen führen wird, lässt sich im Voraus schlecht abschätzen. Es können aufgrund der ungenügenden Datengrundlagen, mangels einheitlicher Tarifstruktur sowie fehlender empirischer Angaben zur potentiellen Mengenausweitung (beispielsweise aus der Literatur, aus Erfahrungen in anderen Leistungsbereichen oder von betroffenen Akteuren wie z.B. Haus-Ärzten, Pflege-Organisationen, Krankenversicherern etc.) bloss hypothetische Annahmen getroffen werden. Klar ist – und diese Haltung vertritt die Kommission ebenfalls – dass die gesetzliche Anpassung nicht zu einer Mengenausweitung führen soll. Die Krankenversicherer können eine Steigerung der Leistungs- und Verwaltungskosten nicht ausschliessen. Zudem kann die begehrte Gesetzesänderung präjudiziellen Charakter betreffend weiterer Berufsgruppen entfalten. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Umsetzung der parlamentarischen Initiative sogleich andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. die gleichen Rechte wie die Pflegefachpersonen einfordern werden. Eine ungebremsste, kaum einschränkbare Mengentwicklung wäre die unerwünschte Folge.

C) Kostenschätzung

Trotz all diesen Vorbehalten hat santésuisse versucht, eine Kosteneinschätzung für den Bereich der *Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner* (Art. 49 KVV) und die *Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause* (Art. 51 KVV) vorzunehmen:

Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den von der Neuregelung betroffenen Bereichen ohne ärztliche Anordnung durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung zumindest teilweise tendenziell höher eingeschätzt werden wird. Dies einerseits aufgrund der Nähe sowie dem „*direkte Zugang*“ der Pflegefachpersonen sowohl zu Patientinnen und Patienten aber auch zu den „*nicht beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden*“ (z.B. Angehörige). Andererseits wird die angestrebte höhere Attraktivität der Pflegeberufe vermutlich zu einem grösseren Angebot von Pflegefachpersonen in den betroffenen Pflegebereichen sowie zu einer entsprechenden Spezialisierung von Pflege-Organisationen führen.

Bereich ambulant

Gemäss BAG-Monitoring wurden im Spitexbereich im Jahre 2013 CHF 671 Millionen an Spitexleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet. Rund 2/3 bis 3/4 davon sind Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination) und lit. c (Massnahmen der Grundpflege) KLV. Bei Verrechnung dieser Pflegeleistungen ohne Verordnung zu Lasten OKP muss mit einer Kostensteigerung von 5 bis 20 % gerechnet werden, was Kostenfolgen von zwischen **CHF 20 bis 100 Millionen** entsprechen würde.

Bereich Pflegeheime

Auch in den Pflegeheimen kann die neue Regelung durch erhöhten Pflegebedarf zu Mehrkosten führen. Bei CHF 1.838 Mrd. Pflegeheimkosten und einer Anhebung um eine Beitragsstufe bei nur 10 % der Patienten würde dies wiederum **CHF 30 Millionen** an Mehrkosten bedeuten (die Heimbewohner sind im Schnitt in der Beitragsstufe 6 eingestuft).

In diesen Berechnungen nicht berücksichtigt ist die zu erwartende und von der Vorlage unabhängige Kostenzunahme aufgrund der medizinischen, demographischen, gesellschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Trends und Entwicklungen in den nächsten Jahren.

D) Unterstützung der beiden Minderheitsanträge

Insofern und mit Blick auf die Kernaufgabe der Krankenversicherer stehen wir der parlamentarischen Initiative eher kritisch gegenüber und unterstützen primär die beiden Minderheitsanträge Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz, welche sich für die Beibehaltung der Kompetenz bei Akut- und Übergangspflege beim Arzt aussprechen, sowie vor allem Bortoluzzi, de Courten, Parmelin, welche für die Einführung der Vertragsfreiheit für diese spezialisierte neue Gruppe der Leistungserbringer votieren (vgl. dazu Ziff. 3.2, S. 18 des Kommissionsberichts).

E) Forderung eines Kostenmonitorings zur Sicherstellung der Kostenneutralität

Die geforderte Verschiebung der Verantwortung vom Arzt weg hin zu den Pflegefachpersonen muss zwingend zu einer echten Substitution und nicht zu einer Mengenausweitung führen. santésuisse fordert deshalb zusätzlich ein konsequentes Kostenmonitoring mit zum Voraus definierten Eingriffsmöglichkeiten, um so die Kostenneutralität sicherzustellen. Vorstellbar ist ein Modell, welches sämtliche Leistungserbringer pro Kanton einschliesst und in dem die Beiträge der Krankenversicherer nach Art. 7a KLV automatisch gesenkt werden, wenn ein bestimmtes Kostenwachstum überschritten wird.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen entsprechend zu berücksichtigen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Dr. med. Stefan Grunder
Leiter

Par courriel

karin.schatzmann@bag.admin.ch

bag.admin.ch – dm@bag.admin.ch

Commission de la sécurité sociale

Et de la santé publique du Conseil national

3003 Berne

Martigny, le 12 août 2015

Procédure de consultation – 11.418 Iv.pa LAMal

Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

En réponse à votre lettre du 24 avril 2015, vous trouverez ci-dessous notre prise de position concernant l'avant-projet susmentionné.

L'avant-projet a pour objectif de revaloriser le statut professionnel des infirmiers et des infirmières afin de pallier la pénurie de personnel soignant et de répondre à la demande croissante de soins ambulatoires. Bien qu'il puisse de prime abord offrir une esquisse de solution à ces deux problématiques, il soulève bon nombre de questions, ce qui nous amène à formuler les réserves suivantes quant à son bien-fondé.

En premier lieu, il convient de souligner que l'affaiblissement du rôle central de coordinateur et de responsable des soins que doit jouer le médecin occasionne une dilution de la responsabilité, ce qui est contraire à l'intérêt du patient. D'un autre côté, une augmentation des prestataires admis à exercer dans le cadre de l'AOS ne peut qu'engendrer un accroissement des prestations à charge de l'assurance de base. Or, aucune prévision n'a pu être faite en la matière, puisque les impacts ne pourront être évalués qu'a posteriori sur la base d'un rapport établi cinq ans après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Cette absence de prévisibilité de l'augmentation des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins n'est, à notre avis, pas acceptable dans la mesure où elle est en contradiction avec les efforts entrepris pour juguler les coûts de la santé.

Dans ce contexte il y a lieu de relever les deux propositions de la minorité, à savoir :

- le maintien de la prescription médicale (après consultation du personnel infirmier) pour les prestations de soins aigus et les soins de transition nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier (minorité Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz),
- l'obligation pour le personnel soignant indépendant de conclure un contrat d'admission avec les assureurs (un ou plusieurs) pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge de leurs honoraires par l'AOS (minorité Bortoluzzi, de Courten, Parmelin),

qui dénotent une volonté de maîtrise des coûts que le Groupe Mutuel soutient pleinement.

Dès lors, une solution orientée exclusivement vers l'organisation des soins n'est pas satisfaisante dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, dont un des volets majeurs est la maîtrise des coûts. Enfin, compte tenu des droits accordés au personnel soignant, il y a lieu de s'interroger sur la possibilité pour les autres acteurs du domaine paramédical de réclamer à l'avenir des droits similaires.

Considérant ces arguments, le Groupe Mutuel ne peut pas se rallier au projet en tant que tel et se prononce pour le maintien du système en vigueur, à savoir la prise en charge des soins ambulatoires uniquement sur la base d'une prescription médicale.

En vous priant de bien vouloir prendre note de ce qui précède, nous vous présentons, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel


Dr. Thomas J. Grichting
Directeur


Geneviève Aguirre
Cadre supérieure



Frau
Karin Schatzmann
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
3003 Bern

Prof. Dr. Rebecca Spirig, PhD, RN
Direktorin Pflege und MTTB
rebecca.spirig@usz.ch

Prof. Dr. Jürg Hodler
Ärztlicher Direktor
juerg.hodler@usz.ch

Zürich, 10. August 2015

UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100 (PHY6)
CH-8091 Zürich
DPM Direktionsassistentin 044 255 3446

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterstützen die Ziele und Inhalte der Parlamentarischen Initiative zur Anerkennung der Verantwortung der Pflege vollkommen. Diese Initiative ist eine wichtige Basis für die Weiterentwicklung der pflegerischen Leistungen innerhalb der interprofessionellen Gesundheitsversorgung.

Nachfolgend finden Sie unsere Ergänzungs- und Anpassungsvorschläge:

Besonders wichtige Aspekte:

1. Die beiden Verantwortungs- und Leistungsbereiche der Pflege sollten sowohl im erläuternden Bericht als auch im Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) eindeutig und unmissverständlich beschrieben sein. Im Vorentwurf sollte ein Artikel aufgenommen werden, der diese Verantwortungs- und Leistungsbereiche ähnlich wie in der Übersicht des erläuternden Berichtes beschreibt.
 - a. Behandlungspflegerische Leistungen zur Diagnostik und Therapie, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.
 - b. Pflegeleistungen zur Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege inkl. psychiatrischer Grundpflege, die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.
2. Die Verantwortung der Ärzte und Pflegenden ist in allen institutionellen Organisationen gleich. Es gibt keine Unterschiede zwischen Spitälern, Spitex oder Pflegeheimen.

Wir stellen den Antrag, die Auswirkungen der Gesetzesänderung im Kontext der Veränderungen in der Versorgungslandschaft sowie der epidemiologischen und demographischen Daten wissenschaftlich fundiert in einer Begleitforschung zu evaluieren. Wir sind sehr gerne bereit, dazu einen substanziellen Beitrag zu leisten.



Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln des Vorentwurfs

Inhalt Vorentwurf	Haltung USZ
<p>Das Bundesgesetz vom 18. März 1994³ über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert: <i>Art. 25 Abs. 2 Bst. a</i> 2 Diese Leistungen umfassen: a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von: 2^{bis} Pflegefachpersonen,</p>	<p>Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt</p>
<p><i>Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz</i> 1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim: a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden; b. von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.</p>	<p>Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt</p>
<p>2 Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet. ...</p>	<p>Das USZ unterstützt den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass die Formulierung gemäss den Formulierungen des ersten Satzes angepasst werden, denn es gibt keinen Grund, warum die Verantwortungs- und somit Verantwortungsbereiche zwischen Arzt und Pflege in der Akut- und Übergangspflege anders als im Spital oder im Pflegeheim geregelt werden sollen. a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden; b. von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden</p>
<p><i>Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz)</i> 2 Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachpersonen ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet. ...</p>	<p>Das USZ lehnt diesen Minderheitsantrag ab. Dieser Vorschlag widerspricht der Logik der Revision des Gesetzes und führt zu einer ungleichen Behandlung der Pflegenden in der Akut- und Übergangspflege, da sie bei diesem Minderheitsantrag nur noch vom Arzt konsultiert werden müssten. Der eigenständige Bereich wird somit aufgehoben.</p>
<p><i>Art. 33 Abs. 1bis</i> 1^{bis} Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die die obligatorische</p>	<p>Das USZ stimmt dem Artikel 33 Abs. 1 bei Streichung des Artikels c. zu. Der Gesetzentwurf sollte einer stringenten Logik folgen.</p>



Inhalt Vorentwurf	Haltung USZ
<p>Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:</p> <p>a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;</p> <p>b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;</p> <p>c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.</p> <p><i>Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz)</i></p> <p>c. <i>Streichen</i></p>	
<p><i>Art. 35 Abs. 2 Bst. dbis</i> 2 Leistungserbringer sind: ^{dbis} Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen;</p>	<p>Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt.</p>
<p><i>Minderheit (Minderheit (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin)</i> <i>Art. 40a Pflegefachpersonen</i> 1 Der Bundesrat regelt die Zulassung der Pflegefachpersonen, unter Vorbehalt von Absatz 2. 2 Die Zulassung der Pflegefachpersonen hängt insbesondere vom Abschluss eines Zulassungsvertrages mit einem oder mehreren Versicherern ab. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p>	<p>Art. 40 ist zu streichen. Das USZ lehnt generell eine Zulassungssteuerung der Leistungserbringer ab.</p>
<p><i>Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4</i> 1 Der Bundesrat kann die Zulassung von folgenden Personen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen: c. Pflegefachpersonen, unabhängig davon, ob sie nun ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausüben; d. Pflegefachpersonen, die ihre Tätigkeit in einer Organisation nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe dbis oder im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 ausüben. 2 Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. 4 <i>Betrifft nur den französischen Text.</i></p>	<p>Art. 55 ist zu streichen, da dieser Artikel in diametralem Widerspruch zu der erklärten Absicht der Initiative steht, den Personalnotstand in der Pflege zu lindern. Zudem weisen die epidemiologischen und demographischen Daten auf einen Versorgungsnotstand in der nahen Zukunft hin. Wir schliessen uns der Argumentation von H+ an, dass aus Gründen der Gleichbehandlung höchstens die von den Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachten Leistungen der Zulassungssteuerung unterworfen werden können, wenn die Zulassungssteuerung für die Ärztinnen und Ärzte weiterhin fortbesteht. Im Sinne dieser Gleichbehandlung müssten Pflegefachpersonen wie Ärztinnen und Ärzte in Art. 22a Abs. 2 allerdings auch vom Bedürfnisnachweis ausgenommen werden.</p>
<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> Der Bundesrat erstattet dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom... einen Bericht nach Artikel 32 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, insbesondere</p>	<p>Das USZ stimmt der Übergangsbestimmung unter dem Vorbehalt zu, dass die Wirkungsanalyse nicht einseitig auf die wirtschaftlichen Auswirkungen ausgerichtet werden darf. Um die tatsächlichen Ursachen für Veränderungen im Leistungsangebot</p>



Inhalt Vorentwurf	Haltung USZ
über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung, und zwar im Vergleich zu den sechs Jahren vor deren Inkrafttreten. Der Bundesrat unterbreitet gegebenenfalls Vorschläge für mögliche Verbesserungen.	eruiieren zu können, müssen zudem die Veränderungen in der Versorgungslandschaft, die epidemiologischen und demographischen Daten ausgewertet werden. Darüber hinaus sollte eine Evaluation zum angestrebten Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufes stattfinden.

Wir bitten Sie um Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. Rebecca Spirig
Direktorin Pflege und MTTB

Prof. Dr. Jürg Hodler
Ärztlicher Direktor



VAKA | Der aargauische Gesundheitspartner

Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern
per Mail an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
	24.04.2015	b_2015-08-10 stellungnahme kvv datenlieferung	Beat Huwiler Tel.: 062 836 40 90 Fax: 061 836 40 91 beat.huwiler@vaka.ch	10.08.2015

Stellungnahme zur Gesetzlichen Verankerung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für Ihre Einladung vom 24. April 2015 zur Gesetzlichen Verankerung der Verantwortung der Pflege.

Erwägungen

- Gemäss Revisionsvorprojekt soll in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege (AÜP) die Erfordernis der alleinigen ärztlichen Anordnung entfallen. Neu muss die AÜP-Anordnung gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH erfolgen.
Die VAKA erachtet die Einführung dieser Regelung als richtig, da diese einer realen Vorgehensweise im Gesundheitswesen entspricht. Im Sinne der Kontinuität einer ganzheitlichen Betreuung und Behandlung spielen nicht nur die Verordnungen der ärztlichen Therapie und die Behandlungspflege nach einem Spitalaufenthalt eine wichtige Rolle, sondern auch die pflegerischen Abklärungen, die Koordination und die entsprechenden Massnahmen.
- Gemäss vorliegendem Revisionsvorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen und somit anerkannt werden. Welche Leistungen sie selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, wird der Bundesrat in Artikel 7 KLV festlegen. Es wird sich dabei um pflegerische Leistungen und Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege handeln. Keine Änderung ist im vorliegenden Revisionsprojekt im Bereich der Behandlungspflege vorgesehen, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss.
Die VAKA hält diese Unterscheidung für sinnvoll und praxisgerecht, sie entspricht dem Berufsprofil und den Kompetenzen der dipl. Pflegefachpersonen HF/FH. Aus Sicht des Verbandes trägt diese Unterscheidung in einem geeigneten Mass Rechnung einerseits der Pflege, andererseits der Ärzteschaft – und entspricht den tatsächlichen Bedürfnissen nach einer Autonomie der Pflege, welche weitergeht, als in der aktuellen Formulierung der Krankenversicherungsgesetzgebung.
- Laut vorliegendem Vorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse Leistungen neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden. Bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, soll gemäss Vorprojekt die Pflegeinstitution weiterhin der abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleiben.

Die VAKA begrüsst die vorgeschlagene Neuregelung. Diese entspricht weitgehend der Realität der alltäglichen pflegerischen Tätigkeit in den Pflegeinstitutionen. Darüber hinaus hält es die VAKA für richtig und rechtens, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer bleibt.

- Am bewährten Delegationsmodell im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ändert sich nichts. Behandlungspflege, z.B. die Medikamente, werden weiterhin vom Arzt verordnet. Der Katalog von Massnahmen der Behandlungspflege ist klar definiert und bleibt unverändert.

Stellungnahme

- Die VAKA begrüsst, dass dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse definierte pflegerische Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination sowie die Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden.
- Die VAKA begrüsst, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH angeordnet werden.
- Die VAKA begrüsst, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer gilt.
- Die VAKA begrüsst, dass dem Parlament nach fünf Jahren Umsetzung der vorliegenden Gesetzesrevision allfällige Verbesserungen unterbreitet werden müssen.
- Zum Erfordernis einer vertraglichen Einigung mit einem oder mehreren Versicherern sowie zur Erbringung eines Bedürfnisnachweises vor der Zulassung von abrechnungsberechtigten dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zulasten der OKP nimmt die VAKA keine Stellung.
- Im Rahmen der Umsetzung der vorliegenden Gesetzesänderung soll eine Anpassung von Artikel 8 Absatz 4 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV wie folgt angepasst werden:

Bestehender Art. 8 Abs. 4 KLV:

Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.

Von der VAKA vorgeschlagene Neufassung:

Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der von der Pflegefachperson bestimmte Pflegebedarf gilt als Leistung ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag im Sinne von Artikel 33 Absatz 1^{bis} Buchstabe b KVG.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Die in der Vereinigung Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA) organisierten rund 115 Institutionen des Aargauischen Gesundheitswesens vereinigen gut 12'000 Mitarbeitende (Lohnsumme ca. CHF 1.1 Mia.) und rund 8 700 Betten. Zu unseren Mitgliedern zählen alle öffentlichen und privaten Spitäler, die Rehabilitations- und Spezialkliniken sowie alle Pflegeheime im Kanton Aargau. Die VAKA vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Kostenträgern, Politik und Behörden sowie der Öffentlichkeit. Damit ist die VAKA der grosse Gesundheitspartner im Kanton Aargau.

Freundliche Grüsse

VAKA



Hans Dössegger
Präsident



Beat Huwiler
Geschäftsführer



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Karin Schatzmann
3003 Bern

Per Email an: karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 10. August 2015
Ansprechpartner Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail martin.bienlein@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Frau Schatzmann

In ihrem Schreiben vom 24. April 2015 lädt uns die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ein, uns im Rahmen der Vernehmlassung Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa. Iv. 11.418) zu äussern, wofür wir Ihnen bestens danken.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

H+ unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als verschreibende Leistungserbringer. Bei der Umsetzung sollen die administrativen Auflagen klein gehalten werden und die Auflagen jenen anderer Gesundheitsberufe entsprechen. Es ist darauf zu achten, dass das Gesetz zu keinen Kompetenzkonflikten zu Lasten der Patientinnen und Patienten führt.

Unsere Positionen zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte den untenstehenden Detailbemerkungen.

Wir bitten Sie um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Detailbemerkungen

Art. 25a Abs. 2 Bst. a

Zustimmung

Art. 25 Abs. 1

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:

- a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;
- b. auf Anordnung einer Pflegefachperson ~~ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin~~ erbracht werden.

Art. 25 Abs. 2 (gemäss Mehrheit, mit Anpassung)

2 Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ~~gemeinsam~~ von einem Arzt oder einer Ärztin ~~und~~ oder einer Pflegefachperson angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet. ...

Art. 33 Abs. 1^{bis}

1^{bis} Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:

- a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;
- b. von Pflegefachpersonen auf Anordnung einer Pflegefachperson ~~ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin~~ erbracht werden.
- c. ~~gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.~~

streichen gemäss Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz)

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Zustimmung

Art. 40a Abs. 1 und 2 (gemäss Minderheit)

Streichen

Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4

1 Bst. c und d: *streichen*

H+ lehnt generell eine Zulassungssteuerung der Leistungserbringer ab.

Sollte diese für die Ärztinnen und Ärzte nach Art. 36, 36a und 39 fortbestehen, dann dürfen aus Gründen der Gleichbehandlung höchstens auch die von Pflegefachpersonen auf Anordnung einer Pflegefachperson erbrachten Leistungen unterworfen sein. Ansonsten entstehen eine massive Ausweitung der Zulassungssteuerung und eine Ungleichbehandlung der Pflege gegenüber allen anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Zustimmung

Inkrafttreten

Zustimmung



Kommission für Soziale
Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Frau Karin Schatzmann
3003 Bern

Zürich, 7. August 2015

**K3 Vernehmlassungsantwort
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege im KVG**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Frau Schatzmann

Wir danken Ihnen für Ihre Einladung vom 24. April 2015, zur Parlamentarischen Initiative Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 Pa. Iv.) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzliches

Mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision sollen Pflegefachpersonen (HF und FH) ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG aufgenommen werden. Sie sollen sowohl im Spital als auch als selbstständige und auf eigene Rechnung Tätige, als Angestellte eines Pflegeheims und als Angestellte einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause einen Teil der Pflegeleistungen in eigener Kompetenz erbringen können. Dabei handelt es sich um Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege.

K3 unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als selbstständige Leistungserbringer. Einerseits bringen sie für die genannten Leistungen die benötigte Fachkompetenz mit und andererseits wird die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht, was sowohl die Rekrutierung erleichtern wie einen positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer haben wird.

Ausdrücklich begrüsst wird auch die vorgesehene Bestimmung, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden sollen.

Einzelne Bestimmungen

Art. 55a Abs.1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4

Eine Zulassungssteuerung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass die Spitäler und auch die Pflegeheime weiterhin abrechnungstechnische Leistungserbringer bleiben und damit die Kontrolle über die neu selbstständig von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen behalten werden. Eine Steuerung des spitalambulanten Bereichs haben wir übrigens bereits in den früheren Vernehmlassungen abgelehnt.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.



Kommission für Soziale
Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Frau Karin Schatzmann
3003 Bern

Zürich, 7. August 2015

**K3 Vernehmlassungsantwort
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege im KVG**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Frau Schatzmann

Wir danken Ihnen für Ihre Einladung vom 24. April 2015, zur Parlamentarischen Initiative Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 Pa. Iv.) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzliches

Mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision sollen Pflegefachpersonen (HF und FH) ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG aufgenommen werden. Sie sollen sowohl im Spital als auch als selbstständige und auf eigene Rechnung Tätige, als Angestellte eines Pflegeheims und als Angestellte einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause einen Teil der Pflegeleistungen in eigener Kompetenz erbringen können. Dabei handelt es sich um Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege.

K3 unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als selbstständige Leistungserbringer. Einerseits bringen sie für die genannten Leistungen die benötigte Fachkompetenz mit und andererseits wird die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht, was sowohl die Rekrutierung erleichtern wie einen positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer haben wird.

Ausdrücklich begrüsst wird auch die vorgesehene Bestimmung, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden sollen.

Einzelne Bestimmungen

Art. 55a Abs.1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4

Eine Zulassungssteuerung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass die Spitäler und auch die Pflegeheime weiterhin abrechnungstechnische Leistungserbringer bleiben und damit die Kontrolle über die neu selbstständig von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen behalten werden. Eine Steuerung des spitalambulanten Bereichs haben wir übrigens bereits in den früheren Vernehmlassungen abgelehnt.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.



Kommission für Soziale
Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Frau Karin Schatzmann
3003 Bern

Zürich, 7. August 2015

**K3 Vernehmlassungsantwort
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege im KVG**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Frau Schatzmann

Wir danken Ihnen für Ihre Einladung vom 24. April 2015, zur Parlamentarischen Initiative Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 Pa. Iv.) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzliches

Mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision sollen Pflegefachpersonen (HF und FH) ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG aufgenommen werden. Sie sollen sowohl im Spital als auch als selbstständige und auf eigene Rechnung Tätige, als Angestellte eines Pflegeheims und als Angestellte einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause einen Teil der Pflegeleistungen in eigener Kompetenz erbringen können. Dabei handelt es sich um Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege.

K3 unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als selbstständige Leistungserbringer. Einerseits bringen sie für die genannten Leistungen die benötigte Fachkompetenz mit und andererseits wird die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht, was sowohl die Rekrutierung erleichtern wie einen positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer haben wird.

Ausdrücklich begrüsst wird auch die vorgesehene Bestimmung, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden sollen.

Einzelne Bestimmungen

Art. 55a Abs.1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4

Eine Zulassungssteuerung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass die Spitäler und auch die Pflegeheime weiterhin abrechnungstechnische Leistungserbringer bleiben und damit die Kontrolle über die neu selbstständig von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen behalten werden. Eine Steuerung des spitalambulanten Bereichs haben wir übrigens bereits in den früheren Vernehmlassungen abgelehnt.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

Per E-Mail an:

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 11. August 2015

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können. Als Vertreterin von 130 Privatkliniken **lehnen** wir die vorgeschlagene gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege **in der vorgeschlagenen Breite ab**.

PKS erachten lediglich die Verankerung der Pflegefachpersonen **als Leistungserbringer im Bereich der Langzeitpflege innerhalb von Pflegeinstitutionen** als sinnvoll. Die Delegation der Verantwortlichkeit von Arzt an Pflegende muss jedoch auch dort klar definiert sein und bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen zuständigem Arzt und dem Pflegepersonal rückgängig gemacht werden können. Es muss daher auch in diesem eingeschränkten Bereich eine klare Abgrenzung erfolgen von Härtefällen, die eine höhere medizinische Autorität erfordern, gemacht werden.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Adrian Dennler
Präsident

Guido Schommer
Generalsekretär



SVPL Geschäftsstelle
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7 – Postfach
3001 Bern
+41 31 306 93 75
www.svpl.ch

SVPL ASDSI ASCSI SNDA

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit SGK-NR
c/o Bundesamt für Gesundheit
Karin Schatzmann
3003 Bern

per Email an: karin.schatzmann@bag.admin.ch

Bern, 24. Juli 2015

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege – Pa.Iv. 11.418: Stellungnahme SVPL

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Frau Schatzmann

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit lädt mit dem Schreiben vom 24. April 2015 ein, im Rahmen der Vernehmlassung zur „Gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ (Pa.Iv. 11.418), unsere Stellungnahme anzubringen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit.

Die Schweizerische Vereinigung für Pflegedienstleiterinnen und –leiter SVPL ist die führende und repräsentative Organisation des Schweizer Pflegemanagements und vertritt über 300 Mitglieder schweizweit.

Die SVPL unterstützt explizit die Stossrichtung der Vorlage und identifiziert sich mit den Zielen und Inhalten der parlamentarischen Initiative.

Die SVPL unterstützt dezidiert die Bestrebungen, dass Pflegefachpersonen als Leistungserbringer in definierten Bereichen eigenständig ihre Leistungen anordnen und abrechnen können.

Unsere Position zu den einzelnen Artikeln ist auf der nachfolgenden Seite aufgeführt.

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Ruth Schweingruber
Geschäftsführerin SVPL

ruth.schweingruber@svpl.ch



Stellungnahme SVPL zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 25	Abs. 2 Bst. a	Vorbehaltlose Zustimmung
Art. 25a	Abs. 1	Vorbehaltlose Zustimmung
	Abs. 2	Zustimmung für den Mehrheitsantrag mit Präzisierung im 2. Satz, „... und die im Spital gemeinsam ...“ Es muss ersichtlich sein, dass der Arzt/die Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig ist (delegierter bzw. eigenständiger Bereich)
	Minderheitsantrag:	Dezidierte Ablehnung, ist zu streichen
Art. 33	Abs. 1 ^{bis}	Generelle Zustimmung, litt c. ist ersatzlos zu streichen
Art. 35	Abs. 2 Bst. d ^{bis}	Vorbehaltlose Zustimmung
Art. 40a		Dezidierte Ablehnung des Minderheitsantrages
Art. 55a	Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4	Ablehnung
Übergangsbestimmungen		Bedingte Zustimmung Die Auswertung soll sich nicht rein auf die quantitative, monetäre Ebene beschränken, sondern auch qualitative Aspekte wie Veränderung in der Versorgungslandschaft berücksichtigen.

Per Mail an:

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 1. Juli 2015 – CST/rp

Pa.Iv. 11.418 Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Vernehmlassungsantwort des Verbandes **senesuisse**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Teilnahme am rubrizierten Vernehmlassungsverfahren.

Da **senesuisse** als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen mit den in den Heimen beschäftigten Mitarbeitern direkt von den Regelungen betroffen ist, erhalten Sie innert Frist diese Stellungnahme.

Im Jahr 1996 wurde der Verband **senesuisse** gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 350 Institutionen mit über 20'000 Pflegeplätzen und annähernd 50'000 Angestellten sind angeschlossen.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich **senesuisse** seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung und Freiheit **begrüssen wir den unterbreiteten Vorschlag: Um die Stellung der tertiär ausgebildeten Pflegefachleute zu stärken und keine unnötigen ärztlichen Verordnungen zu verlangen, drängt sich diese Änderung der gesetzlichen Grundlagen geradezu auf.**

A Einleitende Bemerkungen zur Vorlage

Als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeheime ist **senesuisse** von den Änderungen deutlich weniger betroffen als freischaffende Pflegefachleute oder die spitalexterne Pflege (Spitex). Zwar sollen die Pflegefachpersonen FH/HF auch in Institutionen die Kompetenz erhalten, um Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination sowie Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag zu erbringen. Weil in diesen Betrieben fast nur Bewohner leben, welche einen die „Behandlungspflege“ ebenfalls umfassenden Pflegebedarf haben, wird in fast allen Fällen nach wie vor eine ärztliche Verordnung auszustellen sein. Mit Blick auf die medizinische Verantwortung ist die Beibehaltung dieser Kompetenz gerechtfertigt.

Wir begrüssen an der Vorlage namentlich das Ziel, die Attraktivität der Pflegeberufe und vor allem die tertiären Ausbildungen zu stärken. Es ist zu hoffen, dass sich das Berufsbild mit diesen zusätzlichen Kompetenzen weiter verbessert und dadurch die Motivation zum Abschluss einer FH-/HF-Ausbildung steigt. Bereits heute besteht ein stark spürbarer Engpass an tertiär ausgebildetem Personal, weshalb die Aufwertung dieser Berufsabschlüsse zu unterstützen ist.

Auch weil sich **senesuisse** stets für Deregulierung im Gesundheitswesen einsetzt und die Selbstverantwortung von Leistungserbringern und Patienten stärken will, begrüssen wir die unterbreiteten Vorschläge. Für die Abklärung, Beratung, Koordination sowie Grundpflege ist es nicht notwendig, eine ärztliche Verordnung zwingend vorauszusetzen. Dieser unnötige Administrativaufwand für ohnehin knapp vorhandene Hausärzte kann getrost eingespart werden.

Schliesslich bewirkt die Vorschrift einer ärztlichen Verordnung kaum, dass auf womöglich unnötige Leistungen verzichtet wird: Für die Abklärungen sind ohnehin die Pflegefachpersonen zuständig, während der Arzt diese Einschätzung bloss noch formhalber unterzeichnet. Aus unserer Sicht droht bei einer Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen keine Mengenausweitung, sondern es besteht vielmehr die Chance auf angemessene Leistungen und eine Stärkung der Effizienz in der ambulanten Versorgung.

Wir begrüssen den Verzicht auf unnötige ärztliche Verordnungen und vor allem das Ziel der Vorlage, dass die Attraktivität der (tertiären) Pflegeberufe gesteigert werden soll.

B Stellungnahme zu einzelnen vorgelegten Bestimmungen

Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG

Als Verband der wirtschaftlich orientierten Alters- und Pflegeeinrichtungen unterstützen wir die Aufnahme der Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer und besonders auch die Bestimmung, dass bei stationären Behandlungen der Betrieb abrechnungsberechtigter Leistungserbringer bleibt. Die vorgeschlagene Änderung des Begriffs „Spital“ zu „stationärer Behandlung“ hilft, eine Unklarheit in der aktuellen Fassung zu eliminieren.

Der Verband **senesuisse unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.**

Art. 25a Abs. 1 KVG

Es ist korrekt, wenn für alle Leistungserbringer bestimmt wird, dass die KVG-Abrechnung der auf ärztlicher Diagnose basierender „Behandlungspflege“ weiterhin eine ärztliche Verordnung voraussetzt, während für die anderen Leistungen ein Nachweis des Pflegebedarfs sowie die Ausführung durch tertiäre Fachpersonen genügt. Die Abrechnung für in Institutionen erbrachte Leistungen durch den Betrieb trägt dazu bei, einer möglichen Mengenausweitung vorzubeugen.

Der Verband **senesuisse unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.**

Art. 25a Abs. 2 KVG

Die Durchführung der Akut- und Übergangspflege ist viel zu stark reglementiert und begrenzt. Ihre Bedeutung sinkt aktuell gegen null, weil der Zeitraum von maximal 14 Tagen viel zu kurz bemessen ist und der Aufwand in keinem Verhältnis dazu steht. Zudem ist auch noch die Finanzierung mangelhaft: Indem die Kosten für Betreuung und Hotellerie nicht vergütet werden, sondern von den Betroffenen selbst bezahlt werden müssen, besteht insbesondere eine Benachteiligung gegenüber der Weiterführung eines Spitalaufenthalts. Die heutige Finanzierung bietet für die Patienten keinen Anreiz, das Angebot der AÜP zu nutzen. Eher bleiben sie in Spitalbehandlung, was zu höheren Gesamtbehandlungskosten führt.

Diese Hauptprobleme der AÜP können zwar mit der vorgelegten Revision leider nicht beseitigt werden. Wenigstens müsste das Augenmerk darauf gerichtet sein, den Administrativaufwand für diese sinnvolle Behandlungsform nicht noch weiter zu erhöhen. Genau dies würde aber mit dem Zwang zur gemeinsamen Anordnung durch Spitalarzt und Pflegefachperson erreicht.

Der Verband **senesuisse unterstützt deshalb weder Haupt- noch Minderheitsantrag, sondern verlangt eine Regelung, wonach die Spitalärzte die Behandlungspflege und die Pflegefachpersonen die in ihrer Kompetenz stehenden Leistungen verordnen können.**

Art. 33 Abs. 1^{bis} KVG

Gemäss den obigen Ausführungen begrüssen wir die Kompetenzaufteilung in ein Gebiet mit ärztlicher Verordnung und ein Gebiet mit Kompetenz der Pflegefachleute. Mit dem aktuell vorgeschlagenen Wortlaut wird diese Aufteilung präzisiert, was eine sinnvolle Abgrenzung ermöglicht und die effiziente Autonomie der Pflegefachleute stärkt.

Der Verband *seneuisse* unterstützt den Minderheitsantrag, welcher auf ein Gebiet mit gemeinsamer Kompetenz von Ärzten und Pflegefachpersonen verzichtet, was nur zu mehr Unsicherheit führte. Ärzte sollen die „Behandlungspflege“ und Pflegefachpersonen die ihrer Kompetenz zugewiesenen Leistungen jeweils alleine verordnen können.

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis} KVG

Gemäss den obigen Ausführungen unterstützt *seneuisse* die Aufnahme der Pflegefachpersonen als abrechnungsberechtigte Leistungserbringer. Dies entspricht weitgehend der heute schon gelebten alltäglichen Pfl egetätigkeit und Verantwortung. Dabei ist auch zu begrüssen, dass bei einer Tätigkeit in Institutionen weiterhin der Betrieb zur Abrechnung befugt ist und nicht die Pflegefachpersonen selber.

Der Verband *seneuisse* unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.

Art. 40a KVG

Eine Kommissionsminderheit will die Pflegefachpersonen nur dann zur selbständigen Tätigkeit mit Rechnungsstellung an die Krankenversicherer zulassen, wenn sie über einen Vertrag mit den Versicherern verfügen. Dadurch würde für sie – als einzige der nach KVG zugelassenen Leistungserbringer – der Kontrahierungszwang nicht gelten. Offensichtlich soll damit die bisher politisch stets chancenlose Aufhebung des Kontrahierungszwangs durch die Hintertür bzw. in Raten eingeführt werden. Dem widersetzt sich *seneuisse* und weist darauf hin, dass es sich um notwendige Pflegeleistungen handelt, welche entsprechend von der OKP auch zwingend zu vergüten sind. Ein derart schwerwiegender Eingriff in die Prinzipien des KVG lässt sich nicht rechtfertigen, zumal mit den Änderungen nicht einmal eine marginale Mengenausweitung droht.

Der Verband *seneuisse* lehnt den Minderheitsvorschlag klar ab.

Art. 55a KVG

Der Verband *seneuisse* setzt sich im gesamten Gesundheitswesen für gesunden Wettbewerb ein und kämpft gegen fragwürdige Zulassungsbeschränkungen durch die Kantone. Aus unserer Sicht müsste namentlich auch die Begrenzung der Pflegeplätze für Pflegeheime aufgehoben werden oder zumindest eine deutliche Anhebung der Bettenzahlen erfolgen. Nur so werden verzögerte Heimeintritte mit entsprechender Belastung der Angehörigen und zusätzlichen teuren Spitaltagen oder Transfers vermieden. Das Risiko zusätzlicher Betten trägt der Investor, dessen Bedarfsabklärung die öffentliche Bettenplanung erst noch mindestens gleichwertig ersetzt. Die heutige Beschränkung verhindert einen gesunden Wettbewerb unter den Anbietern und vermindert Anreize zu besserer Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die gleichen Überlegungen gelten auch für die Pflegefachpersonen. Eine – meistens mit sehr aufwändiger Administration verbundene – künstliche Begrenzung der Zulassungen durch die Kantone ist klar abzulehnen. Aus unserer Sicht droht keine unbegründete Mengenausweitung.

Der Verband *seneuisse* lehnt die Ausweitung des Zulassungsstopps ab.

Übergangsbestimmung

Es macht Sinn, dass 5 Jahre nach Inkrafttreten der neuen Bestimmungen ein Bericht über dessen Auswirkungen erstellt wird und mögliche Verbesserungen anvisiert werden können.

Der Verband *seneuisse* begrüsst die vorgeschlagene Evaluation der Neuregelung.

C Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Aus Sicht von **sene**suisse sind die unterbreiteten Inhalte der Vernehmlassungsvorlage wie folgt zu werten:

- Das Ziel einer Stärkung der Position von Pflegefachleuten ist äusserst positiv zu werten. Es wäre sehr zu wünschen, dass durch die erhöhten Kompetenzen auch eine zusätzliche Motivation zur Absolvierung tertiärer Ausbildungen geschaffen werden kann.
- **sene**suisse begrüsst die Abgrenzung der Zuständigkeit, welche den bereits heute gelebten Tätigkeiten und Verantwortungen entspricht: Eine ärztliche Verordnung soll weiterhin für die „Behandlungspflege“ nötig sein, während die Pflegefachpersonen HF/FH gewisse definierte pflegerische Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen und abrechnen können.
- Es ist korrekt, dass für die Abrechnung der Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, weiterhin der Betrieb als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer gilt.
- Aus Sicht von **sene**suisse wird das Ziel einer möglichst effizienten und klaren Leistungserbringung verfehlt, wenn zwingend der Spitalarzt und eine Pflegefachperson gemeinsam die AÜP verordnen müssen. Bereits heute ist dieses Instrument zu stark reglementiert und soll deshalb nicht noch komplizierter ausgestaltet werden.
- Eine klar ablehnende Haltung hat **sene**suisse gegenüber der von einer Minderheit beantragten Aufhebung des Kontrahierungszwangs sowie gegenüber der vorgeschlagenen Ausweitung des Zulassungsstopps auf Pflegefachpersonen.
- Zu begrüssen ist, dass 5 Jahre nach der Einführung der Neuerungen eine Evaluation mit allfälligen Verbesserungsvorschlägen erfolgen soll.

Wir danken Ihnen für die geleistete Arbeit sowie für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen
senesuisse

Christian Streit
Geschäftsführer



SCHWEIZERISCHE INTERESSENGEMEINSCHAFT NOTFALLPFLEGE
COMMUNAUTÉ D'INTÉRÊTS SOINS D'URGENCE SUISSE
WWW.NOTFALLPFLEGE.CH



Geht an:
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
zHd. der Kommission für Soziale
Sicherheit und Gesundheit (SGK)
des Nationalrats
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Sursee, 14. August 2015

g:\c_leistung\c1_vm\sin\2015\01_verbandsführung\06_stellungnahmen\parl_initiative_pflge\140410wm_d_01_stellungnahme_gesetzliche_anerkennung_pflege.doc

**Stellungnahme der Schweizerischen Interessengemeinschaft Notfallpflege
Anästhesiepflege (SIN) zu:
Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“
Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrats**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege (SIN) ist ein Fachverband des Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).

Die SIN schliesst sich der Stellungnahme des SBK an.

Freundliche Grüsse

Für den Vorstand der SIN

Petra Tobias, Präsidentin

Beilage:
Stellungnahme SBK

Stellungnahme des SBK zu:

Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Im Allgemeinen

Es versteht sich von selbst, dass der SBK - als der Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner der Schweiz - die Stossrichtung der Vorlage entschieden unterstützt. Seine Statuten verpflichten ihn namentlich, die Gesundheits- und Krankenpflege weiterzuentwickeln, deren Qualität zu sichern und sich an den politischen Entscheidungsprozessen in Fragen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung mitzuwirken. Der SBK war an den bisherigen Beratungen der parlamentarischen Initiative eng beteiligt und er ist wiederholt sowohl parlaments- als auch verwaltungsseits von den zuständigen Stellen und Gremien einbezogen worden, wofür wir uns sehr bedanken.

Der SBK identifiziert sich vollkommen mit den Zielen und dem Inhalt der parlamentarischen Initiative. Für ihn kann es demnach in der vorliegenden Vernehmlassung nur um die Frage gehen, inwiefern der Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats die Anliegen der Initiative abbildet bzw. umsetzt.

Dabei machen wir vor allem auf folgenden Sachverhalt aufmerksam, der im Bericht unseres Erachtens viel zu wenig zum Ausdruck kommt.

Der Pflegeberuf zeichnet sich dadurch aus, dass er aus zwei Bereichen besteht. Die Diplombildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann befähigt die Berufsangehörigen nämlich, auf zwei Gebieten tätig zu sein:

1. auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet (in der Terminologie der Krankenpflege-Leistungsverordnung: „Untersuchungen und Behandlungen“). Es handelt sich dabei prinzipiell um ärztliche Leistungen, die aber (aufgrund rechtlich klarer Kriterien) von Ärztinnen und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden dürfen. Federführend ist hier der Arzt/die Ärztin, der Fokus liegt auf der Krankheit, namentlich auf deren Identifizierung (der Diagnose) und der daraus abgeleiteten Behandlung (Therapie);
2. auf dem Gebiet der Pflege im engen und im eigentlichen Sinn (eigenverantwortlicher Bereich der Pflege). Anders als im ärztlich-delegierten Bereich liegt hier der Fokus auf die Auswirkungen der Krankheit und ihrer Behandlung auf den Alltag und das Leben des Patienten. Pflege in diesem Sinn und auf diesem Gebiet besteht darin, den Patienten bei der Bewältigung dieser Auswirkungen anzuleiten und zu unterstützen, sei es auf dem Weg zur Genesung, im Hinblick auf ein Leben mit einer chronischen Erkrankung oder im Sterben. Grundlage der Pflege bildet die Abklärung des Pflegebedarfs. Der Inhalt dieses sog. eigenständigen Bereichs der Pflege entzieht sich der ärztlichen Kompetenz und befindet sich ausserhalb des Bereichs der ärztlichen Kunst.

Diese Unterscheidung zwischen ärztlich-delegiertem und eigenständigem Bereich der Pflege wird in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und –verordnungen explizit oder implizit abgebildet, indem festgehalten wird, dass Pflegefachpersonen

1. für die Massnahmen, die dem ärztlich-delegierten Bereich ihrer Tätigkeit zuzuordnen sind, zwingend eine ärztliche Verordnung benötigen; hingegen,
2. für die Massnahmen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, eigenverantwortlich sind.

Anders das KVG. Dieses Bundesgesetz (und im Einzelnen dessen Verordnungen) bestimmt, welche Pflegeverrichtungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter welchen Voraussetzungen vergütet werden. Eine zwingende Bedingung für die Vergütung jedweder Pflegeleistung bildet das Vorliegen einer einschlägigen ärztlichen Verordnung. Eine Ausnahme für Pflegeleistungen, die von kantonalem Berufsrechts wegen in Eigenverantwortung erbracht werden dürfen, besteht nicht. Die Notwendigkeit der Gesetzesrevision ergibt sich aus diesem Widerspruch zwischen dem kantonalen Gesundheitsrecht, das die Kompetenzen der Pflegefachpersonen reglementiert, und dem eidgenössischen Krankenversicherungsrecht, das die Abgeltung der Pflegeleistungen regelt.

Die Anomalie, die mit der parlamentarischen Initiative behoben werden soll, besteht anders ausgedrückt darin, dass die Pflegefachpersonen auf ihrem eigenständigem Gebiet zwar eigenverantwortlich – also ohne ärztliche Verordnung - handeln dürfen, dass ihre Pflege aber – ausnahmslos, also unabhängig davon, ob die betreffenden Pflegemassnahmen dem ärztlich-delegierten oder aber dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind - nur dann von der OKP übernommen werden, wenn dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Dadurch wird die teilweise Eigenverantwortlichkeit, die den Pflegefachpersonen von der einschlägigen kantonalen Gesetzgebung ohne weiteres zugestanden wird, durch das KVG de facto vereitelt.

Dieser Widerspruch lässt sich sachlich nicht begründen, er führt zu administrativen Leerläufen und Doppelspurigkeiten, mit dem damit verbundenen Mehraufwand für die Kostenträger; vor allem aber ist er der Attraktivität des Pflegeberufes äusserst abträglich.

Angesichts gewisser Befürchtungen, aber auch stellenweise missverständlicher Formulierungen im Bericht, kann gar nicht genug betont werden, dass die Initiative – und der Vorentwurf in seiner vorliegenden Fassung – die bestehenden Kompetenzen der Ärzte/Ärztinnen einerseits, der Pflegefachpersonen andererseits unangetastet lässt. Der Grund ist einfach: das KVG regelt keine Kompetenzen, sondern nur Finanzierungsfragen. Es ist hingegen Fakt, dass das geltende KVG, indem es die Vergütung von Pflegeleistungen an eine sachfremde Bedingung knüpft, indirekt bestehende Kompetenzen der Pflegefachpersonen beschneidet.

Eine Reflexwirkung der geltenden KVG-Regelung, wonach Pflegeleistungen ausnahmslos von einem Arzt/einer Ärztin verordnet werden müssen, um von der OKP übernommen zu werden, besteht darin, dass der bestehenden eigenverantwortlichen Bereich der Pflege sozusagen ins Leere greift (dies soll der Wortlaut der parlamentarischen Initiative zum Ausdruck bringen, mit der der – bestehende – eigenverantwortliche Bereich der Pflege anerkannt werden soll). Umgekehrt ist aber undenkbar, dass das KVG (und damit der vorliegende Vorentwurf) den Kompetenzbereich der Pflege erweitert, da die Abgrenzung desselben in die Zuständigkeit der Kantone fällt.

Was zur Kompetenzaufteilung bzw. –abgrenzung zwischen den Ärzten und Ärztinnen einerseits, den Pflegefachpersonen andererseits gesagt wurde, gilt selbstredend auch für deren Haftung: die Vorlage ändert nichts an der gegenwärtigen Situation. Soweit es um Pflegeleistungen, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zugeordnet sind, hat die Unterschrift des Arztes/der Ärztin auf dem Bedarfsmeldeformular keinerlei haftpflichtrechtliche Auswirkung.

Sprachliche Anmerkung zur französischen und zur italienischen Fassung: in diesen Fassungen wird durchgehend die männliche Form verwendet („infirmiers“, „infermieri“); dies mag darin begründet sein, dass diese Sprachen im Gegensatz zur deutschen keine neutrale generische Bezeichnung („Pflegefachpersonen“) kennen. Im Sinne der Geschlechtsneutralität, wenn nicht schon aufgrund des Umstandes, dass der Pflegeberuf nach wie vor zu rund 90% von Frauen ausgeübt wird, plädieren wir für die Verwendung entweder der weiblichen Form („infirmières“, „infermiere“), oder aber beider Formen (analog „Ärzte und Ärztinnen“, „Chiropraktoren und Chiropraktorinnen“, „Apotheker und Apothekerinnen“).

Zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Die Formulierung „Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von [...]“ wird ersetzt durch „Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von [...]“. Damit wird eine Unklarheit in der geltenden Fassung eliminiert und klargestellt, dass sich Art. 25 ausschliesslich auf die Pflegeleistungen anlässlich einer stationären (Spital-) Behandlung bezieht; die Pflegeleistungen hingegen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, bilden Gegenstand von Art. 25a Abs. 1.

Im Wesentlichen geht es hier aber um die eingefügte Ziff. 2^{bis}. Damit schliesst der Geltungsbereich der Bestimmung neu Leistungen ein, die von Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung erbracht werden (die Leistungen, die sie auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, werden nach wie vor durch die Ziff. 3 erfasst). Begrüssenswerterweise nimmt der Bericht bereits die später auf Verordnungsebene vorzunehmende Zuordnung der Pflegeleistungen zum eigenverantwortlichen Bereich einerseits (Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege) und zum ärztlich-delegierten Bereich andererseits (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) vorweg.

Der Bericht weist zutreffend darauf hin, dass diese Anpassung nichts daran ändert, dass es beim abrechnungsberechtigten Erbringer dieser Leistungen nach wie vor um das Spital geht (wobei die Abgeltung nach dem System der Fallpauschalen geschieht).

Damit erfolgt schlichtweg eine Anpassung an die herrschende Praxis: bereits heute ist im Spital nur bei der Delegation von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen an das Pflegepersonal eine ärztliche Verordnung üblich. Damit kann auch eine Mengenausweitung aufgrund der nun expliziten Anerkennung der Teilautonomie der Pflegefachpersonen praktisch ausgeschlossen werden; im stationären Bereich ist die Tragweite der Vorlage dementsprechend vor allem symbolischer Art - wobei die Tragweite dieser Symbolik für die Attraktivität des Pflegeberufs nicht überschätzt werden kann.

Der SBK unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 25a Abs. 1

Im Gegensatz bzw. in Ergänzung zu Art. 25 regelt Art. 25a die Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant (einschliesslich Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht werden. Setzt die Abgeltung dieser Leistungen durch die OKP nach geltendem Recht ausnahmslos voraus, dass dafür eine ärztliche Anordnung besteht, sieht die Vorlage vor, dass für einen Teil dieser Pflegeleistungen eine solche nicht vorliegen muss. Auch hier nimmt der Bericht die Aufteilung der Leistungen analog zu Art. 25 Abs. 2 vor. Und auch hier gilt, dass, ausser im Rahmen der (nach wie vor wenig verbreiteten) selbständigen Berufsausübung nicht die Pflegefachperson selber, sondern die sie beschäftigende Institution (Pflegeheim oder Spitex-Organisation) die Leistungen in Rechnung stellt. Ein Anreiz zur Mengenausweitung aufgrund der neu gewonnenen Autonomie ist somit auch hier nicht ersichtlich.

Der SBK unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 25a Abs. 2

Bei der sog. Akut- und Übergangspflege handelt es sich um Pflegeleistungen, die zwar ambulant, aber, weil sie im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht werden, nach den Regeln der Spitalfinanzierung (also pauschal) vergütet werden. Sachlogischerweise schlägt sich die Anerkennung eines eigenverantwortlichen Bereichs der Pflege hier dergestalt nieder, dass die indizierten Pflegeleistungen neu nicht mehr nur vom Spitalarzt, sondern – je nachdem, ob sie zum eigenverantwortlichen oder zum ärztlich-delegierten Bereich der Pflege gehören - vom Arzt und vom Pflegedienst angeordnet werden. Der Bericht hält zutreffend fest, dass auch dies der heute gelebten Praxis entspricht. Unzutreffend erscheint uns hingegen der Begriff „gemeinsam“ im Zusammenhang mit dem Anordnungsvorgang. Dieser könnte so missverstanden werden, dass die klare Abgrenzung zwischen ärztlich-delegierten Pflegeleistungen einerseits, eigenverantwortlichen Pflegeleistungen andererseits im stationären Bereich und im Bereich der ambulant oder im Heim erbrachten Langzeitpflege bei der Anordnung der Akut- und Übergangspflege aufgehoben würde: dergestalt, dass sämtliche Pflegeleistungen vom ärztlichen und vom Pflegedienst gemeinsam angeordnet werden müsste. Demgegenüber muss aus unserer Sicht diese Bestimmung kompetenzgerecht formuliert werden und sicherstellen, dass die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vom Arzt/von der Ärztin, die Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege vom Pflegedienst angeordnet werden. Dies würde in beide Richtungen mögliche Kompetenzüberschreitungen ausschliessen; insbesondere wäre damit klar, dass sich eine gemeinsame Anordnung erübrigt, wo ausschliesslich die eine oder die andere Art von Massnahmen indiziert ist.

Der SBK unterstützt den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass aus der Formulierung ersichtlich sein soll, dass Arzt/Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflege-massnahmen zuständig sind.

Minderheitsantrag

Eine Minderheit der Kommission beantragt, statt dass Arzt und Pflegefachperson die Massnahmen der Akut- und Übergangspflege gemeinsam anordnen, ein schlichtes Mitspracherecht des Pflegedienstes. Dieser Ansatz ergibt weder von der Systematik, noch von der Logik der ganzen Revision einen Sinn: insbesondere ist nicht nachvollziehbar, warum die Anerkennung eines klar abgrenzbaren eigenverantwortlichen Bereichs der Pflege nicht auch in der Akut- und Übergangspflege umgesetzt werden soll. Es ist mit anderen Worten nicht ersichtlich, warum die gleichen Pflegeleistungen (Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege) im Spital, im Heim und im ambulanten Bereich von den Pflegefachpersonen grundsätzlich in eigener Verantwortung sollen erbracht werden können, im Rahmen der Akut- und Übergangspflege aber weiterhin von einem Arzt sollen verordnet werden. Dieser müsste zwar die zuständige Pflegefachperson konsultieren; das alleinige Recht, die entsprechenden Massnahmen anzuordnen, stünde aber ihm zu. Dies widerspricht der fundamentalen Absicht der Initiative, da dem Arzt eine Kompetenz zugesprochen wird auf einem Gebiet – dem ureigenen Bereich der Pflege – das ausserhalb der Grenzen seiner Kunst liegt und auf dem er nicht sachverständig ist.

Der SBK lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.

Art. 33 Abs. 1^{bis}

Diese Bestimmung überträgt die Kompetenz, die Pflegeleistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung ganz (auf der Grundlage von Art. 25 KVG) oder teilweise (nach Art. 25a KVG) übernommen werden, im Einzelnen zu bezeichnen auf den Bundesrat. In völliger Übereinstimmung mit der unzweideutigen Absicht der parlamentarischen Initiative, die Voraussetzung der Finanzierung der Pflegeleistungen an die berufsrechtliche Regelung der Pflege anzugleichen, nimmt der Bericht, wie bereits erwähnt, diese Zuordnung bereits vorweg: an der geltenden Beschreibung der versicherungspflichtigen Pflegeleistungen wird nichts geändert – nur, dass diese Leistungen neu aufgeteilt werden in einen Bereich, der in die Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen, und in einen ärztlich-delegierten Bereich. Die Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Verordnung erbracht werden dürfen, sollen auch ohne ärztliche Verordnung vergütet werden. Die neue Fassung dieses Artikels dehnt die Delegation an den Bundesrat auf die Pflegeleistungen aus, die neu ohne ärztliche Verordnung erbracht bzw. (in der Akut- und Übergangspflege) gemeinsam mit einem Arzt angeordnet werden.

Entsprechend unseren Ausführungen zu Art. 25a Abs. 2 ist litt. c ersatzlos zu streichen: ob stationär im Spital, im Heim oder ambulant oder in der Akut- und Übergangspflege: diagnostische und therapeutische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erbracht werden, wohingegen Leistungen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin vergütungspflichtig sind.

Der SBK unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung, unter der Voraussetzung der ersatzlosen Streichung von litt. c.

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Systematisch gesehen bezeichnet das KVG einerseits (im 3. Kapitel, zu dem die oben besprochenen Artikel gehören) die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, andererseits (im 4. Kapitel) bestimmt es, wer zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen wird. Art. 35 Abs. 2 Bst. e („Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen [...]“) bleibt auf die Pflegefachpersonen anwendbar, sofern sie Pflegeleistungen erbringen, die zum ärztlich-delegierten Bereich der Pflege gehören (d.h. diagnostische oder therapeutische Massnahmen, bzw., in der Terminologie der KLV, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Der neue Bst. d^{bis} hingegen nimmt die Pflegefachpersonen explizit als Erbringer jener Pflegeleistungen auf, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zuzuordnen sind. Die unterschiedslose Subsumierung der Pflegefachleute unter Bst. e bildet den eigentlichen Stein des Anstosses, den die Initiative zu beseitigen trachtet. Berufsrechtlich ist die Pflege schon lange kein ärztlicher Hilfsberuf mehr; es ist deshalb unhaltbar und stossend, ihm *qua* Finanzierung der Pflegeleistungen weiterhin dieses Korsett und diesen Makel aufzuerlegen.

Unter welchen Voraussetzungen Pflegefachpersonen zur Leistungserbringung zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind, regelt der Bundesrat auf Verordnungsebene. Nach geltendem Recht (Art. 49 KVV) sind dies ein Diplom in Krankenpflege sowie zwei Jahre Berufserfahrung. Der SBK sieht keinen Anlass für eine Änderung dieser bewährten Regelung (wobei die Terminologie der geltenden Bildungssystematik angepasst werden müsste: die nun auf Tertiärstufe angesiedelte Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege wird an einer Höheren Fachschule bzw. an einer Fachhochschule absolviert und mit einem Diplom bzw. mit einem Bachelorortitel abgeschlossen).

Der SBK unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 40a

Eine Kommissionsminderheit will die Pflegefachpersonen, soweit sie nicht im ärztlich-delegierten Bereich tätig sind, nicht zu den zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung tätigen, in Art. 35 aufgezählten Leistungserbringern zählen, sondern ihnen einen eigenen Artikel 40a widmen, was sich wohl dadurch erklärt, dass für sie – als einzige Leistungserbringer – der Kontrahierungszwang nicht gelten würde. Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht würden, welche die Voraussetzungen des KVG erfüllen, müssten somit nicht mehr bzw. nur bei Bestehen eines Zulassungsvertrages zwischen der Leistungserbringerin und der jeweiligen Krankenkasse vergütet werden.

Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die Gesetzesanpassung von der Kommissionsminderheit zum Anlass genommen wird, um die bis anhin politisch chancenlose Aufhebung des Kontrahierungszwangs durch die Hintertür bzw. in Raten, angewandt auf einen Beruf, dessen Leistungen (und politisches Gewicht) wenig ins Gewicht fallen, einzuführen. Angesichts des betroffenen, vergleichsweise vernachlässigbaren Leistungsvolumens besteht für eine derart schwerwiegende Massnahme keinerlei objektive Notwendigkeit.

Der SBK widersetzt sich dem Minderheitsantrag kategorisch.

Art. 55a

Diese Bestimmung dehnt den bisher auf Ärzte begrenzten Zulassungsstopp (bzw. deren bedarfsabhängige Zulassung) explizit und umfassend auf Pflegefachpersonen aus, und zwar „unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben“. Die Formulierung ist schon grammatikalisch schwer verständlich, zumal unklar ist, inwiefern Abs. 1 Bst. d weiter geht als Bst. c (Die Frage ist also, ob Pflegefachpersonen, die ihre Tätigkeit unselbständig ausüben i.S. von Bst. c nicht schon die „Pflegefachpersonen, die ihre Tätigkeit in einer Organisation nach Art. 35 Absatz 2 Buchstabe 3 d^{bis} oder im ambulanten Bereich von Spitälern nach Art. 39 ausüben“ einschliessen).

Wie es sich damit auch verhalten mag, steht diese Bestimmung in diametralem Widerspruch zu einer der erklärten Absichten der Initiative, nämlich: den Personalnotstand in der Pflege zu lindern. Im Hinblick auf eine adäquate Gesundheitsversorgung in der Gegenwart und in der Zukunft gibt nicht ein Zuviel, sondern ein Zuwenig an Pflege und an Pflegefachpersonen Anlass zu grösster Sorge. Die epidemiologischen und demographischen Daten sind hinlänglich bekannt und müssen gewiss nicht hier wiederholt werden: es genügt, daran zu erinnern, dass in absehbarer Zukunft ein akuter Versorgungsnotstand droht. Angesichts des bisher starken und tendenziell zunehmenden Anteils ausländischer Arbeitskräfte in der Pflege, dürfte die Annahme der Masseneinwanderungsinitiative die Problematik wohl noch verschärft haben (Stichwort Fachkräftemangel). Die Politik bemüht sich auf den verschiedensten Ebenen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen, damit mehr Jugendliche sich für ihn entscheiden und mehr Berufsangehörige länger darin verbleiben.

In diesem Kontext erscheint die einem Zulassungsstopp zugrunde liegende Vorstellung eines Angebotsüberschusses abwegig. Hier sei indessen vermerkt, dass eine durchaus plausible Zunahme der Nachfrage nach ambulanter Pflege bestimmt nicht auf eine vorgängige Zunahme des Pflegeangebots zurückzuführen sein wird, sondern auf den Umstand, dass die Pflege der Zukunft sich progressiv vom Spital in den ambulanten Bereich verlagern wird. Es wäre verhängnisvoll, den Kantonen die Möglichkeit zu geben, zulasten der Patienten und der Pflegefachpersonen die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ aus sparpolitischen Gründen zu konterkarieren. Des Weiteren geben die Erfahrungen mit der bisher mangelbehafteten Umsetzung der Pflegefinanzierung zur Befürchtung Anlass, die Kantone könnten den Zulassungsstopp missbrauchen, um Strukturpolitik zu betreiben, indem sie ihn zulasten der freiberuflichen Pflegefachpersonen und zugunsten der öffentlichen Spitex-Organisationen einsetzen.

Ausserdem nimmt Abs. 2 die Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz vom Bedürfnisnachweis aus. Sollte entgegen unserem Antrag an einem Bedürfnisnachweis für Pflegefachpersonen festgehalten werden, erwarten wir eine entsprechende Ausnahmeregelung auch für unsere Berufsgattung.

Der SBK spricht sich entschlossen gegen diese Bestimmung aus.
Im Sinne eines Eventualantrags müssten die Pflegefachpersonen unter vergleichbaren Voraussetzungen vom Bedürfnisnachweis ausgenommen werden, wie sie für die Ärzte und Ärztinnen gelten.

Übergangsbestimmung

Es spricht nichts gegen eine Auswertung der vorliegenden Gesetzesanpassung. Allerdings soll die Wirkungsanalyse laut Vorlage insbesondere die wirtschaftlichen Auswirkungen ins Auge fassen. Der SBK fordert deshalb eine *umfassende* Wirkungsanalyse, die eben nicht einseitig auf einen baren Vergleich der Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die Pflege fokussiert, sondern mindestens auch den vorhin erwähnten Wandel in der Versorgungslandschaft berücksichtigt („ambulant vor stationär“). Entsprechend einem weiteren Hauptziel der Initiative wäre auch der Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufes in die Auswertung einzubeziehen.

Der SBK spricht sich bedingt für die Übergangsbestimmung aus.



Spitex Verband Schweiz

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrats

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 03.07.2015

11.418 Pa.IV. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Vernehmlassungsantwort Spitex Verband Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat am 24. April 2015 die interessierten Kreise eingeladen, im Zusammenhang mit der Pa.IV. 11.418 zu einem Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes Stellung zu beziehen. Gerne nimmt der Spitex Verband Schweiz diese Möglichkeit wahr.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Non-Profit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen rund 33'500 Mitarbeitende. 180'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und 111'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

1 Generelle Bemerkung

Der Spitex Verband Schweiz unterstützt das Anliegen der Pa.IV. 11.418, dass Leistungen von Pflegefachpersonen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, ohne ärztliche Verordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergüten sind. Die entsprechenden Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes schaffen nicht neue Kompetenzen für Pflegefachpersonen, sondern passen deren Abgeltung durch die OKP an die bereits heute gewährten Kompetenzen an.

2 Stellungnahme zu einzelnen Artikeln

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Wir unterstützen sowohl die Präzisierung „...sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden“ als auch das Einfügen der Ziffer 2^{bis} Pflegefachpersonen.

Art. 25a Abs. 1

Wir fordern folgende Präzisierung:

b. von einer Pflegefachperson oder von einer Organisation, die Pflegefachpersonen beschäftigt, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.

Der Skill- und Grade-Mix bei Spitex muss entsprechend der heutigen Regelung im KVG möglich bleiben. So muss sichergestellt werden, dass beispielsweise Fachangestellte Gesundheit (FA-GE) als Mitarbeitende von Spitex-Organisationen weiterhin im Rahmen ihrer Kompetenzen Pflegeverrichtungen erbringen dürfen.

Art. 25a Abs. 2

Wir unterstützen den Mehrheitsantrag nicht. Es ist stossend, wenn bei der Akut- und Übergangspflege (AÜP) Massnahmen der Grundpflege verordnet werden müssen, bei der „gewöhnlichen“ ambulanten Pflege dagegen nicht. Dies ändert sich unserer Meinung nach auch dann nicht, wenn die Grundpflege bei der AÜP von einer Pflegefachperson im Spital und nicht von der Spitalärztin verordnet wird.

Wir regen an, dass die Spitalärztin die Massnahmen der Abklärung sowie der Untersuchung und der Behandlung verordnet. Für die restlichen Massnahmen – Beratung, Koordination und Grundpflege – sind keine Verordnung erforderlich. Sie sind eigenverantwortlich durch die ambulanten Pflegefachpersonen respektive durch die Spitex-Organisationen mit zuständiger, verantwortlicher Pflegefachperson zu erbringen und von der OKP zu vergüten.

Minderheitsantrag

Wir lehnen den Minderheitsantrag mit der gleichen Argumentation wie oben ab.

Art. 33 Abs. 1^{bis}

Weil wir die vorgeschlagene Änderung von 25a Abs. 2 nicht unterstützen, fordern wir hier die Streichung von lit. c. Ansonsten unterstützen wir die Formulierung dieser Bestimmung.

Im weiteren fordern wir folgende Präzisierung:

a. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;

b. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Wir unterstützen die Formulierung dieser Bestimmung.

Art. 40a

Wir lehnen diesen Minderheitenantrag ab. Es ist stossend, dass einzig für die Pflegefachpersonen der Kontrahierungszwang nicht gelten soll.

Wir unterstützen aber, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Zulassung der Pflegefachpersonen wie auch der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause regeln. Dies hat der Bundesrat nach Art. 38 KVG in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu definieren.

Sollte die SGK-NR am Art. 40a wie vorgeschlagen festhalten, müsste sichergestellt werden, dass Spitex-Organisationen, welche die Versorgungspflicht erfüllen, nicht unter die Aufhebung des Kontrahierungszwangs fallen.

Art. 55a

Wir unterstützen die Bestrebungen, den Kantonen die Kompetenz zu erteilen, den ambulanten Bereich zu steuern. Dies haben wir in unserer Vernehmlassungsantwort zur Teilrevision KVG Steuerung betreffend des ambulanten Bereichs vom 10. Oktober 2014 festgehalten.

Bei der ambulanten Pflege ist diese Kompetenz besonders wichtig, weil die Kantone die Restfinanzierung tragen müssen.

Wir unterstützen die vorgeschlagenen Änderungen im Artikel 55a.

Übergangsbestimmungen

Wir unterstützen die Übergangsbestimmungen

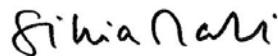
Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Verband Schweiz



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
pfister@spitex.ch



Silvia Marti Lavanchy
Politik/Grundlagen
marti@spitex.ch

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH- 3003 Bern

16. Mai 2015

Vernehmlassung:
11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Nationalrat
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne ergreifen wir die Gelegenheit und nehmen wie folgt zur parlamentarischen Initiative
11.418 Stellung.

Der Konferenz der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz- KPP, ist es ein wichtiges Anliegen, die parlamentarische Initiative aktiv zu unterstützen und diesen schon längst überfälligen Schritt der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege, Realität werden zu lassen.

Mit der vorliegenden KVG Gesetzesrevision wird das Image eines Hilfsberufs der Pflege überwunden und die spezifischen Kompetenzen von Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen in der Gesundheitsversorgung der Zukunft massgebend gestärkt.

Wir sehen in dieser wichtigen Massnahme eine deutliche Aufwertung des Pflegeberufs, die die allgemeine Attraktivität erhöht, die Rekrutierung von potentiellen Berufsangehörigen erleichtert und die Drop Out Raten von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung vermindert.

Durch die Veränderung der Bildungslandschaft in den vergangenen Jahren und den daraus resultierenden Kompetenzbeschreibungen der Aus- und Weiterbildung der Pflege, wird nun die Verantwortung für diesen originären Fachbereich der Pflege mit der Anerkennung im KVG geregelt.

Pflegefachpersonen übernehmen die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess, sie erstellen Pflegediagnosen, eruieren den Pflegebedarf, treffen die notwendigen fachlichen Massnahmen und evaluieren diese. Diese Fokussierung auf die Auswirkungen von Krankheiten steht im Mittelpunkt einer professionellen Pflege.

Daneben bewegen wir uns in der interprofessionellen ärztlichen Zusammenarbeit auch in einer Delegationsverantwortung.

Wir anerkennen ebenso, den mitverantwortlichen Anteil ärztlich delegierter Tätigkeiten im Bereich der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, der Pflege.

Die zukünftigen Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und weiteren Gesundheitsfachpersonen werden sich in Zukunft weiterentwickeln müssen, um die mehrfach bestätigte gute Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung sicher zu stellen.

Bereits heute verzeichnen wir eine grosse Diskrepanz zwischen, die an uns gestellten Anforderungen und den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer qualitativ guten und zukunftsorientierten psychiatrischen Gesundheitsversorgung.

Die Grenzen eines innovativen interprofessionellen Skill- und Grade Mix (Teamzusammensetzung) liegen u.a. im Bereich der geltenden gesetzlichen Verantwortung von Ärzten und Pflegefachpersonen. Neue Qualifikationen und deren Kompetenzen im Fachbereich der Pflege können unter diesen Voraussetzungen nur ungenügend und somit nicht wirksam in die Praxis umgesetzt werden. Hier gilt es in Zukunft, standespolitische Positionen und damit einhergehende Ängste abzubauen und gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, um die Erbringer von Gesundheitsleistungen in einem optimalen Qualifikations- und Kompetenzen Mix zum Wohle der Patientinnen und Patienten wirksam werden zu lassen.

Nachfolgende Kommentare der KPP zu den beantragten Neuregelungen im Vorentwurf und erläuternden Bericht vom 15. April 2015

Ad. 3.1 Grundzüge

Wir stimmen dem Text zu und befürworten:

- Die Aufnahme und Anerkennung von Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG.
- Die Nennung von Pflegefachpersonen als explizite Erbringer von Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden.
- Leistungen in der Akut- und Übergangspflege soll von einem Arzt/Ärztin und einer Pflegefachperson im Spital gemeinsam festgelegt und angeordnet werden (Art. 25a Abs. 2 KVG)
- Pflegefachpersonen welche in einer Institution der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder in einem Pflegeheim angestellt sind, sollen Pflegeleistungen gestützt auf eine Bedarfsabklärung ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können (Art. 251 Absatz 1 KVG)
- Selbstständige Pflegefachpersonen, welche auf eigene Rechnung tätig sind sollen näher bezeichnete Pflegeleistungen, gestützt auf eine Bedarfsabklärung aber ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag durchführen und selber gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können.

Ad 3.2 Minderheitsanträge

Die Minderheitsanträge unter Punkt 3.2 werden von der KPP nicht unterstützt und in der vorliegenden Form abgelehnt.

Ad 5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Mit der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege wird die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert. Dies wird zukünftig positive Auswirkungen auf die Rekrutierung und den Erhalt von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung der Schweiz zur Folge haben.

Wir gehen nicht davon aus, dass es bei der Verlagerung von Kompetenzen und Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten hin zu Pflegefachpersonen zu einer Mengenausweitung kommt, im Gegenteil.

Pflegefachpersonen erheben den Pflegebedarf mit professionellen Assessmentinstrumenten und stehen unter Kontrolle durch die Versicherer, Redundanz und Leerläufe werden eliminiert und Leistungen somit wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht.

Selbstständige Pflegefachpersonen im Fachbereich der Psychiatrie sind in Zukunft ein wichtiges Bindeglied in der poststationären Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen. Die Behandlung und Pflege zu Hause (Modell der integrierten Versorgung) wird in Zukunft einen wichtigen Stellenwert in einer patientenorientierten psychiatrischen Versorgung einnehmen.

In diesem Sinne bedanken wir uns recht herzlich für die Möglichkeit, unsere Sichtweise in der vorliegenden Stellungnahme darzulegen.

Mit freundlichen Grüssen

Konferenz Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz



Harald Müller
Präsident



Wilhelmina Zwemer
Vizepräsidentin



Verein Anthroposophische
Pflege in der Schweiz

Soins Anthroposophiques
en Suisse

Associazione di cura
Antroposofica in Svizzera

**Bundesamt für Gesundheit
Frau Karin Schatzmann
3003 Bern**

St. Gallen, 15. Juli 2015

**Stellungnahme von APIS-SAES zu
Pa.Iv.11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“
Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit**

Sehr geehrter Herr Parmelin

Gerne nehmen wir Stellung zur Parlamentarischen Initiative für eine gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege.

Der Verein Anthroposophische Pflege in der Schweiz APIS-SAES ist ein unabhängiger Verein, der alle diejenigen professionell Pflegenden vertritt, die auf der Basis eines anthroposophisch erweiterten Menschenbildes pflegen und/oder in anthroposophisch orientierten Einrichtungen der Schweiz tätig sind. Der Verein existiert seit 2002 und repräsentiert aktuell ca. 180 Mitglieder aus der Akut- und Langzeitpflege sowie der häuslichen Pflege.

Die parlamentarische Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege verlangt, dass die Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege im KVG in einen eigenverantwortlichen und einen mitverantwortlichen Bereich aufgeteilt werden, so dass Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in pflegespezifischen Belangen eigenständig – ohne ärztliche Anordnung – und damit kosteneffektiver handeln können.

APIS-SAES identifiziert sich mit den Zielen und dem Inhalt der Initiative. Wir unterstützen dabei vollumfänglich die Stellungnahme des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) in allen Belangen: Unterstützung der Mehrheitsanträge zu allen explizit aufgeführten Artikeln und kategorische Ablehnung der Minderheitsanträge. Gleichfalls schliessen wir uns dem Einspruch gegen Art. 55 a im Sinne des SBK an.

Wir begrüssen sehr die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Pflegenden mit dieser Initiative, da sie dem aktuellen Berufsprofil und der beruflichen Realität absolut entspricht. In diesem Sinne wünschen wir uns eine Beachtung unseres Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen

Monika Layer
Präsidentin

Bundesamt für Gesundheit
Frau Karin Schatzmann
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, den 10. August 2015

**Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative 11.418
„Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 24. April 2015 und bedanken uns für die Einladung zur Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur gesetzlichen Anerkennung der Pflege.

Der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP) setzt sich seit 17 Jahren proaktiv die Pflege ein – und dies auf nationaler sowie internationaler Ebene. Als nicht-gewinnorientierter Verein vertritt der VFP die Pflege aus der Perspektive der Pflegewissenschaft.

Darüber hinaus repräsentiert der VFP die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler in der Schweiz, die sich für eine wirksame und kompetente Pflegepraxis von hoher Qualität einsetzen sowie den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis unterstützen.

Der VFP fördert die Pflegeforschung durch die Weiterentwicklung einer pflegewissenschaftlichen „Forschungsagenda Schweiz“, bekannt unter dem Namen „SRAN“ (Swiss Research Agenda for Nursing) sowie den Transfer der Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis und ist Mitglied der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Mit unseren vielfältigen Aktivitäten unterstützen wir eine theoriegestützte, evidenzbasierte Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Lehre sowie die Bildung und somit die gesamte Profession der Pflege. Die stete Verfolgung dieser Ziele und Aktivitäten tragen dazu bei, dass pflegerische Leistungen den Anforderungen des KVG nach Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen sowie der Qualitätssicherung entsprechen; was eine effiziente und professionelle pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen gewährleistet.

Der VFP arbeitet seit längerem aktiv bei der parlamentarischen Initiative „Verantwortungsbereich Pflege“ mit. Er ist in der Steuergruppe des Schweizer

Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und in beratender Funktion in der Projektgruppe vertreten und erarbeitete zum Verantwortungsbereich der Pflege ein Expertenpapier (Müller-Staub, Abt, Brenner, & Hofer, 2014)¹. Dieser Expertenbericht dient pflegerischen Fachkreisen zur Diskussion und empfiehlt sich für weitere Überlegungen und Arbeiten im Rahmen von Folgearbeiten der parlamentarischen Initiative zur Anerkennung des Verantwortungsbereiches der Pflege.

Der Vorstand des Vereins für Pflegewissenschaft VFP teilt seine Stellungnahme in drei Teile auf:

- A. Allgemeines
- B. Stellungnahme zu einzelnen Artikeln
- C. Zusätzliche Anliegen

A. Allgemeines

Grundsätzlich begrüsst und unterstützt der VFP die parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ und die damit eingeleitete Anpassung des KVG mit dem vorliegenden Entwurf.

Zum Vernehmlassungsverfahren ist festzuhalten, dass sich der VFP in wesentlichen Punkten der Stellungnahme des SBK (Version vom 02.06.2015), insbesondere den vom SBK zum Ausdruck gebrachten Empfehlungen zu Formulierungen und der Ablehnung von Minderheitsanträgen, vollumfänglich anschliesst. Entsprechend der Stellungnahme des SBK sollten Art. 25a Abs. 2, Art. 33 Abs. 1, Art. 40a und Art. 55a angepasst bez. gestrichen werden.

Der VFP begrüsst den Gesetzesentwurf des KVG, sofern die notwendigen Empfehlungen zu Präzisierungen realisiert und die Ablehnung der jeweiligen Minderheitsanträge wie vom SBK zum Ausdruck gebracht, berücksichtigt werden und in Ergänzung dazu Art. 25a Abs.1, Zeile b wie im Folgenden erläutert präzisiert wird.

Der VFP betrachtet die Gesetzesrevision als elementar, weil sie die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege im eigenständigen Bereich im KVG verankert und dadurch der eigenständige Beitrag der professionellen Pflege innerhalb eines multiprofessionellen Behandlungsteams anerkannt und unterstützt wird.

Aus der Sicht des VFP leistet die geplante Gesetzesrevision einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Bei der parlamentarischen Initiative geht es um die Finanzierung von Leistungen wie Grundpflege, Abklärung, Beratung und Koordination, aber nicht um Verordnungen von Medikamenten. Die pflegerische Beratung von Patienten und Angehörigen bildet einen wichtigen Teil des Krankheitsmanagements bei chronisch kranken Menschen. Sie beinhaltet Informationsvermittlung und Anleitung zum Symptommanagement, wodurch weitere Kosten infolge von Krankheitsverschlimmerungen verhindert werden. Pflegerische Leistungen begründen sich durch komplexe Abhängigkeitsproblematiken pflegebedürftiger Menschen die von der Pflege bereits definiert, umgesetzt und evaluiert wurden wie z.B. ein Selbstversorgungsdefizit in Körperpflege, beim Ankleiden, in der Wundversorgung oder in der Ausscheidung. Diese Pflegeleistungen lassen sich somit klar von medizinischen Leistungen abgrenzen und werden heute bereits durch dipl. Pflegefachfrauen und

¹ Dieser Expertenbericht steht online kostenlos zum Download zur Verfügung:
<http://www.pflegeforschung-vfp.ch>.

Pflegefachmänner eigenständig durchgeführt. Diese erwählten Leistungen respektive pflegerischen Interventionen sind Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess stellt das Kerngeschäft der Pflege dar und umfasst das pflegerische Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung und -erreichung, die Durchführung von Pflegeinterventionen/pflegerischen Leistungen und (Re-)Evaluationen basierend auf dazugehörigen wissenschaftlich fundierten, klinischen Entscheidungsfindungsprozessen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind in diesen Kompetenzen ausgebildet.

Es ist nicht mehr zeitgemäss, dass der Pflegeberuf als sogenannter „Hilfsberuf“ klassifiziert ist. Denn genau von diesem Berufsstand wird in den unterschiedlichsten Settings, insbesondere in der Spitex und der Langzeitpflege, besonders viel Eigenverantwortung erwartet. Dem Umstand, dass die Pflege eine eigenständige Profession ist, - die bereits heute pflegerische Leistungen erbringt und dafür die volle Verantwortung übernimmt, - wird durch die Gesetzesrevision im Rahmen der Finanzierung Rechnung getragen.

Durch die klare Regelung der eigenverantwortlichen Anordnung von Pflegeleistungen im Bereich Grundpflege, Abklärung, Beratung und Koordination, stärkt die Initiative die Stellung der Pflege und trägt wesentlich zur Aufwertung dieser bei.

B. Stellungnahme zu einzelnen Artikeln

§ Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung vorbehaltlos.

§ Art. 25a Abs. 1

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Der VFP weist darauf hin, dass die (durch Pflegediagnostik begründete) Verordnung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen wie sie im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt, als solche nicht festgehalten wurde. Durch den sprachlichen Ausdruck im Art. 25a Absatz 1, Zeile b „ohne Anordnung oder Auftrag des Arztes oder Ärztin...“ wird der Pflegefachperson die Anordnungsbefugnis im eigenverantwortlichen Leistung-/Tätigkeitsbereich nicht dezidiert zugesprochen. Wir plädieren diesbezüglich für den Formulierungsvorschlag; „... von Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Anordnungen ...“.

Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung ansonsten vorbehaltlos.

§ Art. 25a Abs. 2

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK, insbesondere dessen Empfehlungen zu Formulierungen sowie die Unterstützung des Mehrheitsantrages mit einem Vorbehalt.

In Art. 25a Abs. 1 und 2 Lit. 2: "Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege... während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet..." wird von ‚gemeinsam‘ angeordneter Pflege gesprochen. Das würde bedeuten, dass ärztliche und pflegerische Fachpersonen die Anordnungen (immer) gemeinsam unterschreiben müssten.

Die Formulierung „gemeinsam“ würde eine unnötige Belastung des Systems und Prozessverzögerungen mit sich bringen. Der VFP schlägt deshalb vor, das Wort "gemeinsam" mit "jeweils" zu ersetzen. Zudem sollte die Formulierung „von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, ...“ umformuliert werden.

Der VFP erachtet in Art. 25a, Abs. 2 eine kompetenz- respektive verantwortungsgerechte Formulierung der Bestimmung als sehr wichtig, damit eindeutig wird, welche Leistungsverordnungen vom Pflegedienst und welche vom Arzt/Ärztin vorgenommen werden, mit dem Ziel Unklarheiten und Überschneidungen zu vermeiden und Kosten zu senken. Aus diesen Überlegungen schlägt der VFP folgende Formulierung vor:

Vorschlag Formulierung § Art. 25a Abs. 2

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital **entsprechend dem eigenständigem Kompetenz- und Verantwortungs- oder Leistungsbereich jeweils entweder von einem Arzt /einer Ärztin oder von einer Pflegefachperson angeordnet werden**, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet.

Der VFP unterstützt den Mehrheitsantrag, vorausgesetzt, dass aus der Abfassung eindeutig hervorgeht, dass die Ärztin/der Arzt und die Pflegefachfrau/der Pflegefachmann für die Anordnung der sie selbst betreffenden Leistungen/Interventionen jeweils zuständig sind.

Minderheitsantrag

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Aus Sicht des VFP trägt der Minderheitsantrag zudem die Gefahr einer Leistungsverdoppelung in sich. Wird dem Anliegen stattgegeben, entsteht ein Widerspruch zur Eigenständigkeit des Pflegeberufes wie bereits in Art. 25a Abs. 1 und 2 geregelt.

Der VFP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.

§ Art. 33 Abs. 1bis

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK und insbesondere die Forderung zur ersatzlosen Streichung von litt. c.

Der VFP hält zudem fest, dass die (durch Pflegediagnostik begründete) Verordnung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen wie sie im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt, als solche nicht festgehalten wurde. Durch den sprachlichen Ausdruck im Art. 33 Abs. 1, Zeile b „ohne Anordnung oder Auftrag des Arztes oder Ärztin...“ wird der Pflegefachperson die Anordnungsbefugnis im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich nicht dezidiert zugesprochen. Ein Formulierungsvorschlag unsererseits ist diesbezüglich „... **von Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Anordnungen ...**“.

Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung, vorausgesetzt, dass litt.c. ersatzlos gestrichen wird und die Formulierung unter Zeile b so präzisiert wird, dass die Anordnungsbefugnis der Pflegefachperson im eigenverantwortlichen Bereich eindeutig und unmissverständlich zugesprochen wird.

§ Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung vorbehaltlos.

§ Art. 40a

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Der VFP lehnt den Minderheitsantrag ab.

§ Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Für den VFP verfolgt die Bestimmung das Ziel, die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnisnachweis abhängig zu machen und entsprechend zu reglementieren. Die Erfahrung zeigt, dass gegenwärtig wie zukünftig auf dem Arbeitsmarkt kein Überangebot von Pflegefachpersonen besteht. Vor dem Hintergrund der immer älter werdenden Bevölkerung, der Zunahme chronisch Kranker und dem damit einhergehenden Anstieg der Nachfrage nach pflegerischen Versorgungsleistungen sowie dem prognostizierten Notstand an Gesundheitsfachpersonen - und insbesondere an Pflegefachpersonen - nach Annahme der Masseneinwanderungsinitiative sowie entsprechend den Bestrebungen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, hält der VFP diesen Artikel und seine Bestimmung für kontraproduktiv und inakzeptabel. Der VFP empfiehlt, den Artikel ersatzlos zu streichen.

Der VFP lehnt diese Bestimmung ab und fordert den Artikel zu streichen.

Übergangsbestimmung

Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.

Die vorgesehene Übergangsbestimmung sieht vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung über dessen wirtschaftliche Auswirkungen, im Vergleich zu sechs Jahren vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung, Bericht erstattet.

Aus wissenschaftlicher Perspektive betrachtet wirkt die Absicht, aufgrund der vorgesehenen Analyse eine Kausalität zwischen dem In-Kraft-Treten dieser Gesetzesänderung und den Analyseresultaten herstellen zu wollen, äusserst fragwürdig. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse der Analyse durch diverse andere Faktoren sowie durch Kontextfaktoren beeinflusst werden.

Im Hinblick auf die Analyse der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung fordert der VFP, ebenso sich in der Zwischenzeit verändernde Faktoren (z.B. demographische Entwicklung, Veränderungen im Kontext der Gesundheitsversorgung, erhöhte Qualität dank besseren Wirkungen weiterentwickelter Leistungen, etc.) in die Analyse einzubeziehen. Welche Kontextfaktoren diesbezüglich relevant sind, gilt es zu definieren und klar festzulegen. Der VFP plädiert dafür, dass neben den wirtschaftlichen Auswirkungen auch analysiert wird, wie sich die Gesetzesänderung auf die beteiligten Gesundheitsfachpersonen, auf die Leistungsempfänger und die Wirksamkeit der Leistungen, etc. auswirken.

Der VFP hat der Übergangsbestimmung gegenüber Vorbehalte.

C. Zusätzliche Anliegen

Bereiche des Pflegeberufs

Der Pflegeberuf bestand bis anhin und wird auch zukünftig aus zwei Verantwortungsbereichen (oder Verantwortungsschwerpunkten) bestehen, nämlich:

1. Aus ärztlich verordneten Leistungen, die (aufgrund rechtlich klarer Kriterien) von Ärztinnen und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden und die in der Terminologie der Krankenpflege-Leistungsverordnung als „Untersuchungen und Behandlungen“ bezeichnet sind. Diese Leistungen bedürfen einer ärztlichen Diagnose (sei es im somatischen wie im psychiatrischen Bereich).
2. Aus dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege im eigentlichen Sinn.

Der eigenverantwortliche Bereich der Pflege beinhaltet reine Pflegeleistungen, die keiner ärztlichen Diagnose, sondern einer pflegerischen Diagnose bedürfen. Sie werden auf pflegerische Anordnung hin durchgeführt und durch den Pflegeprozess definiert. Der Pflegeprozess stellt das Kerngeschäft der Pflege dar und umfasst das pflegerische Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung und -erreichung, die Durchführung von Pflegeinterventionen/pflegerischen Leistungen und Evaluationen.

Mengenausweitung

Die Problematik der Mengenausweitung ist ein Problem unserer Zeit: Die Bevölkerung wird älter und trägt somit ein höheres Risiko, chronische oder Mehrfacherkrankungen zu entwickeln. Diese Entwicklung betrifft sowohl die Pflegefachpersonen wie auch die ärztlichen und andere Fachpersonen im Gesundheitswesen. Durch diese Entwicklung allein sind erhöhte Pflegebedarfe anzunehmen und falls dies eintritt ist es umso wichtiger, dass Pflegefachpersonen das Selbstmanagement der Patienten stärken. Zukünftig wird die Selbst- und Fremdpflege durch Angehörige eine wesentliche Rolle spielen. Um Selbstpflege und Krankheits- bzw. Symptommanagement zu ermöglichen, brauchen Patientinnen/Patienten und Angehörige pflegerische Anleitung sowie Patientenedukation bezüglich Gesundheitsförderung sowie zur Erhöhung der Selbständigkeit. **Mit diesen Leistungen tragen Pflegefachpersonen massgeblich zur Kosteneindämmung bei. Eine Mengenausweitung aufgrund der zukünftig expliziten Anerkennung der Teilautonomie der Pflegefachpersonen kann praktisch ausgeschlossen werden.**

Abklärung, Beratung und Koordination

Pflegefachpersonen erbringen im Rahmen des Pflegeprozesses durch Abklärung, Beratung und Koordination auch bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Erkrankungen wertvolle Dienstleistungen, die den Betroffenen oft die notwendige Stabilität im Umgang mit Auswirkungen ihrer Erkrankung ermöglichen.

Pflegefachpersonen erkennen dank ihrem vertieften und breitgefächerten Fachwissen, in welchen Situationen weitere Fachpersonen oder ein Arzt/eine Ärztin beigezogen werden müssen. Damit leisten sie wichtigen Beitrag in der Koordination von Behandlungsleistungen sowie in der Früherkennung von Risiken/Komplikationen.

Mit dem Fokus auf die Alltagsbewältigung fördern, verbessern und unterstützen Pflegefachpersonen die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patienten und deren Angehörigen nachhaltig. **Damit tragen Pflegefachpersonen zur Kosteneindämmung bei.**

Finanzielle Auswirkungen

Bezüglich finanzieller Auswirkungen ist der VFP der Ansicht, dass die Gesetzesänderung Pa.lv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ die finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht negativ beeinflussen wird.

Aus Forschungserkenntnissen geht hervor, dass ein kompetenzgerechter Einsatz von Pflegefachpersonen zu einer Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen kann (Newhouse et al., 2011).

Gesetzliche Definition Pflege

Bezüglich der schriftlichen Unterlagen gibt der VFP zu bedenken, dass der Begriff „Pflege“ nach wie vor gesetzlich nicht definiert wurde.

Gesetzliche Definition Pflegebedarf respektive (Bedarfs-)Abklärung

Der VFP gibt zu bedenken, dass zu den Begriffen „Pflegebedarf“ respektive „Bedarfs(ab)klärung“ definitorisch (Er-)Klärungspotenzial besteht.

Gesetzliche Definition des eigenständigen Bereichs der Pflege

Der Expertenbericht des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) bietet eine ausführliche Definition über den eigenständigen Verantwortungsbereich der Pflege sowie daraus generierte Empfehlungen für den Gesetzesentwurf (Müller-Staub et al., 2014).

Die folgenden Akademischen Fachgesellschaften (AFG) haben mitgewirkt und unterstützen die Stellungnahme des VFP vollumfänglich:

AFG Agogik in der Pflege (Co-Präsidentinnen: Franziska Bonay Merkle, MNS, Dr. Andrea Brenner)

AFG Akutpflege (Präsidentin: Dr. Alexandra Bernhart-Just, Vize-Präsidentin: Anna Ziegler, MNS)

AFG Ethik in der Pflege (Co-Präsidentinnen: Ursa Neuhaus, lic. Phil., Sabine Schär, lic. Phil.)

AFG Gerontologische Pflege (Präsidentin: Anja Ulrich, MNS)

AFG Kardiovaskuläre Pflege (Präsidentin: Nicole Zigan, MNS; Vize-Präsidentin: Corina Thomet, MScN)

AFG Onkologiepflege (Co-Präsidentinnen: Marika Bana, MScN; Prof. Dr. Manuela Eicher); PD Dr. Maya Shaha, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Lausanne

AFG Pädiatrische Pflege (Co-Präsidentinnen: Dr. Anna-Barbara Schlüer, Karin Zimmermann, PhDc)

AFG Psychiatrische Pflege (Co-Präsidium: Prof. Dr. Sabine Hahn; Peter Wolfensberger, PhDc)

AFG Rehabilitative Pflege (Präsidentin: Brigitte Seliner, MNS, Co-Präsidentin: Myrta Kohler, PhDc)

AFG Spitex Pflege (Co-Präsidium: Monique Sailer Schramm, MNS; Corina Wyler-Sgier, MNS)

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme der Stellungnahme des VFP.

Für Auskünfte stehen Ihnen die Unterzeichnenden gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft



Dr. Alexandra Bernhart-Just
Vorstandsmitglied VFP
Präsidentin AFG Akutpflege des VFP



Prof. Maria Müller Staub
(PhD, EdN, RN, FEANS)
Präsidentin VFP

Literaturangaben

Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2014). Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.

Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29(5), 230-250; 251.

Verein ambulante psychiatrische Pflege
Postfach 1315
2501 Biel

Samstag, 11. Juli 2015

**Parlamentarische Initiative Nr. 11.418, Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege;
Stellungnahme Verein ambulante psychiatrische Pflege (VAPP) im Rahmen des
Vernehmlassungsverfahrens der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zur parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ auf nationaler Ebene **wir** folgt Stellung:

Allgemein

Der VAPP nimmt die Entwicklung mit der Motion zur gesetzlichen Anerkennung der Pflege erfreut zur Kenntnis. Damit folgt die parlamentarische Kommission den bisherigen Bestrebungen den Beruf der Pflege als eigenständige, in sich geschlossene und mit den entsprechenden Kompetenzen versehene Berufsgruppe mit anderen Berufsgruppen gleich zu stellen.

Die Diskussion um die Abgrenzung zum ärztlichen Stand, wie auch zu anderen Gesundheitsberufen ist nun lanciert. Erstaunlich hartnäckig erweist sich für den VAPP die ungleiche Behandlung der Pflege in Abgrenzung zwischen den Ärzten und den nichtärztlichen Berufsgruppen (Physiotherapie, Ernährungsberatung, ..., welche auf Verordnung des Arztes eigenständige Behandlungs- und Massnahmenpläne durchführen. Diese nichtärztlichen Berufsgruppen entscheiden in eigener Kompetenz welche Behandlung erfolgt.

Die Pflege in der ambulanten Psychiatrie entwickelt sich fachinhaltlich weg von der delegierten Ausführung eines ärztlichen Behandlungsauftrages. Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) grenzt sich insofern von der ärztlichen – therapeutischen Behandlung ab, als sich mit den Phänomenen in der Bewältigung des Alltags der Klientinnen und Klienten auseinandersetzt. Diese Fachkompetenz entzieht sich der ärztlichen Kunst und befindet sich ausserhalb des ärztlichen Fachbereichs. Dazu wird das diplomierte Pflegefachpersonal an höheren Fachschulen oder Fachhochschulen entsprechend ausgebildet.

Die Pflege in der ambulanten Psychiatrie begleitet und berät die Betroffenen vor Ort, also bei ihnen zu Hause. Das Ziel ist langanhaltende Klinikaufenthalte präventiv zu verhindern. Die Pflegemassnahmen dienen dem Zweck die auslösenden Faktoren der Krisen zu verändern, den Betroffenen die Kompetenz zur Bewältigung des eigenen Alltags zu ermöglichen. Neben vielen präventiven Massnahmen, sind edukative Beratungen, Verbesserung der Sozialkompetenzen und ein werterzeugender und sinnerfüllter Umgang mit der eigenen Person des Betroffenen notwendig.

Eine Mengenausweitung der ambulanten psychiatrischen Pflegeleistung ist eine begrüssenswerte Folge dieser Gesetzesänderung. Dies führt zu deutlichen Einsparungen. Eine Stunde ambulanter psychiatrischer Pflegeleistung kostet die Versicherer aktuell maximal sFr. 79.80. In der Regel reichen ein bis zwei Stunden pro Woche für die ambulante Begleitung von psychisch Betroffenen.

Diese Kosten stehen den Tarifen der tarmed für die Leistungen der Ärzte, Finanzierungen von Heimen und Psychiatrischen Kliniken von bis 800.00 pro Tag gegenüber. Kostengünstiger kann die Versorgung von psychisch Betroffenen nicht geleistet werden.

Dies im Hintergrund der kantonalen Bestrebungen die Gesundheitskosten einzudämmen. Der VAPP setzt sich ein, die Versorgung von psychisch Betroffenen kleinräumig zu Regionalisieren. Mit einer guten Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Ärzte, ...) lassen sich vor Ort eskalative Situationen reduzieren und so auf Seiten der Betroffenen deutliche Verbesserungen erreichen und letztlich weitere Kosten verhindern (Drehtürpsychiatrie).

Europäische Länder (England) mögen hier Beispiel sein.

In diesem Kontext stellt sich der VAPP die Frage nach der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen nach KLV Art. 7, inwiefern sich die die Leistung nach a, 79.80; b, 65.40 und c, 54.60 dieser fachlichen Kompetenz und der präventiven Kostenverminderung Rechnung tragen. Die nachweislich notwendige Restkostenfinanzierung in den Kantonen wird nicht einheitlich umgesetzt und führt so zu einer ungleichen Versorgung von psychisch Betroffenen.

Zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 25a Abs. 1

Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung mit dem Vorbehalt, dass bei Bst. b die Formulierung analog Bst. a verwendet wird.

b. auf Anordnung oder im Auftrag einer Pflegefachperson erbracht werden.

Art. 25a Abs. 2

Keine Stellungnahme.

Minderheitsantrag

Der VAPP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.

Art. 33 Abs. 1^{bis}

Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung mit dem Vorbehalt, dass es sich hier um verordnete Leistungen der Pflege handelt.

a. auf Anordnung oder im Auftrag einer Pflegefachperson erbracht werden.

b. vom Arzt rezeptierte pflegerische Behandlungen

Art. 35 Abs. 2 Bst. D^{bis}

Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 40a

Der VAPP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.

Art. 55a

Der VAPP spricht sich entschlossen gegen diese Bestimmung aus.

Übergangsbestimmungen

Der VAPP wünscht sich kürzere Übergangsbestimmung.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen entsprechend zu berücksichtigen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse


Verein ambulante psychiatrische Pflege
VAPP

Präsident



Udo Finklenburg

Kassier



Roger Freiburghaus



Monika Sutter
Präsident CH-IGWS
Bahnhofstrasse 5
8820 Wädenswil

Kommission für Sicherheit und
Gesundheit SGK-NR
z.H. Frau Karin Schatzmann
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
3003 Bern
Per Email an.
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Wädenswil 14.08.2015

**Betrifft: Stellungnahme der Schweizer IG für Wundspezialisten zu:
Parlamentarische Initiative 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der
Verantwortung der Pflege“**

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Schatzmann

Wir sind eine junge Interesse Gruppe auf dem Spezialgebiet der Wundversorgung Die Weiterbildung zur diplomierten Wundexpertin/en, Zertifizierter Wundmanagerin/er gibt es jedoch über 10 Jahren. Für die anspruchsvolle Tätigkeit der Wundbehandlung bei Menschen mit chronischen Wunden, benötigen die Wundspezialisten weitreichende Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Entwicklung in der Pflege der chronischen Wunden, des Materials und der möglichen Abklärungen ist enorm. Der Bereich Weiterbildung wird durch die Fachgesellschaft SAfW gefördert. So ist es heute möglich, den Master in Wound Care abzuschliessen. Durch die Kompetenzen der Wundspezialistinnen wird die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam gestärkt.

Es ist selbsterklärend, dass wir die parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ unterstützen.



Allerdings gibt es aus unserer Sicht einige Überlegungen für die Umsetzung.
Unsere Position zu dem einzelnen Artikel ist auf nachfolgender Seite zu lesen.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit Stellung zu nehmen.
Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen jede Zeit bei
Rückfragen zu Verfügung.

Freundliche Grüsse im Name der Vorstand

Monika Sutter
Präsident CH-IGWS

Monika13@gmx.ch

Stellungnahme der CH-IG Wundspezialisten zu einzelnen Artikeln.

Grundsätzliche Überlegung zu Art. 7 des KLV:

Die Massnahmen zur Grundpflege enthält die Tätigkeit Beinen einbinden. Im Fachbereich bedeutet dies eine Kompression. Da für die Kompression bestimmte Voraussetzungen gegeben sein müssen, die nur durch den Arzt diagnostiziert werden können, gehört diese Massnahme unter den Bereich b Massnahmen der Untersuchung und Behandlung. Eine Kompressionstherapie erfordert immer eine ärztliche Verordnung.

Andrerseits sind die Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zum diplomierten Wundexperten/zertifizierten Wundmanager soweit ausgebildete, dass sie die Wundreinigungsprodukte und die Wundaufgaben eigenständig auswählen können. Alle Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zur Diplomierten Wundexpertin oder zertifizierten Wundmanagerin sollen das benötigte Material ohne ärztliche Verordnung, nach den Regeln der Mittel-und Gegenständeliste (MiGel), abrechnen können.

- | | |
|---|--|
| Art. 25 Abs. 2 Bst. a | Vorbehaltlose Zustimmung |
| Art. 25 Abs. 1 | Vorbehaltlose Zustimmung |
| Art. 25 Abs. 2 | Bedingte Zustimmung
Wir unterstützen den Mehrheitsantrag wenn in der Formulierung den Arzt/Ärztin und die Pflegefachperson für die Anordnung der Pflegemassnahmen erwähnt werden. |
| Minderheitsantrag: | kategorische Ablehnung |
| Art. 33 Abs. 1^{bis} | Zustimmung für a und b, c ist ersatzlos zu streichen |
| Art. 35 Abs.2 Bst. d^{bis} | Vorbehaltlose Zustimmung |
| Art. 40a | Kategorische Ablehnung des Minderheitsantrags: |

Eine Minderheit der Kommission will, dass Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung tätig sind, keinen Anspruch auf Abgeltung ihrer Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung haben. Dies lehnen wir kategorisch ab. Pflegenden mit gleichwertiger Ausbildung sollen gleich behandelt werden.



Art. 55a

Bedingt Zustimmung:

Dieser Artikel soll die Kanton ermächtigen, nicht nur die Zulassung der Ärzte und Ärztinnen im ambulanten Bereich zu regulieren, sondern auch des gesamten ambulanten Bereichs. Inwieweit hier der Pflegeberuf betroffen ist, ist für uns nicht ersichtlich. In Anbetracht der zunehmend älter werdenden Bevölkerung, ist damit zu rechnen, dass auch die Pflege dieser Bevölkerungsschicht zunehmen wird. Diese Bestimmung steht im klaren Widerspruch zur Initiative. Die Initiative hat zum Ziel den Pflegeberuf attraktiver zu machen, um den zu erwartenden Pflegenotstand zu minimieren. Wie dies sich mit einer Regulierung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Kantone vereinbaren lässt, ist für uns nicht ersichtlich.



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

Elektronisch per E-Mail eingesandt an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 12.8.2015

11.418 Pa.IV Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung in der Pflege Vernehmlassungsstellungnahme Association Spitex privée Suisse ASPS

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 24. April 2015 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit die interessierten Kreise eingeladen, im Zusammenhang mit der Pa.IV. 11.418 des ASPS-Präsidenten NR Rudolf Joder zu einem Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Stellung zu nehmen. Die Association Spitex privée Suisse ASPS nimmt gerne an dieser Vernehmlassung mit folgender Antwort teil.

Die ASPS wurde 2005 von privaten Spitex-Organisationen gegründet. Alle Mitglieder sind von den Krankenkassen anerkannt und verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung. Die privaten Spitex-Anbieter arbeiten vielerorts mit den öffentlichen Organisationen sehr gut zusammen und leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung in der ambulanten Pflege. Die 130 Mitglieder beschäftigen in der ganzen Schweiz über 6'000 Mitarbeitende und haben je nach Kanton einen Marktanteil zwischen 15-35%.

Einleitende Bemerkung zur Vernehmlassung

Die ASPS unterstützt die Zielsetzung der Pa.IV. 11.418, dass Leistungen von diplomierten Pflegefachpersonen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, ohne ärztliche Verordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu übernehmen sind. Die entsprechenden Änderungen des KVG passen deren Bezahlung durch die OKP an die bereits heute gewährten Kompetenzen an und schaffen nicht neue Kompetenzen für diplomierte Pflegefachpersonen.

Vernehmlassungs-Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln

Grundsätzliche Anmerkung:

Wir fordern die Anpassung der immer wieder vorkommenden Formulierung „*von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen*“ an die gemäss Art. 51 KVV offizielle Bezeichnung „*von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause*“ in allen zu ändernden Artikeltexten.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Die neue, klarere Formulierung „...sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden“ wie auch das Einfügen der Ziffer „2^{bis} Pflegefachpersonen“ wird von uns ausdrücklich begrüsst.

Art. 25a Abs. 1

Wir begrüssen die Aufnahme von Buchstabe b, fordern jedoch folgende Präzisierung:

„b. von einer Pflegefachperson oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.“

Es muss sichergestellt werden, dass die bisherigen, bewährten Regelungen zum Einsatz der Pflegefachkräfte der Spitex der Tertiär- und Sekundarstufe gemäss KVG weiterhin möglich bleiben.

Art. 25a Abs. 2

Der Mehrheitsantrag kann von uns nicht unterstützt werden. Es erscheint weder logisch noch sinnvoll, dass bei der Akut- und Übergangspflege (AÜP) andere Regelungen als für die Langzeitpflege gelten sollen, obwohl dieselben Pflegeleistungen von denselben Pflegefachpersonen bei den Patientinnen und Patienten verantwortet und erbracht werden. Äusserst problematisch erscheint es, dass die Massnahmen der Grundpflege bei der AÜP verordnet werden müssen, bei der normalen ambulanten Pflege dagegen nicht. Diesem Umstand wird auch dann nicht Rechnung getragen, wenn die Grundpflege bei der AÜP von einer Pflegefachperson im Spital und nicht von einem Arzt oder einer Ärztin im Spital verordnet wird.

Wir schlagen vor, den Absatz wie folgt anzupassen:

„...und die im Spital von einem Arzt oder eine Ärztin oder einer Pflegefachperson gemäss Art. 25a Abs. 1 angeordnet werden, ...“

Minderheitsantrag

Wir lehnen den Minderheitsantrag ab, da er die Fachkompetenz und Verantwortlichkeit der Pflegefachpersonen im Rahmen der Zielsetzung der Parlamentarischen Initiative nicht bzw. nicht genügend berücksichtigt.

Art. 33 Abs. 1^{bis}

Wir unterstützen grundsätzlich den Inhalt des Absatzes 1^{bis}, fordern jedoch die Streichung von lit c., da wir die von der Kommission (Mehrheit und Minderheit) vorgesehene Änderung von 25a Abs. 2 nicht unterstützen.

Weiter fordern wir (vgl. auch Präzisierung Art. 25a Abs. 1 b) folgende Präzisierung der beiden lit. a und b:

*„a. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;
b. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.“*

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Wir unterstützen den Inhalt der Bestimmung, fordern jedoch eine Präzisierung der Formulierung: *„d^{bis}. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause;“*

Art. 40a

Wir lehnen den Minderheitsantrag ab, da es in keiner Weise akzeptabel ist, dass einzig für die selbständigen Pflegefachpersonen der Kontrahierungszwang nicht gelten soll.

Wir fordern hingegen, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Zulassung der selbständigen Pflegefachpersonen in dem Ausmass zu regeln wie dies bereits für die Bewilligungen der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (inkl. Kontrahierungszwang für alle Organisationen) gilt. Gemäss Art. 38 KVG hat der Bundesrat dies ergänzend zu Art. 51 in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu definieren.

Art. 55a

Wir erachten die vorgeschlagene Lösung als zwar folgerichtig, sprechen uns jedoch dezidiert gegen die Einführung einer Steuerung auf kantonaler Ebene „über die Hintertür“ aus, da diese im Gesetz für die Spitex sinnvollerweise und im Gegensatz zu den Spitälern und Pflegeheimen nicht vorgesehen ist. Die damit verbundenen planwirtschaftlichen Vorgaben und Auflagen lassen kantonale Beschränkungen erwarten, die privatwirtschaftliche Initiativen und Angebote zur Sicherstellung der künftigen Versorgung der Bevölkerung be- und verhindern. Wir sehen bei der allfälligen Umsetzung der Steuerungsklauseln in den Kantonen eine Zunahme der Regulierungen, vor allem zulasten der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Pflegefachpersonen beschäftigen. Erfahrungsgemäss verteuern Auflagen die Leistung, orientieren sich in den Kantonen häufig an den öffentlich-gemeinnützigen, subventionierten Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und behindern damit die privaten, nicht-subventionierten Spitex-Betriebe. Weiter wird auf diese Weise einer künstlichen Verknappung der zugelassenen Pflegefachleute – trotz Personalmangel in der Pflege – Vorschub geleistet, was zu höheren Lohnkosten und damit zu einer gesamthaft teureren ambulanten Leistung und Verteuerung der Gesundheitskosten führt. Unserer Ansicht nach besteht weiter die Gefahr, dass die heutige Regelung mit Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe (AKP, HF, FH), die die Pflegeleistungen definieren (Bedarfsabklärung und Beratung), durch eine ersetzt wird, die aus „qualitativen Gründen“ ausschliesslich Abschlüsse auf FH-Niveau fordert, wobei die entsprechenden Personalkapazitäten auf dem Markt heute nicht zu finden sind und in naher Zukunft kaum zu finden sein werden.

Daher fordern wir hier eine pragmatische, auf dem bisherigen Status quo basierende Lösung, die bei allen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Zulassung der dort beschäftigten Pflegefachpersonen im Rahmen der kantonalen Bewilligung vorsieht.

Wir fordern daher folgende Präzisierung von Art. 55a Abs. 1 Bst. d:

„... in einer kantonal bewilligten Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 35 ... ausüben, erhalten die Zulassung im Rahmen der kantonalen Betriebsbewilligung ihrer Organisation.“

Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmungen sind für uns in Ordnung.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Kenntnisnahme unserer Stellungnahme und die Aufnahme unserer Anliegen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Rückfragen und ergänzende Auskünfte zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Marcel Durst
Geschäftsführer

per E-Mail

Rheineck, 19. 08.2015

11.418

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) .
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege
Stellungnahme CURACASA Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Fachverband CURACASA ist ein Gliedverband des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Gemäss unseren Statuten besteht unser primäres Ziel darin, die Interessen freiberuflicher Pflegefachpersonen zu vertreten¹. Das ist zur Zeit unsere eigentliche Daseinsberechtigung. Wir explizit von dem zur Vernehmlassung vorgelegten Gesetzesvorentwurf betroffen und danken Ihnen für die Gelegenheit, diesbezüglich Stellung zu nehmen.

Allgemeines

CURACASA unterstützt die im Vorentwurf angestrebten Ziele voll, nämlich die Anerkennung einer finanziellen Autonomie für Pflegefachpersonen auf der Ebene des KVG für Pflegeleistungen, die sich auf ihren eigenen Aktionsbereich beziehen.

Wie vom Bericht besonders hervorgehoben ist CURACASA der Auffassung, dass der Vorentwurf eine Aufwertung des Pflegeberufes ermöglicht. Neben dieser grundsätzlichen Befürwortung möchten wir zudem auf einen uns ausschlaggebend erscheinenden Aspekt hinweisen. Pflegefachpersonen erbringen bereits zwei völlig unterschiedlich geartete Leistungen:

- 1) Medizintechnische Leistungen in Verbindung mit der ärztlichen Behandlung oder Massnahmen der Untersuchung.
- 2) Spezifische, mit diesem Beruf einhergehende Pflegeleistungen. Diese Leistungen sollen den Patienten dabei unterstützen, die Auswirkungen von Krankheit, der Behandlung und des Alterns im täglichen Leben zu bewältigen. Diese können ihn bei einer akuten oder chronischen Krankheit unterstützen, auf eine Genesung ausgerichtet sein oder das Lebensende begleiten. Grundlage dieser Leistungen bildet die Abklärung des Pflegebedarfs. Dieser Teil der Pflege nennt sich „eigenständig“, da er ausserhalb des Bereichs der ärztlichen Kompetenz liegt.

Diese beiden Leistungsarten werden durch kantonale Gesetze zwar häufig anerkannt, indem diese nur für ärztlich delegierte Leistungen eine ärztliche Verordnung verlangen, dennoch schreibt das KVG für alle Pflegeleistungen eine ärztliche Verordnung vor. Der Gesetzesvorentwurf ermöglicht somit

¹ Angesichts der sehr mehrheitlich weiblichen Repräsentanz beim betreffenden Pflegepersonal wurde die weibliche Form gewählt, um die Gesamtheit der unabhängigen Pflegefachpersonen zu bezeichnen.

eine Harmonisierung zwischen dem kantonalen Recht, das die Kompetenzen reglementiert und dem eidgenössischen KVG, das die Finanzierung der Pflegeleistungen regelt. Wie bereits im Bericht angegeben bestätigen wir, dass diese Handhabung bereits gang und gäbe ist. Die Pflegemassnahmen müssen zwar vom Arzt verordnet werden, allerdings akzeptiert dieser oft einfach die Meinung der Pflegefachperson bezüglich des Pflegebedarfs.

Art. 25, Abs. 2, Bst. a

Die Änderung „...die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von:“ ermöglicht eine Klärung des Anwendungsbereichs dieses Artikels im Vergleich zu Art. 25a. Somit beschränkt sich Art. 25, Abs. 2 jetzt darauf, die Leistungen im stationären Bereich festzulegen. Selbst wenn dies nur symbolisch gilt, da der Leistungserbringer nach wie vor das Spital ist, macht Abs. 2^{bis} den Beruf attraktiver, indem er ihn aufwertet und den Krankenpflegebereich in die hierarchische Struktur des Spitals verlagert.

CURACASA unterstützt diese Klärung sowie den in Abs. 2bis gemachten Vermerk.

Art. 25a, Abs. 1

Die vorgeschlagene Änderung unterscheidet zwei Kategorien von Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden: Pflegeleistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder Pflegeleistungen, die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden. Der Bericht nimmt eine Anwendung des Gesetzes vorweg und schlägt eine Aufteilung der Leistungen gemäss Art. 7, Abs. 2 der Krankenpflege Leistungsverordnung (KLV) in zwei Pflegekategorien vor: für ärztlich delegierte Leistungen den Buchstaben b und für die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbrachte Pflegeleistungen die Buchstaben a und c.

CURACASA unterstützt die vorgeschlagene Formulierung, desgleichen die für Art. 7, Abs. 2 KLV geplante Aufteilung.

Die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung gemäss Art. 7, Abs. 2, Bst. b KLV hängen direkt mit der ärztlichen Behandlung oder der ärztlichen Diagnose zusammen. Das heisst, der Arzt kann auf Grundlage dieser abschliessenden Liste unter Wahrung der Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gewisse ärztliche Massnahmen an Pflegefachpersonen delegieren. Da es sich hierbei prinzipiell um ärztliche Leistungen handelt, dürften diese nicht mehr anhand der laut Art. 8, Abs. 1, KLV, vorgeschriebenen Bedarfsabklärung des Pflegebedarfs festgelegt werden, sondern ausschliesslich anhand des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Verordnung. Art. 8 KLV müsste demgemäss abgeändert werden.

Art. 25a, Abs. 2, 1. Satz

Für Akut- und Übergangspflege schlägt der Gesetzesvorentwurf vor, Leistungen gemeinsam anzuordnen, ungeachtet davon, ob es sich um ärztlich delegierte oder um eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen erbrachte Pflegeleistungen handelt. Die Logik von Art. 25a, Abs. 1 ist hier nicht mehr massgeblich, da eine ärztliche Verordnung erforderlich wäre, wenn ausschliesslich dem Pflegebereich unterliegende Leistungen erforderlich sind und umgekehrt. Diese Änderung kann so ausgelegt werden, dass eine gegenseitige Kontrolle erforderlich ist. Gemäss Abs. 1, Art. 25a, müsste Abs. 2 die jeweiligen Kompetenzen vielmehr so gewährleisten, dass die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung vom Arzt verordnet werden, wogegen die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Massnahmen der Grundpflege von der Pflegefachperson angeordnet werden. So würden, wenn gemischte Pflegeleistungen erforderlich sind, mögliche Kompetenzüberschreitungen vermieden und gemeinsame Anordnungen wären weiterhin möglich.

Art. 25a, Abs. 2 (Vorschlag)

Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die von einem Arzt oder einer Pflegefachkraft im Spital entsprechend deren jeweiligen in Abs. 1 festgelegten Kompetenzen angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Personen während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet.

Subsidiär zu unserem obigen Vorschlag unterstützt CURACASA den Vorschlag des Vorentwurfs.

Art. 35, Abs. 2, Bst. d^{bis}

Der Bericht fordert, in der Verordnung anzugeben, welche Diplome erforderlich sind, um im Rahmen der Zuweisung neuer Kompetenzen Pflegeleistungen zu erbringen. CURACASA sieht keinen Grund für eine Änderung dieser bewährten Regelung (wobei die Terminologie an die geltende Bildungssystematik angepasst werden müsste: Die derzeit auf der Tertiärstufe angesiedelte Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege wird an einer Höheren Fachschule bzw. einer Fachhochschule absolviert und mit einem Diplom bzw. einem Bachelortitel abgeschlossen).

CURACASA unterstützt diese Bestimmung.

Art. 40a

Eine Minderheit schlägt eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs für Pflegefachpersonen vor mit dem Risiko, dass als Konsequenz Leistungen, die der Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen unterliegen, nicht mehr von den Krankenkassen vergütet werden müssten, wohingegen dies für ärztlich delegierte Leistungen zwangsläufig der Fall wäre. Es ist schwer zu begreifen, welchen Zweck die Minderheit hiermit verfolgt, da die Anwendung dieser Bestimmung schwierig und für die Patienten unverständlich wäre und die eigentlichen Ziele des Gesetzes damit zunichte gemacht würden. Ausser der Tatsache, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Pflegeleistungen nicht mehr obligatorisch vom KVG vergütet werden, halten wir diesen Vorschlag für einen unangemessenen Angriff auf das Grundprinzip des Kontrahierungszwangs, das der Bevölkerung wichtig und erwünscht ist.

CURACASA lehnt diesen Vorschlag ab.

Art. 55a

Die Bedürfnisklausel wird hier auf Pflegefachpersonen ausgeweitet und zwar unabhängig davon, ob diese ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben.

Die Formulierung ist unklar. Wir verstehen nicht, inwiefern sich Abs. d von Abs. c unterscheidet.

Es ist damit zu rechnen, dass ambulante Pflegeleistungen aufgrund der nachgewiesenen Überalterung der Bevölkerung und des immer weiter um sich greifenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ künftig zunehmen werden. Die öffentliche Hand steht vor der Herausforderung, auf den Anstieg dieser Pflegebedürfnisse einerseits und den angekündigten Mangel an Pflegefachpersonen andererseits einzugehen. Folglich muss die öffentliche Hand eine wachsende Anzahl von neuen Pflegepersonen fördern, anstatt es einzuschränken. Da dies zwangsläufig auch für die Kantone gilt, ist es nicht wünschenswert, ihnen die Möglichkeit zu lassen, sparpolitische Massnahmen zu ergreifen.

Bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zeichnen sich Unterschiede zwischen den Kantonen ab. In manchen Kantonen erfolgt die Anwendung von Art. 25a zulasten der freiberuflichen Pflegefachpersonen und zugunsten der öffentlichen Spitex Organisationen. Vor diesem Hintergrund befürchten wir eine willkürliche Anwendung der Bedürfnisklausel durch die Kantone.

Angesichts des oben Genannten spricht sich CURACASA gegen die Einführung der Bedürfnisklausel für Pflegefachpersonen aus. Sollte jedoch an dieser Bestimmung festgehalten werden, schlagen wir die Einführung einer ähnlichen Ausnahmeregelung vor wie für Ärzte in Abs. 2. So könnte dafür gesorgt werden, dass die Ziele der Aufwertung des Berufsstandes gewahrt bleiben,

Entwicklungsperspektiven für Pflegefachpersonen geboten werden, Pflegefachpersonen im Erwerbsleben verbleiben und auf den durch natürliche Abgänge von Pflegefachpersonen entstehenden Ersatzbedarf eingegangen werden kann - und zwar zugunsten eines Zulassungsvertrages, bei dem die Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird. Diese Ausnahmeregelung darf den Kantonen nicht die Möglichkeit geben, die Zulassungsbedingungen wie in Abs. 4 für Ärzte vorgesehen zu beschränken. Damit soll vermieden werden, dass die Kantone exzessive Bedingungen einführen, um den Zugang zur Finanzierung der von unabhängigen Pflegefachfrauen erbrachten Leistungen willkürlich zu beschränken, wie dies bei der Anwendung der neuen Regelung zur Finanzierung der Pflegeleistungen festzustellen ist.

CURACASA spricht sich gegen der Änderung dieses Artikels aus. Subsidiär schlagen wir vor, Pflegefachpersonen gemäss den Kriterien von Abs. 2 vom Bedürfnisnachweis zu befreien, ohne Anpassung von Abs. 4.

Übergangsbestimmung

Die Bestimmung erfordert eine Analyse des Inkrafttretens des Gesetzes, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen in spätestens fünf Jahren. Unserer Meinung nach darf die Analyse sich nicht auf finanzielle Feststellungen beschränken, sondern muss ebenfalls die bereits von uns erwähnte Weitentwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung einbeziehen. Die Analyse müsste, für den Fall, dass die Bedürfnisklausel und zusätzliche Zulassungsbedingungen eingeführt würden, auch die Umsetzung durch die Kantone mit einbeziehen, insbesondere im Hinblick auf Willkürlichkeit.

CURACASA schlägt vor, die Übergangsbestimmungen zu präzisieren.

Im Namen CURACASA Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz

Katharina Linsi
Präsidentin

Gérard Villarejo
Vorstandsmitglied

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Bern, 12. August 2015

Vernehmlassung zum Vorprojekt de SGK-N zur Konkretisierung der parl. Init. Nr. [11.418](#)

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz dankt Ihnen, dass er zur oben erwähnten Vernehmlassung eingeladen wurde.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Dachverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz 2'570 Institutionen, in denen rund 115'000 Bewohnerinnen und Bewohner leben und 130'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind.

1. Übersicht der vorliegenden Standpunkte

Die vorliegende Vernehmlassungsantwort vertritt folgende Standpunkte:

- CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse definierte pflegerische Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination sowie die Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden.

- CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH angeordnet werden.
- CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer gilt.
- Im Rahmen der Umsetzung der vorliegenden Gesetzesänderung soll eine Anpassung von Artikel 8 Absatz 4 KLV vorgenommen werden, damit die Bedarfsabklärung in Pflegeinstitutionen als von einer Pflegefachperson erbrachte Leistung ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag kongruent vermerkt wird.
- CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass dem Parlament nach fünf Jahren Umsetzung der vorliegenden Gesetzesrevision allfällige Verbesserungen unterbreitet werden müssen.
- Zum Erfordernis einer vertraglichen Einigung mit einem oder mehreren Versicherern sowie zur Erbringung eines Bedürfnisnachweises vor der Zulassung von abrechnungsberechtigten dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zulasten der OKP nimmt CURAVIVA Schweiz keine Stellung.

2. Einleitende Betrachtungen

Im Rahmen einer [Stellungnahme vom 26. November 2014](#) befürwortete CURAVIVA Schweiz grundsätzlich die parlamentarische Initiative Nr. 11.418 vom 16. März 2011 von Nationalrat Rudolf Joder «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege». Zur Begründung seiner Haltung machte der nationale Dachverband geltend, dass die Wichtigkeit der Pflege zunimmt und die Gesundheitsbranche mit einem Arbeitskräftemangel bei den dipl. Pflegefachpersonen HF/FH konfrontiert ist. Demzufolge gilt es, die Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe zu fördern. Zudem erhofft sich CURAVIVA Schweiz, dass durch den teilweisen Wegfall von ärztlichen Anordnungen, welche pflegerische Kompetenzen und Leistungen betreffen, unnötige Kosten und einen beträchtlichen administrativen Aufwand erspart werden können.

Zur vorgeschlagenen Änderung von Artikel 40a KVG in Zusammenhang mit dem Erfordernis einer vertraglichen Einigung mit einem oder mehreren Versicherern, nimmt CURAVIVA Schweiz keine Stellung. Auch zur vorgeschlagenen Änderung von Artikel 55a Absatz 1 Buschstaben c und d sowie Absätzen 2 und 4 KVG, in Bezug auf die Erbringung eines Bedürfnisnachweises vor der Zulassung von abrechnungsberechtigten dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zulasten der OKP, enthält sich CURAVIVA Schweiz der Stimme. Die Zurückhaltung des Dachverbands lässt sich damit erklären, dass diese Fragen für die Pflegeinstitutionen nicht relevant sind.

3. Stellungnahme und Kommentare zu den einzelnen Bestimmungen

3.1. Art. 25a Abs. 2 erster Satz KVG sowie Art. 33 Abs. 1^{bis} Bst. c KVG

Gemeinsame ärztliche und fachpflegerische Anordnung von AÜP-Massnahmen

Gemäss Revisionsvorprojekt soll in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege (AÜP) die Erfordernis der alleinigen ärztlichen Anordnung entfallen. Neu muss die AÜP-Anordnung gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH erfolgen.

CURAVIVA Schweiz erachtet die Einführung dieser Regelung als notwendig, da diese einer realen Vorgehensweise im Gesundheitswesen entspricht. Im Sinne der Kontinuität einer ganzheitlichen Betreuung und Behandlung spielen nicht nur die Verordnungen der ärztlichen Therapie und die Behandlungspflege nach einem Spitalaufenthalt eine wichtige Rolle, sondern auch die pflegerischen Abklärungen, die Koordination und die entsprechenden Massnahmen. Bei der Abklärung der vorhandenen oder zu organisierenden Ressourcen – sei es bezüglich Einsatz von Fachpersonal, Angehörigen oder Pflegematerial, sei es betreffend Bereitstellung von machbaren Lösungen für die nachfolgende Pflege – leisten dipl. Pflegefachpersonen HF/FH einen wesentlichen Beitrag für einen gelingenden Übertritt in ein Pflegeheim oder nach Hause. Dieser Tatsache soll im Gesetz Rechnung getragen werden.

„Gemeinsam“ heisst nicht, dass die Pflege die Verordnungen des Arztes auch mitunterschreiben muss (und umgekehrt), sondern dass die Pflege beim AÜP-Übergang ihren Bereich für die Nachsorge übernimmt, die Ärzteschaft den eigenen: Die Pflegefachperson soll für die pflegerischen Tätigkeiten unterschreiben – die Ärztin soll ihrerseits ihre Unterschrift nicht mehr unter die pflegerischen Tätigkeiten setzen, sondern nur für ihren eigenen Tätigkeitsbereich.

3.2. Art. 25a Abs. 1 KVG i. V. m. Art. 33 KVV sowie Art. 7 KLV

Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege vs. Massnahmen der Behandlungspflege

Gemäss vorliegendem Revisionsvorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen und somit anerkannt werden. Welche Leistungen sie selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, wird der Bundesrat in Artikel 7 KLV festlegen. Es wird sich dabei um pflegerische Leistungen und Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege handeln. Keine Änderung ist im vorliegenden Revisionsprojekt im Bereich der Behandlungspflege vorgesehen, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss.

CURAVIVA Schweiz hält diese Unterscheidung für sinnvoll und praxisgerecht, sie entspricht dem Berufsprofil und den Kompetenzen der dipl. Pflegefachpersonen HF/FH. Aus Sicht des Dachverbands trägt diese Unterscheidung in einem geeigneten Mass Rechnung einerseits der Pflege, andererseits der Ärzteschaft – und entspricht den tatsächlichen Bedürfnissen nach einer Autonomie der Pflege, welche weitergeht, als in der aktuellen Formulierung der Krankenversicherungsgesetzgebung. Wie die SGK-N richtigerweise in Erwägung zieht, «soll [damit] im Gesetz eine Situation abgebildet werden, die vielerorts bereits Realität ist» (erläuternder Bericht, S. 17). Das Berufsprofil und die Kompetenzen einer dipl.

Pflegefachperson HF/FH sind im Rahmen des zukünftigen Gesundheitsberufegesetzes klar geregelt.

3.3. Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis} KVG

Abrechnungsberechtigte Personen bzw. Institutionen von Pflegeleistungen

Laut vorliegendem Vorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse Leistungen neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden. Bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, soll gemäss Vorprojekt die Pflegeinstitution weiterhin der abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleiben (vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis} in fine KVG sowie erläuternder Bericht, S. 17).

CURAVIVA Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Neuregelung. Diese entspricht weitgehend der Realität der alltäglichen pflegerischen Tätigkeit in den Pflegeinstitutionen.

Darüber hinaus hält es CURAVIVA Schweiz für richtig und rechtens, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer bleibt.

3.4. Art. 8 Abs. 4 Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV

Bestimmung des Pflegebedarfs

Im Rahmen der Umsetzung der vorliegenden Gesetzesänderung soll eine Anpassung von Artikel 8 Absatz 4 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV wie folgt angepasst werden:

Bestehender Art. 8 Abs. 4 KLV:

Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.

Von CURAVIVA Schweiz vorgeschlagene Neufassung:

Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der von der Pflegefachperson bestimmte Pflegebedarf gilt als Leistung ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag im Sinne von Artikel 33 Absatz 1^{bis} Buchstabe b KVG.

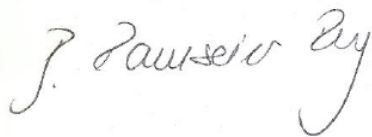
3.5. Übergangsbestimmung

Gemäss Übergangsbestimmung muss der Bundesrat dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der vorliegend vorgesehene Gesetzesänderung einen Bericht über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung erstatten sowie gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreiten, um allfällige unerwünschte Wirkungen der neuen Regelung zu beheben.

CURAVIVA Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Evaluation der Umsetzung der Neuregelung, da der Dachverband bemüht ist, einen möglichst effektiven und effizienten Einsatz der dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zu begünstigen.

Wir danken Ihnen für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung der oben aufgeführten Anliegen von CURAVIVA Schweiz. Wir stehen für jeglichen sinnvollen Beitrag zur Ausarbeitung der entsprechenden Botschaft des Bundesrates gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Bettina Ramseier Rey
Vizepräsidentin von CURAVIVA Schweiz



Dr. Hansueli Mösle
Direktor von CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:

Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel.: 031 385 33 36

Bei spezifischen Fragen zum Berufsprofil und zu den Kompetenzen der Pflege steht Ihnen folgende Spezialistin gerne zur Verfügung:

Marianne Geiser
Projektverantwortliche HR Pflege und Betreuung Alter
E-Mail: m.geiser@curaviva.ch
Tel.: 041 419 72 59

Office fédéral de la santé publique
3003 Berne

Berne, le 12. août 2015

Consultation sur l'avant-projet de CSSS-N concernant la concrétisation de l'initiative parlementaire n° [11.418](#)

Réponse sur consultation de CURAVIVA Suisse

Mesdames, Messieurs,

L'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse vous remercie d'avoir été invitée à participer à la consultation susmentionnée.

CURAVIVA Suisse est une association de branche et d'institutions orientée vers la politique des employeurs, qui défend les intérêts de ses institutions membres des domaines Personnes âgées, Adultes avec handicap et Enfants et adolescents aux besoins spécifiques. L'ensemble des cantons suisses et la Principauté du Liechtenstein sont affiliés à l'association faîtière nationale. CURAVIVA Suisse représente à elle seule 2'570 institutions, où vivent environ 115'000 résidentes et résidents, et qui emploient 130'000 personnes.

1. Aperçu des présentes positions

La réponse à la consultation dont il est question ici défend les positions suivantes:

- CURAVIVA Suisse se félicite que les infirmières et infirmiers diplômés ES/HES puissent fournir certaines prestations de soins définies, à savoir les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base, sans prescription ou mandat d'un médecin et soient donc expressément comptés dans le catalogue des fournisseurs de prestations du domaine de la santé, conformément à l'article 35 alinéa 2 LAMal.
- CURAVIVA Suisse se félicite que les prestations de soins aigus et transitoires (SAT) nécessaires après une hospitalisation doivent désormais être prescrits conjointement

par un médecin et un infirmier ou une infirmière diplômé-e ES/HES.

- CURAVIVA Suisse se félicite que, pour les prestations de soins dispensées par des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES employé-e-s dans un EMS, ce dernier demeure le fournisseur habilité à facturer les prestations.
- Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente modification de loi, il devra être procédé à une modification de l'article 8, alinéa 4 OPAS afin que l'évaluation des soins requis intervenant dans les EMS y soit mentionnée de façon congruente comme une prestation effectuée par une infirmière ou un infirmier sans ordonnance ou mandat d'un médecin.
- CURAVIVA Suisse se félicite que, cinq ans après la mise en œuvre de la présente révision de loi, il soit nécessaire de présenter au Parlement d'éventuelles améliorations.
- CURAVIVA Suisse ne prend pas position sur l'exigence d'un accord contractuel avec un ou plusieurs assureurs ainsi que sur l'apport de la preuve d'un besoin avant d'autoriser des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES à établir des factures à la charge de l'AOS.

2. Considérations préliminaires

Dans le cadre d'une [prise de position du 26 novembre 2014](#), CURAVIVA Suisse a approuvé dans son principe l'initiative parlementaire n°11.418 du 16 mars 2011 déposée par le conseiller national Rudolf Joder «Accorder plus d'autonomie au personnel soignant». Pour fonder sa position, l'association faîtière nationale a fait valoir l'importance croissante des soins et le fait que le domaine de la santé est confronté à une pénurie d'infirmiers et d'infirmières dipl. ES/HES. Pour cette raison, il faut renforcer l'attractivité des professions soignantes. CURAVIVA Suisse espère en outre que la suppression partielle des prescriptions médicales concernant des compétences et des prestations de soins permettra d'éviter à la fois des coûts inutiles et une charge administrative considérable.

CURAVIVA Suisse ne prend pas position sur la proposition d'amendement de l'article 40a LAMal concernant la nécessité d'un accord contractuel avec un ou plusieurs assureurs. CURAVIVA Suisse s'abstient également de se prononcer sur la proposition d'amendement de l'article 55a alinéa 1 lettres c et d et alinéas 2 et 4 LAMal concernant l'apport de la preuve d'un besoin avant d'autoriser des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES à établir des factures à la charge de l'AOS.

La retenue de l'association faîtière s'explique par le fait que ces questions ne sont pas pertinentes pour les EMS.

3. Prise de position et commentaires sur des dispositions particulières

3.1. Art. 25a, al. 2 1^{ère} phr. LAMal et art. 33 al. 1^{bis} let. c LAMal

Prescription conjointe de mesures SAP par les médecins et le personnel soignant

Selon l'avant-projet de révision, l'exigence de la seule prescription par un médecin de soins aigus et transitoires (SAT) serait supprimée. Le médecin et le personnel soignant dipl. ES/HES doivent désormais prescrire ensemble les prestations SAT.

CURAVIVA Suisse estime qu'il est nécessaire d'introduire cette réglementation car celle-ci correspond à une pratique ancrée dans la réalité au sein du système de santé. Après une hospitalisation, en vue d'assurer la continuité de la prise en charge et du traitement, non seulement les prescriptions de la thérapie médicale et des soins de traitement sont essentielles, mais l'évaluation des soins, la coordination et les mesures le sont aussi, qui garantissent la continuité d'une prise en charge globale et d'un traitement d'ensemble. Pour l'évaluation des ressources existantes ou à mettre à disposition, qu'il s'agisse de la contribution du personnel spécialisé ou des proches, du matériel de soin, de la recherche de solutions praticables pour les soins ultérieurs, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES contribuent de manière essentielle au transfert réussi vers un EMS ou au domicile. La loi doit tenir compte de cette réalité.

« Conjoint » ne signifie pas que l'infirmière devrait également apposer sa signatures à côté de celle du médecin (et inversement), mais qu'elle assume son domaine en vue du suivi dans le cadre du passage à des soins aigus et transitoires (SAT). Pour sa part, le médecin n'a plus à apposer sa signature pour ce qui est de l'activité de soin, mais seulement pour son propre domaine d'activité.

3.2. Art. 25a, al. 1 LAMal en liaison avec l'art. 33 OAMal et l'art. 7 OPAS

Mesures relatives à l'évaluation, au conseil, à la coordination et aux soins de base ainsi que mesures des soins de traitement

Conformément au présent avant-projet de révision, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES doivent figurer expressément au sein du catalogue des fournisseurs de prestations visé à l'art. 35 alinéa 2 LAMal et par conséquent être reconnus.

Il incombera au Conseil fédéral de définir dans l'article 7 OPAS les prestations qu'ils peuvent fournir de manière autonome, sans prescription d'un médecin. Il s'agira en l'occurrence de prestations de soins et de mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que des soins de base. Les soins de traitement ne font l'objet d'aucune modification dans le cadre du présent projet de révision, et continueront de nécessiter une prescription médicale.

CURAVIVA Suisse estime que cette différenciation est judicieuse et conforme à la pratique professionnelle. Elle correspond en outre au profil et aux compétences des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES. De l'avis de l'association faïtière, cette distinction tient compte de manière appropriée d'une part des infirmiers et infirmières et d'autre part du corps médical – et correspond aux besoins réels d'une autonomie de l'activité des infirmiers et infirmières qui aille plus loin que ce que prévoit actuellement la législation sur l'assurance-maladie. Comme l'envisage à juste titre la CSSS-N, « il s'agit d'ancrer dans la loi une pratique déjà courante »

(rapport explicatif, p. 17). Le profil professionnel et les compétences des infirmières et infirmiers ES/HES sont clairement réglementés dans le cadre de la future loi sur les professions de la santé.

3.3. Art. 35, al. 2, let. d^{bis} LAMal

Personnes resp. institutions autorisées à établir des factures de prestations de soins

Conformément au présent avant-projet, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES pourront désormais fournir certaines prestations sans prescription ou mandat d'un médecin et seront expressément énumérés dans le catalogue des fournisseurs de prestations conformément à l'article 35 alinéa 2 LAMal.

En ce qui concerne les prestations de soins dispensées par des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES employé-e-s par un EMS, l'avant-projet prévoit que l'EMS demeurera le fournisseur habilité à facturer les prestations (cf. art. 35 al. 2 let. d^{bis} *in fine* LAMal et rapport explicatif, p. 17)

CURAVIVA Suisse salue la nouvelle réglementation proposée. Celle-ci correspond largement à la réalité quotidienne de l'activité infirmière dans les EMS.

CURAVIVA Suisse estime en outre que pour les prestations de soins dispensées par des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES employé-e-s par un EMS, il est juste et légal que l'EMS demeure le fournisseur habilité à facturer les prestations.

3.4. Art. 8, al. 4 OPAS

Détermination des soins requis

Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente révision de loi, l'article 8, alinéa 5 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS devra être adaptée comme il suit :

Actuel art. 8 al. 4 OPAS:

L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.

Nouvelle formulation proposée par CURAVIVA Suisse:

L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par l'infirmier ou l'infirmière vaut comme prestation dispensée sans prescription ni mandat médical, au sens de l'article 33, alinéa 1^{bis}, lettre b LAMal.

3.5. Disposition transitoire

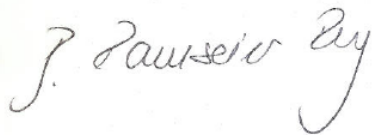
En vertu d'une disposition transitoire, le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur du projet d'amendement de la loi, un rapport sur les répercussions économiques de l'amendement et, le cas échéant, de présenter des

propositions d'améliorations afin de remédier aux éventuels effets indésirables de cette nouvelle réglementation.

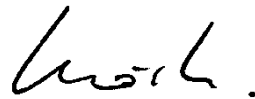
CURAVIVA Suisse salue l'évaluation proposée de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation. En effet, l'association faïtière s'efforce de favoriser une intervention aussi effective et efficiente que possible des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES.

Nous vous remercions de bien vouloir examiner scrupuleusement et prendre en considération les souhaits de CURAVIVA Suisse. Nous nous tenons volontiers à votre disposition pour toute contribution adéquate à l'élaboration du message correspondant du Conseil fédéral.

Veillez trouver ici, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.



Bettina Ramseier Rey
Vice-présidente de CURAVIVA Suisse



Dr Hansueli Mösle
Directeur de CURAVIVA Suisse

Pour toute question relative à la présente réponse sur consultation, veuillez vous adresser à:

Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs
E-mail: y.golay@curaviva.ch
Tél.: 031 385 33 36

En cas de questions spécifiques au profil professionnel et les compétences des soins, la spécialiste suivante se tient volontiers à votre disposition:

Marianne Geiser
Responsable du projet RH soins et accompagnement des personnes âgées
E-mail: m.geiser@curaviva.ch
Tél.: 041 419 72 59

Prise de position de l'ISMAC

Initiative parlementaire portant sur la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière

Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil fédéral.

Consultation

Ismac est un groupe d'intérêt commun de l'ASI, (association suisse des infirmiers et infirmières) qui regroupe une centaine d'infirmiers /ières romandes et tessinoises spécialisées en médecine alternative et complémentaire, qui exercent dans des cadres institutionnels tels que hôpitaux, homes ou établissements médico-sociaux ou/ et en pratique indépendante.

L'objectif de cette initiative parlementaire rejoint complètement les buts de l'ISMAC, et affirme les compétences de ses membres dans les soins infirmiers non médico-délégués, pour lesquels les infirmier/ières ont acquis la formation nécessaire.

Nous soutenons la position de l'ASI largement développée dans le cadre de cette consultation et spécifiquement les commentaires relatifs aux dispositions.

Prise de position de l'ASI Initiative parlementaire portant sur la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière

Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

Consultation

En général

Il va de soi que l'ASI - en tant qu'association professionnelle des infirmières et infirmiers de Suisse - soutient résolument l'orientation du projet de loi. Ses statuts l'obligent notamment à développer les soins infirmiers, à garantir leur qualité et à participer aux processus décisionnels politiques en matière relevant des soins et de la santé. L'ASI a participé étroitement aux discussions et délibérations portant sur l'initiative parlementaire, ayant été sollicitée à plusieurs reprises par les services et organismes compétents du Parlement et de l'administration, ce dont nous les remercions chaleureusement.

L'ASI s'identifie complètement aux objectifs et au contenu de cette initiative parlementaire. Pour elle, la présente consultation ne peut dès lors que porter sur la question de savoir dans quelle mesure l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national reproduit les demandes de l'initiative et correspond aux intentions de celle-ci.

Cela étant, nous attirons l'attention surtout sur les éléments suivants, qui à notre avis ne ressortent pas suffisamment du rapport.

La profession infirmière se distingue par le fait qu'elle comprend deux domaines. En effet, la formation d'infirmière / infirmier qualifie les professionnels pour exercer leur activité

1. dans le domaine du diagnostic et des traitements (dans la terminologie de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins: «examens et traitements»). Il s'agit de prestations de nature médicale, qui peuvent toutefois (en vertu de critères juridiquement clairs) être déléguées par les médecins aux infirmières et infirmiers. En l'espèce, le responsable est le médecin, et la maladie est au centre des préoccupations, nommément son identification (le diagnostic) et le traitement qui en découle (thérapie);
2. dans le domaine des soins infirmiers au sens strict et propre du terme (domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière). A la différence du domaine médico-délégué, ce sont les conséquences de la maladie et de son traitement sur la vie quotidienne du patient qui se trouvent au cœur de l'intervention infirmière. Dans cet esprit et dans ce domaine, les soins infirmiers consistent à guider et soutenir le patient dans la gestion de ces répercussions, que ce soit sur la voie de la guérison, dans la perspective d'une vie avec une maladie chronique ou dans les soins palliatifs en fin de vie. Les soins infirmiers se basent sur l'évaluation des soins requis. Le contenu de ce domaine des soins dit «autonome» échappe à la compétence médicale et se situe en dehors du domaine de l'art médical.

Cette distinction entre le domaine médico-délégué et le domaine infirmier autonome est reproduite explicitement ou implicitement dans les lois et ordonnances cantonales relatives à la santé, en stipulant que les infirmières et infirmiers:

1. nécessitent impérativement une prescription médicale pour leurs actes attribuables au domaine de délégation médicale; en revanche,
2. les mesures attribuables au domaine autonome des soins relèvent de leur responsabilité propre.

Il en va autrement de la LAMal. Cette loi fédérale (et ses ordonnances pour ce qui est des détails de la réglementation) détermine quels sont les soins remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS), et à quelles conditions. L'une des conditions impératives pour le remboursement de toute prestation de soins infirmiers est l'existence d'une prescription médicale correspondante. La loi ne prévoit pas d'exception pour les soins qui - en vertu du droit professionnel cantonal - peuvent pourtant être dispensés sous la responsabilité propre de l'infirmière / infirmier. La nécessité de la révision de la loi résulte de cette contradiction entre le droit cantonal de la santé, qui réglemente les compétences des infirmières et infirmiers, et le droit fédéral de l'assurance-maladie, qui réglemente le remboursement des soins.

En d'autres termes, l'anomalie censée être éliminée par l'initiative réside dans le fait que les infirmières et infirmiers peuvent certes agir sous leur responsabilité propre - à savoir sans prescription médicale - dans leur domaine autonome, mais que leurs soins - sans exception, indépendamment du fait que les mesures de soins concernées sont attribuables au domaine de délégation médicale ou au domaine autonome des soins - ne sont pris en charge par l'AOS qu'en présence d'une prescription médicale correspondante.

Ainsi, la responsabilité infirmière partielle accordée d'autorité aux infirmières et infirmiers par la législation cantonale applicable est déjouée de facto par la LAMal.

Cette contradiction ne peut être fondée objectivement; elle aboutit à des doublons administratifs, avec des coûts supplémentaires engendrés pour les agents payeurs; mais surtout, elle est extrêmement nuisible à l'attrait de la profession infirmière.

Compte tenu de certaines craintes, mais aussi de formulations par endroits équivoques dans le rapport, on ne saurait souligner suffisamment le fait que l'initiative - et l'avant-projet dans sa présente version - laisse intactes les compétences existantes des médecins d'une part, et des infirmières et infirmiers d'autre part. La raison en est simple: la LAMal ne règle pas des compétences, mais seulement des questions de financement. En revanche, c'est un fait que la LAMal en vigueur, en associant le remboursement de soins à une condition inadéquate, restreint indirectement les compétences des infirmières et infirmiers.

L'un des effets réflexes de la réglementation en vigueur de la LAMal, selon laquelle les soins doivent sans exception être ordonnés par un médecin afin d'être pris en charge par l'AOS, réside dans le fait que le domaine existant des soins infirmiers dispensés sous la responsabilité infirmière est pour ainsi dire inopérant (cela est exprimé par le libellé de l'initiative parlementaire grâce à laquelle le domaine - existant - des soins infirmiers dispensés sous la responsabilité infirmière sera *reconnu*). Inversement, il est toutefois inimaginable que la LAMal (et par conséquent le présent avant-projet) élargisse le domaine de compétence des soins infirmiers, car la délimitation de celui-ci relève de la compétence des cantons.

Ce qui a été dit sur la répartition et la délimitation des compétences entre les médecins d'une part et les infirmières et infirmiers de l'autre s'applique bien entendu aussi à leur responsabilité: le projet de loi ne change rien à la situation actuelle. Dans la mesure où il s'agit de prestations infirmières attribuées au domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière, la signature du médecin sur le formulaire de déclaration des besoins n'a aucune répercussion au plan de la responsabilité civile.

Remarque sur la terminologie utilisée dans les versions française et italienne: dans ces versions, le masculin («infirmiers», «infermieri») est utilisé dans tous les cas; cela s'explique peut-être par le fait que ces langues, contrairement à l'allemand, ne connaissent pas de désignation générique neutre («Pflegefachpersonen»). Dans l'esprit de la neutralité des genres, ne serait-ce qu'en raison du fait que la profession infirmière reste exercée par quelque 90 % de femmes, nous plaidons pour l'utilisation soit de la forme féminine («infirmières», «infermiere»), soit des deux formes (par analogie à «chiropraticiennes et chiropraticiens», «pharmaciennes et pharmaciens»).

Commentaire détaillé relatif aux dispositions

Art. 25, al. 2, let. a

La formulation «soins dispensés dans un hôpital par [...]» a été remplacée par «soins dispensés dans le cadre d'un traitement hospitalier [...]». Une incertitude est ainsi éliminée dans la version en vigueur, et il est clair que l'art. 25 porte exclusivement sur les soins dispensés à l'occasion d'un traitement hospitalier (stationnaire); en revanche, les soins dispensés de façon ambulatoire ou dans un établissement médico-social constituent l'objet de l'art. 25a, al. 1.

Cela étant, il retourne ici pour l'essentiel du chiff. 2^{bis} inséré. Le champ d'application de la disposition inclut désormais des prestations dispensées pas les infirmières et infirmiers sous leur responsabilité propre (les prestations qu'ils dispensent sur prescription ou mandat d'un médecin demeurent stipulées au chiff. 3). Il est réjouissant de constater que le rapport anticipe l'attribution des prestations infirmières, qui se fera ultérieurement au niveau de l'ordonnance, d'une part au domaine de la responsabilité infirmière (évaluation, conseils, coordination et soins de base), et d'autre part au domaine médico-délégué (examen et traitement).

Le rapport mentionne à juste titre que cette adaptation ne change rien au fait que le fournisseur de ces prestations ayant droit à les facturer est toujours l'hôpital (l'indemnisation étant effectuée selon le système des forfaits par cas).

Cela ne représente rien d'autre qu'une adaptation à la pratique prédominante: aujourd'hui déjà, une prescription médicale n'est d'usage qu'en cas de délégation de mesures diagnostiques et thérapeutiques au personnel infirmier. Cela permet également d'exclure un accroissement du volume des prestations sur la base de la reconnaissance désormais explicite de l'autonomie partielle des infirmières et infirmiers dans le domaine stationnaire. La portée du projet de loi est par conséquent surtout de nature symbolique - étant précisé que la portée de cette symbolique pour l'attrait de la profession infirmière ne peut être surestimée.

L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.

Art. 25a, al. 1

Contrairement à l'art. 25, respectivement en complément à celui-ci, l'art. 25a régit le financement des soins infirmiers dispensés de manière ambulatoire (y compris les structures de jour ou de nuit) ou dans un établissement médico-social. Si, selon le droit en vigueur, la rémunération de ces prestations par l'AOS prévoit sans exception qu'une prescription médicale existe à cet effet, le présent projet quant à lui stipule que pour une partie de ces soins, l'existence d'une prescription n'est pas requise. Ici aussi, le rapport procède à la répartition des prestations de manière analogue à l'art. 25, al. 2. Ici aussi, la règle est que, excepté dans le cadre de l'exercice indépendant de la profession (encore peu répandu), ce n'est pas l'infirmière ou l'infirmier, mais l'institution qui l'emploie (établissement médico-social ou organisation de soins à domicile) qui facture les prestations. Par conséquent, en l'espèce, on ne distingue pas non plus une incitation à l'accroissement du volume des prestations fondée sur l'autonomie nouvellement acquise.

L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.

Art. 25a, al. 2

Les prestations dites de soins aigus et de transition sont des soins qui, bien qu'ambulatoires, sont remboursés selon les règles du financement hospitalier (soit par forfaits), parce qu'ils sont dispensés à la suite d'un séjour hospitalier. Pour des raisons logiques, la reconnaissance d'un domaine relevant de la responsabilité infirmière se manifeste en l'espèce par le fait que dorénavant, les soins indiqués ne sont plus ordonnés uniquement par le médecin hospitalier, mais – selon qu'ils appartiennent au domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière ou à celui de la délégation médicale – par le médecin et par l'infirmière / l'infirmier. Le rapport constate à juste titre que cela correspond également à la pratique actuelle. En revanche, le terme « conjointement » en relation avec le processus de prescription nous paraît inexact. Celui-ci pourrait être mal interprété dans le sens où la délimitation claire entre, d'une part, les soins délégués par les médecins, et d'autre part les soins relevant de la responsabilité infirmière dans le domaine hospitalier et dans le domaine des soins de longue durée dispensés sous la forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, n'existerait pas en matière de prescription des prestations de soins aigus et de transition, de telle sorte que tous les soins devraient être prescrits en commun par le médecin et l'infirmière / l'infirmier. De notre point de vue, cette disposition doit bien plus être formulée en tenant compte des compétences respectives, et garantir que les mesures diagnostiques et thérapeutiques soient ordonnées par le médecin, et l'évaluation, les conseils, la coordination et les soins de base par le service de soins infirmiers. Cela permettrait d'exclure les éventuels abus de compétence dans les deux sens; notamment, cela clarifierait qu'une prescription conjointe est superflue lorsque l'un ou l'autre type de mesures est indiqué exclusivement.

L'ASI soutient la proposition de la majorité sous réserve que la formulation stipule que le médecin et l'infirmière / infirmier sont compétents pour la prescription des mesures de soins concernées.

Proposition de la minorité

Une minorité de la commission propose, au lieu que le médecin et l'infirmière / infirmier ordonnent ensemble les prestations de soins aigus et de transition, un simple devoir du médecin de consulter l'infirmière / l'infirmier. Cette approche n'a de sens ni dans la systématique, ni dans la logique de la révision dans son ensemble; notamment, on ne comprend pas pourquoi la reconnaissance d'un domaine des soins relevant clairement de la responsabilité infirmière ne devrait pas être également mise en œuvre dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition. En d'autres termes, on ne voit pas pourquoi les mêmes soins (évaluation, conseils, coordination et soins de base) pourraient être dispensés en principe sous la responsabilité propre des infirmières et infirmiers à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux et dans le domaine ambulatoire, mais resteraient assujettis à une prescription du médecin dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition. Ce dernier devrait certes consulter l'infirmière ou l'infirmier responsable, mais le droit d'ordonner les mesures en question lui appartiendrait à titre exclusif. Cela contredit l'intention fondamentale de l'initiative, car le médecin se voit attribuer une compétence dans un domaine – spécifiquement infirmier – qui se situe en dehors des limites de son art et dans lequel il n'est pas expert.

L'ASI rejette catégoriquement la proposition de la minorité.

Art. 33, al. 1^{bis}

Cette disposition transfère au Conseil fédéral la compétence de désigner en détail les soins infirmiers pris en charge totalement (en vertu de l'art. 25 LAMal) ou partiellement (en vertu de l'art. 25a LAMal) par l'assurance-maladie obligatoire. En conformité totale avec l'intention sans équivoque de l'initiative parlementaire, qui consiste à assimiler la condition du financement des prestations à la réglementation des soins au plan du droit professionnel, le rapport anticipe cette attribution: la description en vigueur des soins obligatoires pour l'assurance demeure inchangée – hormis le fait que ces prestations font l'objet d'une nouvelle répartition, dans un domaine relevant de la responsabilité propre des infirmières et infirmiers, et dans un domaine médico-délégué. Les soins pouvant être dispensés sans prescription médicale doivent aussi être remboursés sans prescription médicale. La nouvelle version de cet article étend la délégation au Conseil fédéral aux soins infirmiers qui désormais peuvent être dispensés sans prescription mé-

dicale ou sont ordonnés (dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition) conjointement avec un médecin.

Conformément à nos considérations relatives à l'art. 25a, al. 2, la let. c doit être supprimée complètement: que ce soit à l'hôpital, dans un établissement médico-social, de manière ambulatoire ou dans le cadre des soins aigus et de transition, les prestations diagnostiques et thérapeutiques ne sont remboursées que lorsqu'elles sont dispensées par des infirmières et infirmiers sur prescription ou mandat d'un médecin, tandis que l'évaluation, les conseils, la coordination et les soins de base doivent être remboursés sans prescription ou mandat d'un médecin.

L'ASI soutient la formulation de cette disposition, à condition que la let. c soit supprimée complètement.

Art. 35, al. 2, let. d^{bis}

D'un point de vue systématique, la LAMal désigne d'une part (au 3^e chapitre, dont les articles susmentionnés font partie) les prestations dont les frais sont pris en charge par l'assurance obligatoire de soins, d'autre part (au 4^e chapitre), elle détermine qui est autorisé à fournir ces prestations. L'art. 35, al. 2, let. e («Personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical [...]») reste applicable aux infirmières et infirmiers, lorsque ceux-ci fournissent des soins appartenant au domaine médico-délégué des soins (c.-à-d. mesures diagnostiques ou thérapeutiques, respectivement, dans la terminologie de l'OPAS, examens et traitements). La nouvelle let. d^{bis}, en revanche, intègre explicitement les infirmières et infirmiers comme fournisseurs de prestations attribuables au domaine des soins dispensés sous leur propre responsabilité. La subordination intégrale des infirmières et infirmiers sous la lett. e constitue la pierre d'achoppement que l'initiative vise à éliminer. Au plan du droit professionnel, le secteur des soins infirmiers n'est depuis longtemps plus une profession auxiliaire du médecin; il est par conséquent inadmissible et choquant de continuer à lui imposer ce corset via le financement des soins.

La question de savoir à quelles conditions les infirmières et infirmiers sont autorisés à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie est réglée par le Conseil fédéral au moyen d'une ordonnance. En vertu du droit en vigueur (art. 49 OAMal), il s'agit d'un diplôme en soins infirmiers et de deux ans d'expérience professionnelle. L'ASI ne voit pas de raison de modifier cette réglementation éprouvée (étant précisé que la terminologie devrait être adaptée à la systématique de formation en vigueur: la formation en soins infirmiers, située à présent au niveau tertiaire, est réalisée dans une école supérieure ou une haute école spécialisée, et conclue par un diplôme, respectivement un titre de bachelor).

L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.

Art. 40a

Une minorité de la commission ne veut pas compter les infirmières et infirmiers, dans la mesure où ils ne sont pas actifs dans le domaine médico-délégué, parmi les fournisseurs de prestations exerçant leur activité à la charge de l'assurance-maladie, énumérés à l'art. 35, mais leur consacrer une disposition propre, l'article 40a, ce qui s'explique par le fait que pour eux – en tant que seuls fournisseurs de prestations – l'obligation de contracter ne s'appliquerait pas. Les soins qui seraient dispensés par les infirmières et infirmiers remplissant les conditions de la LAMal ne devraient ainsi plus être remboursés, ou alors seulement en présence d'un contrat d'admission entre le fournisseur de prestations et la caisse-maladie.

Nous ne pouvons nous défendre de l'impression que l'adaptation de la loi est utilisée par la minorité de la commission comme une occasion d'introduire, par la porte arrière, ou par échelons, la suppression de l'obligation de contracter, jusque-là politiquement dénuée de chances, en l'appliquant à une profession dont les prestations (et le poids politique) ne pèsent pas lourd dans la balance. Compte tenu du volume de prestations concerné, comparativement négligeable, une mesure aussi grave ne revêt pas de nécessité objective.

L'ASI s'oppose catégoriquement à la proposition de la minorité.

Art. 55a

Cette disposition étend de façon explicite et complète le gel des admissions (respectivement l'admission selon les besoins), jusqu'ici limité aux médecins, aux infirmières et infirmiers, et cela indépendamment du fait «qu'ils exercent leur activité de façon autonome ou dépendante». La formulation est déjà difficilement compréhensible du point de vue grammatical, d'autant plus que l'on ne sait pas dans quelle mesure l'al. 1 let. d va plus loin que la let. c. (la question est donc de savoir si les infirmières et infirmiers qui «exercent leur activité de façon dépendante au sens de la let. c n'incluent pas déjà les «infirmières et infirmiers qui exercent une activité dans une organisation au sens de l'art. 35, al. 2, let. d^{bis}, ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39»).

Quoi qu'il en soit, cette disposition est diamétralement contraire à l'une des intentions déclarées de l'initiative, à savoir atténuer la pénurie de personnel dans le secteur des soins infirmiers. En ce qui a trait à une offre sanitaire adéquate au présent et à l'avenir, les plus grands soucis découlent non pas d'un excédent, mais d'un manque de soins infirmiers et de personnel infirmier. Les données épidémiologiques et démographiques sont suffisamment connues, et ne doivent certainement pas être répétées ici: il suffit de rappeler qu'une pénurie aiguë de soins infirmiers est imminente. Compte tenu de la part jusqu'à présent importante et tendant à augmenter de main-d'œuvre étrangère dans le secteur des soins infirmiers, il est probable que l'admission de l'initiative contre l'immigration de masse ait encore aggravé la problématique (mot-clé «pénurie de personnel qualifié»). Les milieux politiques s'efforcent aux niveaux les plus divers de rendre la profession infirmière plus attrayante, afin que davantage de jeunes optent pour elle et que plus de professionnels l'exercent plus longtemps.

Dans ce contexte, l'idée d'un excédent d'offre justifiant un gel des admissions s'avère être une aberration. Il convient toutefois de mentionner à ce stade qu'un accroissement tout à fait plausible de la demande de soins ambulatoires ne sera pas dû à une augmentation préalable de l'offre de soins infirmiers, mais au fait que les soins infirmiers du futur vont se déplacer progressivement de l'hôpital au domaine ambulatoire. Il serait catastrophique de donner aux cantons la possibilité, dans le cadre d'une politique d'austérité, de contrecarrer à la charge des patients et des infirmières et infirmiers la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire». De plus, les expériences avec la mise en œuvre déficiente du financement des soins font craindre que les cantons abusent du gel des admissions pour faire de la politique structurelle en l'utilisant au détriment des infirmières et infirmiers indépendants et en faveur des organisations de soins à domicile d'utilité publique.

En outre, l'al. 2 exonère de la preuve du besoin les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement de formation reconnu en Suisse. Si, contrairement à notre proposition, la preuve du besoin devait être maintenue pour les infirmières et infirmiers, nous demandons une réglementation d'exception correspondante également pour notre profession.

L'ASI s'exprime résolument contre cette disposition.
Dans l'éventualité d'une proposition subsidiaire, les infirmières et infirmiers devraient être exonérés de la preuve du besoin à des conditions comparables à celles valables pour les médecins.

Disposition transitoire

Rien ne s'oppose à une évaluation de la présente adaptation de la loi. Cela étant, selon le projet, l'analyse des effets doit prendre en considération notamment les conséquences économiques. L'ASI demande par conséquent une analyse *complète* des effets, qui ne se fonde pas unilatéralement sur une simple comparaison des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins, mais tienne compte également à tout le moins du changement précité du paysage des soins («l'ambulatoire avant le stationnaire»). Conformément à un autre objectif principal de l'initiative, le gain en attrait de la profession infirmière devrait aussi être inséré dans l'évaluation.

L'ASI s'exprime sous réserve en faveur de la disposition transitoire.

Prise de position de la Société Suisse de Gériatrie (SSG)

Initiative parlementaire portant sur la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière

Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

Consultation

Le 15 avril 2015, dans le cadre de la mise en oeuvre de l'initiative parlementaire visée en titre, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a voté un avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Celui-ci prévoit que le personnel infirmier pourra désormais fournir une partie des prestations de soins, soit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base, en ayant directement accès aux patients, autrement dit sans que les prestations en question soient prescrites par un médecin. Cette modification s'appliquera aussi bien aux infirmiers exerçant leur activité à titre indépendant et à leur propre compte qu'au personnel infirmier engagé par un hôpital, par un établissement médico-social ou par un organisme de soins et d'aide à domicile.

La SSG en tant qu'organisation professionnelle dont l'accent est mis sur les thèmes « personnes âgées » et « vieillir » affirme son soutien à l'initiative. Elle se réfère notamment à la position de l'ASI, de H+ et de Curaviva.

La SSG considère que l'initiative contribue à répondre de manière adéquate à un certain nombre d'enjeux actuels en lien avec [la situation](#) de la personne âgée:

1. Le vieillissement de la population engendre une augmentation du nombre de patients âgés souffrant d'affections chroniques pour lesquelles les infirmiers sont en mesure d'en effectuer le suivi. En particulier en ce qui concerne les mesures d'évaluation, de conseil, la coordination ainsi que les soins de base. Ces prestations sont nécessaires aussi bien en soins aigus, en ambulatoire qu'en établissement médico-social.
2. La pénurie de personnel soignant et médical, alors que les besoins en soins des personnes âgées seront en augmentation. La reconnaissance de l'autonomie infirmière facilitera le partage des tâches entre les médecins et les infirmiers et permettra ainsi une économie de temps et donc de ressources. Par ailleurs cette reconnaissance vise également à augmenter l'attractivité de la profession infirmière.

Il est important de souligner que cette initiative ne modifie aucunement les compétences réciproques des soignants et des médecins, mais permet le remboursement par l'assurance maladie de prestations effectuées par des infirmiers sans nécessiter une prescription médicale.

Commentaire détaillé :

.

Art.40a

La SSG s'oppose catégoriquement à la proposition de la minorité qui vise à refuser aux infirmiers de figurer parmi les prestataires à la charge de l'assurance maladie ou alors seulement en présence d'un contrat d'admission entre la caisse maladie et le fournisseur de prestations. Comme le souligne l'ASI dans sa position à l'égard de cette initiative, on peut craindre par là une limitation à l'obligation de contracter.

Art. 55a

La SSG s'oppose totalement à cette disposition qui souhaite étendre aux infirmiers la limitation de l'admission à pratiquer. Cette proposition est contraire aux intentions même de l'initiative à savoir la lutte contre la pénurie de personnel, l'augmentation de l'attractivité des professions soignantes. Dans le cas où cette réglementation devait néanmoins concerner les infirmiers, l'exception faite pour les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, devrait s'appliquer à des conditions comparables.



par courriel à:

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Monsieur Guy Parmelin
Président de la Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
3003 Bern

Lausanne, le 3 août 2015

Procédure de consultation 11.418 Iv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président,

La Société médicale de la Suisse romande, société faîtière des sociétés cantonales de médecine romandes membres de la FMH, a l'avantage de vous faire part ci-après de ses remarques concernant l'initiative parlementaire mentionnée.

Arguments de l'initiant

L'auteur de cette initiative constate une augmentation considérable du besoin en soins due notamment au vieillissement de la population et au retour précoce à domicile après hospitalisation depuis l'introduction des forfaits par cas. Il estime qu'en accordant plus d'autonomie au personnel soignant infirmier, on renforcera l'attrait du métier pour les jeunes qui débutent leur formation en évitant que les personnes qualifiées quittent la profession après quelques années. Il estime ainsi pouvoir réduire la pénurie de personnel soignant sans augmentation des coûts.

Evolution de la formation des soignants

On observe actuellement une diminution des infirmières/infirmiers formés selon la filière ES, encore dominante, en faveur de la formation HES délivrant un diplôme de niveau bachelor. Parallèlement est apparue la possibilité d'accéder à une formation en soins infirmiers de niveau master. On peut s'en réjouir. Cette académisation des soins infirmiers est certes stimulante et permet l'acquisition de compétences supplémentaires pour de futurs cadres ou enseignants, mais elle ne résout pas le manque de professionnels formés en Suisse. Des exigences accrues sont en effet propres à détourner des personnes qui seraient excellentes sur le terrain alors que celles qui sont prêtes à affronter un cursus exigeant se tourneront plutôt vers la filière médicale. Une formation plus avancée n'a d'ailleurs pas pour but de former des personnes destinées à se substituer au médecin en cas de pénurie. D'autre part, elle ne contribue pas à valoriser les formations de niveau secondaire de type CFC comme celles d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) ou d'assistante médicale.

Contexte professionnel

La pression sur les coûts pousse à réduire le personnel en augmentant la charge de travail dans un contexte astreignant, tant physiquement qu'intellectuellement et émotionnellement. Nombre d'infirmières/infirmiers, notamment de jeunes parents, sont ainsi poussés à quitter le milieu hospitalier

après quelques années de pratique. La perspective d'une pratique autonome est évidemment séduisante, mais elle ne permet pas d'échapper aux charges administratives qui ont souvent pris plus d'importance que les tâches en contact direct avec le patient. C'est cette course contre le temps, souvent au détriment du patient, qui explique principalement l'insatisfaction et la perte de motivation professionnelle plutôt que le manque d'autonomie. Aujourd'hui déjà, les soins de base sont laissés à l'appréciation de l'infirmière/er, le rôle du médecin prescripteur étant d'attester leur nécessité. Quant aux soins spécialisés, ils nécessiteront toujours la décision du médecin.

Prescription des soins et responsabilité économique

Pour être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, la nécessité des soins doit être justifiée. Le prestataire prescripteur en assume la responsabilité économique. Dans le cas de soins qui n'ont pas été prescrits par le médecin, la charge administrative sera reportée sur le prestataire autonome. En effet, un suivi distinct du coût des soins fournis sans prescription médicale devra absolument être mis en place.

Il nous paraît irréaliste de penser qu'une autonomie accrue permette d'augmenter le nombre de soignants et de prestations sans augmentation parallèle des coûts. Le rôle du médecin et sa charge de travail changeront par ailleurs peu, qu'il prescrive ou non ces soins. D'autre part, la réponse à une pénurie de médecins doit être l'ouverture des filières de formation médicale car les candidats ne manquent pas. Substituer des infirmières/ers aux médecins n'est pas un scénario raisonnable actuellement.

Enfin, une double prescription des soins, notamment à la sortie de l'hôpital, représenterait une charge administrative accrue et elle doit être rejetée.

Responsabilité professionnelle

Les soignants assument seuls la responsabilité des traitements entrepris de manière autonome. Les implications civiles et pénales doivent être explicitement prévues dans la loi. Il n'est pas acceptable que l'on demande au médecin d'assumer a posteriori la responsabilité d'actes qu'il n'a ni effectués lui-même, ni délégués. Sans disposition légales claires, des conflits seront inévitables et l'interposition des soignants entre médecins et patients sera au détriment de ces derniers.

Liberté de contracter

Nous sommes opposés à la limitation du remboursement aux seuls soignants qui ont passé contrat avec les assureurs. Ceci constituerait un facteur d'insécurité important pour le patient qui pourrait ne pas être remboursé s'il a omis de demander la garantie préalable de l'assureur. D'autre part, le soignant serait en situation conflictuelle avec l'assureur dès que les exigences de celui-ci ne sont pas conformes à l'intérêt du patient et aux règles de bonne pratique. Une restriction du choix du prestataire n'est d'ailleurs pas nécessaire dans la mesure où les tarifs sont fixés.

D'autre part, la responsabilité de veiller à une disponibilité adéquate des soins relève des autorités cantonales et ne doit pas être reportée sur les payeurs que sont les assureurs.

Conclusion

La SMSR prend acte du contexte politique favorable à une autonomisation des soignants. Elle ne partage cependant pas les convictions de l'initiant et estime que les buts évoqués ne seront pas atteints par les modifications législatives proposées. Elle soutient pleinement la position de la FMH. Afin d'éviter des dérapages dommageables pour les patients et les coûts de la santé, elle insiste sur les points suivants :

1. **Les prestations qui peuvent être fournies de manière autonome** par le personnel soignant, ou respectivement sur prescription du médecin doivent être définies avec précision **dans la loi**. Le Parlement ne doit pas abandonner cette compétence centrale au Conseil fédéral.

2. **Les qualifications professionnelles** des personnes autorisées à fournir ces prestations et **leur responsabilité économique et professionnelle** doivent de même être détaillées **dans la loi**.
3. **Les doublons doivent être évités**. Ainsi, la double prescription des soins par le médecin et l'infirmière/er doit être rejetée. La coordination actuelle est adéquate. La justification des soins fournis de façon autonome doit être établie par le soignant, sans validation a posteriori par le médecin. Les soins spécialisés doivent en revanche rester subordonnés à la seule prescription du médecin.
4. **Les coûts** des soins pris en charge sans prescription du médecin doivent faire l'objet d'un **suivi distinct** (monitorage).

* * *

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à la présente prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres de la Commission, à l'expression de nos salutations respectueuses.



Pierre-Alain Schneider
président de la SMSR



Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS

Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Bern, den 27. Mai 2015

Per E-Mail:

lex@fmh.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Per A-Post:

Herrn Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Zur Kenntnisnahme:

Herrn Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des
Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege: Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung einlässlich mit der Vorlage befasst. Angesichts der überraschenden Tragweite der vorgeschlagenen Lösungen erscheint es legitim, diese FMH-interne Vernehmlassung bereits jetzt bzw. gleichzeitig an die zuständigen eidgenössischen Instanzen weiterzuleiten.

I. Allgemeine Bemerkungen

Eine deutliche Mehrheit der politischen Meinungsträger in der Schweiz sieht heute die Notwendigkeit der Zulassung von Pflegefachpersonen für Tätigkeiten zulasten der sozialen Krankenversicherung OKP. Im Grundsatz können wir uns deshalb wohl nicht (mehr) dagegen stellen.

Wir verweisen aber auf unsere Stellungnahme namens und im Auftrage des Vorstandes des VLSS zum Vorentwurf für ein Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Die Stossrichtung *Gesundheit2020* des Bundesrats sowie der Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ der SAMW unterstützen wir nach wie vor nicht oder nur teilweise.



Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS

Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Anstatt die **Behebung des Ärztemangels** anzupacken und auf Bundesebene endlich die dafür notwendigen Mittel bereitzustellen, sollen mit dem GesBG und mit der jetzt vorgelegten Änderung des KVG Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden.

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet, bringt jetzt mehr Klarheit, was an sich zu begrüssen ist. Trotzdem bringen wir dazu die folgenden Vorbehalte an:

- Gerade der Bereich der Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute **wegen des Pflegemangels** mehrheitlich von Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ausgeübt, weshalb Pflegefachpersonen, welche künftig gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder gestützt auf ein Bacherlordiplom FH sowie gestützt auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige Tätigkeit“ diese Tätigkeiten lediglich überwachen würden; ob sich damit eine ausreichende Aufwertung der eigenen Tätigkeit erreichen lässt, ist eher fraglich;
- Im Spitalbereich stellen sich **erhöhte Anforderungen an die Behandlungspflege** von Patientinnen und Patienten, welche teilweise multimorbid sind und/oder an invalidisierenden oder zum Tod führenden Krankheiten leiden; die Kaderärzte müssen deshalb eine unentziehbare, uneingeschränkte Kompetenz für das gesamte Management und die Koordination der Patientenbehandlung haben, welche im Spitalalltag nicht ständig hinterfragt werden darf und kann; wenn den Pflegefachpersonen im Spitalbereich eine uneingeschränkte Kompetenz, selber über die Grundpflege zu entscheiden, zugestanden werden soll, so handelt es sich dabei um eine in der Praxis nicht umsetzbare Fiktion;
- Dies gilt insbesondere dann, wenn die Definitionshoheit bezüglich Grundpflege dem Bundesrat überlassen bleibt und die Liste der Grundpflege immer länger würde; wir befürchten eine **beabsichtigte Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege**; entgegen der Absicht des Bundesrats, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste“ regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ unseres Erachtens wegen deren Wichtigkeit, und um der erwähnten Problematik adäquat vorzubeugen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe verankert werden.

EArt. 33 Abs. 1^{bis} lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

- von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Behandlungspflege**);*
- von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Grundpflege**).*

Zudem lehnen wir Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, weiterhin dezidiert ab. Entsprechend ist **EArt. 33 Abs. 1^{bis} lit. c KVG** gemäss dem *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* unseres Erachtens ersatzlos **zu streichen**:

- ~~*c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~



Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS

Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Gleichzeitig unterstützen wir deshalb auch bei **EArt. 25a Abs. 2 erster Satz KVG** den *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* wie folgt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet ...

Nachdem wir uns in den letzten Jahren aus ordnungspolitischen und sozialversicherungsrechtlichen Gründen immer konsequent gegen eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs gegenüber der Ärzteschaft und vor allem gegen die Aufhebung der freien Arztwahl ausgesprochen haben, sind wir auch gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG.

EArt. 40a KVG ist demzufolge **zu streichen**, dem *Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin* kann nicht gefolgt werden.

Wir können zur Zeit nicht abschätzen, zu welchen Schwierigkeiten die angestrebte Umsetzung der mit der vorgesehenen Gesetzesänderung vorgesehenen neuen Kompetenzabgrenzung zwischen den verantwortlichen Ärzten und den Pflegefachpersonen im Spitalbereich, hinsichtlich der Akut- und Übergangspflege, bei den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder bei den selbständig auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen führen wird. Konflikte sind indessen vorprogrammiert. Mit neuen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche wird die allseits angestrebte integrierte Versorgung unseres Erachtens eher erschwert.

Ein Funktionieren des neuen Systems setzt deshalb voraus, dass die Hauptverantwortung des Arztes oder der Ärztin für die Behandlung des Patienten im Bereich der Abklärung, Beurteilung und Beratung erhalten bleibt, was eine adäquate Mitsprache der Pflegefachpersonen gerade nicht ausschliesst. Wir setzen uns also für ein verstärktes Mitsprache- und Vorschlagsrecht der Pflegefachpersonen ein, während die **Schlüsselrolle und Koordinationsfunktion des verantwortlichen Kaderarztes im Spital oder des verantwortlichen Hausarztes** gewährt bleiben muss.

Nur so kann erreicht werden, dass die Neuregelung zu keinen oder zumindest **zu keinen (leider zu befürchtenden) erheblichen Mehrkosten** zulasten des KVG führen wird. Entsprechend erachten wir auch ein stringentes Kostenmonitoring gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung als unbedingt notwendig.

II. Weitere Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

EArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Keine Bemerkungen.

EArt. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG



Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS

Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS

Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8

T 031 330 90 01

F 031 330 90 03

info@vlss.ch

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I. zu EArt. 25a Abs. 2 erster Satz sowie zu EArt. 33 Abs. 1^{bis} KVG.

EArt. 33 Abs. 1^{bis} KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG

Keine Bemerkungen.

EArt. 40a KVG (Minderheitsantrag)

Siehe oben Bemerkungen unter Ziff. I.

EArt. 55a Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG

Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Wir erachten es insbesondere als dringend notwendig, angemessen und auch **europakompatibel**, die seit längerem diskutierte Ausnahmebestimmung, wonach **Ärztinnen und Ärzte mit mindestens drei Jahren Tätigkeit an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte vom Bedürfnisnachweis ausgenommen** sind, jetzt ausdrücklich auf Gesetzesebene zu verankern.

Mit freundlichen Grüssen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident

Der Geschäftsleiter

Dr. med. Hans-Ueli Würsten Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Weitere Kopien z.K.:

- VSAO
- H+
- cura futura
- santésuisse

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3000 Bern 15

Per Email
Karin.schatzmann@bag.admin.ch;
dm@bag.admin.ch

Bern, 28. Juli 2015

Vernehmlassungsantwort des VSAO zur parlamentarischen Initiative 11.418 (Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
Sehr geehrte Nationalrätinnen, sehr geehrte Nationalräte,

Wir danken der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, zur oben genannten Thematik unsere Position darlegen zu dürfen.

Der VSAO lehnt die geplante Gesetzesänderung ab und warnt vor den Folgen für den Spitalalltag. Aus Sicht des VSAO muss bei der Diskussion um die Kompetenzabgrenzung zwischen Ärztin/Arzt und Pflege das Wohl der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Die Drehscheibenfunktion der Ärztin/des Arztes hat sich (gerade im Spital) bewährt. Wir sind überzeugt, dass Patientinnen und Patienten froh sind, wenn die Verantwortung für die Behandlung in ärztlicher Hand liegt. Geteilte Verantwortlichkeiten führen hingegen zu einer Verkomplizierung des Systems, welche nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre: Es entstehen unklare Zuständigkeiten und zusätzliche Schnittstellen, dadurch ergeben sich auch zusätzliche Fehlerquellen und Unsicherheiten für Patientinnen und Patienten.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Spitalberufen läuft aus Sicht des VSAO heute insgesamt gut. Die Teamarbeit in den Spitälern ist vielerorts etabliert und Interdisziplinarität wird gelebt. Die Initiative Joder erweckt unseres Erachtens fälschlicherweise den Anschein, dass heute die Pflegefachleute keine (Eigen-) Verantwortung tragen würden. Dem ist nicht so! Die medizinische Verantwortung liegt richtigerweise in ärztlicher Hand. Gleichzeitig trägt jede an der Behandlung und Pflege einer Patientin/eines Patienten beteiligte Fachperson eine erhebliche Eigenverantwortung dafür, dass er/sie seine/ihre Leistung korrekt erbringt. Dabei verfügt die Pflege zu recht bereits heute über einen erheblichen Gestaltungsspielraum.

Eine Aufwertung des Pflegeberufs wird vom VSAO unterstützt. Der VSAO findet ebenfalls, dass die Pflege (vermehrte) Anerkennung für ihre wertvolle Tätigkeit

verdient. Für den VSAO steht ausser Frage, dass die Pflege wichtige und hochwertige Dienstleistungen für die Patientinnen und Patienten erbringt. Eine repräsentative Befragung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel zeigt, dass 88.3% der Pflegenden mit ihrem Beruf eher bis sehr zufrieden sind¹. Das Berufsbild muss folglich nicht grundsätzlich geändert werden.

Der VSAO wehrt sich auch nicht gegen eine Kompetenzerweiterung der Pflege, unter Wahrung der Koordinations- und Entscheidfunktion der Ärztin/des Arztes. Auf Grund der zunehmenden Spezialisierung hat das Knowhow der Pflege zweifelsohne zugenommen. **Indessen erachtet der VSAO eine gesetzliche Verankerung als wenig zielführend für die Anerkennung der Pflege.** Vielmehr erfolgt die Anerkennung im konkreten Spitalalltag und nicht auf abstrakter gesetzlicher Ebene.

Der VSAO warnt in diesem Zusammenhang davor zu glauben, dass mit der Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Abrechnung die Wertschätzung der Pflege verbessert werden könne. Die Abrechnung unter DRG erfolgt durch das Spital, weder durch den Arzt/die Ärztin, noch durch Pflegenden. Deshalb beantragen wir Ihnen, diese parlamentarische Initiative insbesondere für den Spitalbereich abzulehnen.

Sollte die Kommission entgegen unserem Antrag an der parlamentarische Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege festhalten, so bitten wir Sie, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Bei Artikel 25a Abs. 2 unterstützen wir den Minderheitsantrag, so dass Leistungen der Akut- und Übergangspflege weiterhin ärztlich angeordnet werden. Eine gemeinsame Anordnung ist aufwändig, unnötig und führt zu Kompetenzstreitigkeiten zu Lasten der Patienten-Sicherheit. So ist völlig unklar, wie im Streitfall (zwischen Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) vorzugehen wäre. Eine saubere Kompetenzabgrenzung ist der gemeinsamen Anordnung klar vorzuziehen.
- Bei Art. 33 Abs. 1^{bis} unterstützen wir konsequenterweise den Minderheitsantrag zur Streichung von lit. c aus oben genannten Gründen. Zudem beantragen wir, in Art. 33 Abs. 1^{bis} die Leistungen, welche unter Buchstabe b neu unter eigener Verantwortung der Pflegefachpersonen erbracht werden können, im Gesetz abschliessend aufzulisten. **Deshalb seien hier die Leistungen nach KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a und c in den Gesetzestext aufzunehmen.** Dadurch wäre sichergestellt, dass die Zuständigkeiten langfristig geklärt sind und nicht durch eine blosse Verordnungsänderung bereits nach kurzer Zeit wieder geändert werden könnten. Entsprechend wäre der Art. 33 Abs. 1^{bis} wie folgt zu formulieren:
 „Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:
 - a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden

¹ Siehe http://www.odags-thurgau.ch/documents/news/0_uni_basel_shurp_qualitaet-in-alterspflege_11-2013.pdf (insbesondere S. 32f.), aber auch <http://www.buerobass.ch/pdf/2004/arbsit-pflege-zf.pdf>.

b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege)“

- Bei Art. 40a lehnen wir den Minderheitsantrag, die Zulassung der Pflegefachpersonen vom Abschluss eines Vertrags mit Versicherern abhängig zu machen, ab. Es ist absolut nicht sinnvoll, im KVG unterschiedliche Systeme der Vertragsfreiheit einzuführen für unterschiedliche Leistungserbringer. Das Volk hat vor noch nicht langer Zeit klar zum Ausdruck gebracht, dass es die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten der Vertragsfreiheit für die Versicherer vorzieht.
- Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 lehnen wir ab. Indem die Pflegeberufe der Zulassungssteuerung unterworfen würden, könnte sich die Personalsituation zusätzlich verschärfen (anstatt sie zu entschärfen wie von der Parlamentarischen Initiative Joder gewünscht). Sollte die Kommission dennoch an einer Zulassungssteuerung für Pflegeberufe festhalten, so würde sinnvollerweise die gleiche Regelung wie für die Ärzteschaft festgeschrieben (Zulassung nach dreijähriger Tätigkeit an anerkannter Weiterbildungsstätte).
- Das geplante Kostenmonitoring begrüssen wir ausdrücklich.

Wir danken der Kommission für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Wir stehen für Rückfragen selbstverständlich gerne jederzeit zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz-
und Oberärztinnen und -ärzte



Dr. med. Daniel Schröpfer
Präsident



Dr. phil. Nico van der Heiden
Stv. Geschäftsführer / Leiter Politik &
Kommunikation



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Bern, den 27. Mai 2015

Per E-Mail:

lex@fmh.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Per A-Post:

Herrn Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Zur Kenntnisnahme:

Herrn Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege: Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Ausschuss des Kantonalvorstandes der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung einlässlich mit der Vorlage befasst. Angesichts der überraschenden Tragweite der vorgeschlagenen Lösungen erscheint es legitim, diese FMH-interne Vernehmlassung bereits jetzt bzw. gleichzeitig an die zuständigen eidgenössischen Instanzen weiterzuleiten.

I. Allgemeine Bemerkungen

Eine deutliche Mehrheit der politischen Meinungsträger in der Schweiz sieht heute die Notwendigkeit der Zulassung von Pflegefachpersonen für Tätigkeiten zulasten der sozialen Krankenversicherung OKP. Im Grundsatz können wir uns deshalb wohl nicht (mehr) dagegen stellen, haben aber weiterhin Bedenken.

Wir verweisen aber auf unsere Stellungnahme namens und im Auftrage des Kantonalvorstandes der BEKAG zum Vorentwurf für ein Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Die Stossrichtung *Gesundheit2020* des Bundesrats sowie der Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ der SAMW unterstützen wir nach wie vor nicht oder nur teilweise.

Anstatt die **Behebung des Ärztemangels** anzupacken und auf Bundesebene endlich die dafür notwendigen Mittel bereitzustellen, sollen mit dem GesBG und mit der jetzt vorgelegten Änderung des KVG Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden.

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet, bringt jetzt mehr Klarheit, was an sich zu begrüssen ist. Trotzdem bringen wir dazu die folgenden Vorbehalte an:

- Gerade der Bereich der Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute **wegen des Pflegemangels** mehrheitlich von Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ausgeübt, weshalb Pflegefachpersonen, welche künftig gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder gestützt auf ein Bachelordiplom FH sowie gestützt auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige Tätigkeit“ diese Tätigkeiten lediglich überwachen würden; ob sich damit eine ausreichende Aufwertung der eigenen Tätigkeit erreichen lässt, ist eher fraglich;
- Wir befürchten deshalb eine beabsichtigte Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege; entgegen der Absicht des Bundesrats, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste“ regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ unseres Erachtens wegen deren Wichtigkeit, und um der erwähnten Problematik adäquat vorzubeugen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

Art. 33 Abs. 1^{bis} lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

- a. *von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Behandlungspflege**);*
- b. *von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Grundpflege**).*

Zudem lehnen wir Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, weiterhin dezidiert ab. Entsprechend ist **Art. 33 Abs. 1^{bis} lit. c KVG** gemäss dem *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* unseres Erachtens ersatzlos **zu streichen**:

- ~~c. *gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~

Gleichzeitig unterstützen wir deshalb auch bei **Art. 25a Abs. 2 erster Satz KVG** den *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* wie folgt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet ...

Nachdem wir uns in den letzten Jahren aus ordnungspolitischen und sozialversicherungsrechtlichen Gründen immer konsequent gegen eine Aufhebung des Kontrahierungs-

zwangs gegenüber der Ärzteschaft und vor allem gegen die Aufhebung der freien Arztwahl ausgesprochen haben, sind wir auch gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG.

Art. 40a KVG ist demzufolge **zu streichen** und dem *Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin* kann nicht gefolgt werden.

Wir können zur Zeit nicht abschätzen, zu welchen Schwierigkeiten die angestrebte Umsetzung der mit der vorgesehenen Gesetzesänderung vorgesehenen neuen Kompetenzabgrenzung zwischen den verantwortlichen Ärzten und den Pflegefachpersonen im Spitalbereich, hinsichtlich der Akut- und Übergangspflege, bei den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder bei den selbständig auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen führen wird. Konflikte sind indessen vorprogrammiert. Mit neuen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche wird die allseits angestrebte integrierte Versorgung unseres Erachtens eher erschwert.

Ein Funktionieren des neuen Systems setzt deshalb voraus, dass die Hauptverantwortung des Arztes oder der Ärztin für die Behandlung des Patienten im Bereich der Abklärung, Beurteilung und Beratung erhalten bleibt, was eine adäquate Mitsprache der Pflegefachpersonen nicht ausschliesst. Wir setzen uns also für ein verstärktes Mitsprache- und Vorschlagsrecht der Pflegefachpersonen ein, während die **Schlüsselrolle und Koordinationsfunktion des verantwortlichen Hausarztes oder Kaderarztes am Spital erhalten** bleiben muss.

Nur so kann erreicht werden, dass die Neuregelung zu keinen oder zumindest **zu keinen (leider zu befürchtenden) erheblichen Mehrkosten** zulasten des KVG führen wird. Entsprechend erachten wir auch ein stringentes Kostenmonitoring gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung als unbedingt notwendig.

II. Weitere Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Keine Bemerkungen.

Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I. zu Art. 25a Abs. 2 erster Satz sowie zu Art. 33 Abs. 1^{bis} KVG.

Art. 33 Abs. 1^{bis} KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG

Keine Bemerkungen.

Art. 40a KVG (Minderheitsantrag)

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

Art. 55a Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG

Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Wir erachten es insbesondere als dringend notwendig, angemessen und auch **europakompatibel**, die seit längerem diskutierte Ausnahmebestimmung, wonach **Ärztinnen und Ärzte mit mindestens drei Jahren Tätigkeit an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte vom Bedürfnisnachweis ausgenommen** sind, jetzt ausdrücklich auf Gesetzesebene zu verankern.

Mit freundlichen Grüssen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Der Präsident

Dr. med. Beat Gafner

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Bern
- SBK Bern

Herrn Guy Parmelin
Präsident der Kommission
Gesundheit
Nationalrat

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Sion, le 23.6.2015

Concerne : Consultation

11.418 Iv. pa. LAMal. « Initiative Parlementaire Joder modification LAMal pour plus d'autonomie pour le personnel soignant »

Monsieur le Président de la Commission de Santé du Conseil National, Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Nous nous permettons de répondre à la consultation que vous avez lancée le 24 avril 2015, par rapport à un sujet qui nous concerne de près.

Malgré l'opposition massive du corps médical face à cette initiative, le parlement semble vouloir adopter cette modification lourde de conséquences organisationnelles et financières qui aura certainement aussi un effet néfaste sur la pénurie en personnel soignant qualifié exerçant en milieu hospitalier qui souffre déjà à l'heure actuel de nombreux départs, surtout de soignants suisses des hôpitaux vers les structures de soins à domiciles et EMS, dans lesquelles le travail est soumis à moins de contraintes que cela n'est le cas dans le milieu hospitalier.

Nous assistons depuis des années à une « académisation » de la profession de soins qui conduit d'une part à une revalorisation intellectuelle et organisationnelle du métier des soins, mais s'accompagne par la force des choses aussi par des revendications salariales plus élevées alors que la prestation des soins de base nécessaire et fondamentale n'évolue pas dans la même mesure.

Nous avons déjà assisté à une augmentation impressionnante des frais liée aux soins à domicile ces dernières années, alors que le médecin de famille avait encore un rôle de « gate-keeper » à jouer. Nous avons aussi vu se généraliser l'utilisation de matériel de soins de plaies p. ex. nettement plus coûteux suite à des formations poussées dans le domaine des soins de plaies données aux soignants sous une forte pression des firmes pharmaceutiques, alors que leur supériorité face à leur prix n'a pas été clairement établie. Alors que le médecin avait encore une certaine possibilité d'interférer sur certains coûts induits par les soins jusqu'ici, cette régulation tombera avec l'adaptation prévue de la LAMal en faveur de plus

d'autonomie – en mettant le personnel soignant dans le rôle de fournisseur de soins indépendant qui verra encore plus de son temps attribué à des tâches administratives et des négociations avec les assurances, et aura encore moins de temps à disposition pour le soin proprement dit. D'autre part, les mesures de monitoring, tenue à jour des registres, des procédures d'évaluation de l'économicité conduiront de leur côté à une augmentation des frais administratifs supplémentaires.

Vu que la fonction du « gate-keeper médical » tombera, il serait tout à fait illusoire de ne pas s'attendre à une augmentation de l'offre infirmière travaillant à son propre compte. Il est difficile de comprendre le raisonnement au niveau du parlement, qui part du principe que l'accès aux médecins-spécialistes doit être restreint par un « gate-keeper » pour limiter les frais induis, mais par contre pense que cela ne serait pas le cas pour d'autres professionnels de la santé tels que les soignants.

La SMV est persuadée qu'il faut renforcer la collaboration entre les partenaires du système sanitaire y compris avec le personnel soignant et utiliser de mieux en mieux la délégation de certaines activités selon les compétences des personnes impliqués et du cadre donné. Par contre, elle est très **préoccupée par la problématique de la délimitation des responsabilités et de cohérence de la prise en charge médicale dans un système où la délégation n'est plus assumée sur prescription médicale mais automatisée**, alors qu'au niveau des soignants l'hétérogénéité des formations – surtout aussi du personnel formé à l'étranger sera un problème encore plus important que celui que nous rencontrons déjà avec certaines reconnaissances d'équivalence de formations médicales au niveau de la MEBEKO.

Une **augmentation des coûts liée aux soins sans amener de véritable plus-value au système sanitaire** hormis une « revalorisation » théorique pour le personnel soignant (qui se heurtera bientôt aux négociations tarifaires qui risquent d'être nettement moins revalorisantes) nous semble préprogrammée.

Par équité, il faut s'attendre que ce changement de loi éveille la revendication de droits similaires d'autres acteurs du système de santé, et il deviendra de plus en plus difficile de coordonner le système sanitaire autour de l'intérêt primaire que devrait rester malgré tout la santé du patient.

En ce qui concerne la discussion actuelle au niveau du conseil national, la SMV soutient fortement les critiques et propositions émises par la FMH.

Alors que l'initiative stipulait que ces prestations devaient être définies, la modification proposée dans la LAMal ne les précise pas davantage. De même, il est indispensable de préciser les différents niveaux de formation exigés pour permettre la délégation de tâches précises. Pour des raisons de sécurité et de qualité de la prise en charge médicale, il est indispensable de restreindre les activités pouvant être effectuées de façon autonome par les soignants à des domaines des soins de base somatiques purs qui ne nécessitent pas de diagnostic médical ni de plan de traitement médical.

Nous suggérons donc :

de préciser à l'article 25, al. 2, let. a : Ces prestations comprennent :

a. les examens etc. traitements etc.... effectués par:

2bis. Les infirmiers remplissant les prérequis selon l'**art. X (article à créer, réglant le niveau de formation requis !)**, pour autant qu'il s'agisse de mesures visant soit à déterminer le degré de besoin en soins, soit à proférer des conseils de soins et la coordination et l'exécution de soins somatiques de base.

Art. 25a, al. 1 et 2, 1re phrase

1 L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux :

a. sur prescription ou sur mandat d'un médecin rajouter : en ce qui concerne les soins faisant partie intégrante d'un traitement ou d'un suivi médical ainsi que les soins psychiatriques de base.

b. par un infirmier sans prescription ni mandat médicaux pour autant qu'il s'agisse de mesures visant soit à déterminer le degré de besoin en soins, soit à proférer des conseils de soins et la coordination et l'exécution de soins somatiques de base.

2 Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier biffer : et sont prescrits conjointement par un médecin et un infirmier de l'hôpital) sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément.

Une telle exigence alourdirait encore les procédures administratives et ne fait pas de sens.

En résumé, nous insistons donc sur les points suivants :

- **fort risque d'augmentation des coûts de l'enveloppe santé sans amélioration** sanitaire s'il y a indépendance des soignants sans définition précise des prestations autorisées, sans exigence de formation adéquate et sans contrôle médical pour le diagnostic et l'intégration des prestations dans l'ensemble de la situation santé du patient ;
- **fort risque d'appauvrissement de la collaboration interprofessionnelle** au détriment des patients s'il n'y a pas un référent médical pour le patient ;
- **fort risque d'accroissement de charges administratives coûteuses** et donc de coûts sans amélioration de l'efficacité des soins.

Il nous semble indispensable de limiter les risques de dérives découlant de cette modification de la LAMal qui nous semble prématurée, alors que de nombreuses démarches d'intensification de collaboration partenariale entre les acteurs du système sanitaire sont en cours actuellement.

Nous espérons que vous pourrez tenir compte de nos préoccupations sincères à ce sujet dans le processus d'adaptation LAMal en cours.

Avec nos salutations les meilleures,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'MLH', written in a cursive style.

Dr Monique Lehky Hagen
Présidente SMV



ASSOCIATION DES MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE

A l'attention de la
Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique du Conseil national

Genève le 16 juillet 2015

**Concerne : 11.418 lv.pa. LAMal Accorder plus d'autonomie au personnel soignant
Réponse de la procédure de consultation**

Monsieur le Président de la Commission,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Nous vous remercions beaucoup de nous avoir donné la possibilité de répondre à cette consultation.

Mentionnons d'abord que nous partageons complètement et soutenons les points que la Fédération des Médecins suisses (FMH) a soulevés dans sa prise de position.

Nous souhaitons ajouter ici des considérations qui nous paraissent essentielles, relatives à l'autonomie et à la maîtrise des coûts (1), ainsi qu'à l'attrait du métier et à la pénurie des soignants (2). De plus, nous évoquerons également ci-dessous la question fondamentale de la responsabilité (3), qui est totalement négligée dans le projet de loi.

1. Accorder plus d'autonomie et maîtrise des coûts :

L'AMG partage la volonté d'améliorer l'efficacité de la collaboration entre professionnels de la santé dans le but d'accroître la qualité des soins et de mieux maîtriser les coûts.

L'interprofessionnalité – l'optimisation du travail ensemble – implique une meilleure reconnaissance des compétences respectives des prestataires : chaque profession de la santé possède une spécificité qui doit être reconnue et valorisée. Mais cela impose aussi des limites à l'autonomie qui sont dictées par les compétences médicales globales.

Or, tel qu'il est prévu, le projet de loi mènera rapidement à un morcellement incontrôlé dans la pratique des soins au point que ceux-ci seront décidés et effectués par des professionnels sans formation médicale complète. Ceci qui conduira à une sous-, ou à une sur-pratique des prestations, avec toutes les conséquences évidentes, néfastes et certainement coûteuses.

La prescription autonome des soins par le personnel infirmier n'améliorera ni la qualité de prescription de ces soins, ni leur efficacité, ni leur économie. En revanche, cette revendication conduira d'évidence à négliger, voire de fait abolir, la supervision médicale. Le médecin prescripteur des examens et des soins a pourtant la vision globale, donc nécessaire, des besoins que la santé du patient requiert.



Le rôle central du médecin de famille, en tant que prescripteur et coordinateur, permet de limiter les interventions lacunaires ou redondantes. Il est le meilleur garant de la coordination optimale des soins et de leurs coûts : de la pose précise du diagnostic, en passant par les examens adéquats et non superflus, jusqu'aux thérapeutiques adaptées. Faute de quoi nous assisterons à une augmentation du volume global des prestations, donc des coûts ; l'ensemble du système y sera piégé.

Il faut bien distinguer la multidisciplinarité, qui appelle à un renforcement de la collaboration entre divers types de professionnels, de l'autonomie, qui pousse à s'en passer !

Il est clair que la répartition des tâches entre professionnels doit être basée sur les compétences respectives des soignants, ainsi que sur les besoins réels du patient et de ses proches. Mais là où chaque profession appliquera souverainement ses propres règles, chacun étant prescripteur dans son domaine, le rôle essentiel de chef d'orchestre du médecin de premier recours (MPR) s'en trouvera considérablement affaibli. La maîtrise des coûts n'y trouvera aucun bénéfice ; prétendre le contraire n'est que porteur d'illusions. **Réduire le rôle du MPR pour faire place à une gestion autonome par des acteurs multiples est ainsi une erreur.**

2. Pénurie des soignants :

C'est en amputant du métier de médecin de famille toute une partie de ses activités qu'une nouvelle dévalorisation lui est infligée. Ce signal très négatif s'ajoute aux multiples déficits de reconnaissance que subissent les médecins de premier recours (MPR) et atteint lourdement la motivation des jeunes à s'engager dans cette voie lors de leurs études de médecine. Le travail des MPR doit absolument et d'abord être reconnu, valorisé et mieux rémunéré, plutôt que transféré et confié à d'autres acteurs. Dévaloriser cette profession pour revaloriser celle d'infirmière, n'est sans doute pas la bonne stratégie sanitaire et économique à moyen ou long terme. Ce n'est certainement pas non plus le désir de la population suisse ; celle-ci a par ailleurs plusieurs fois clairement exprimé dans les urnes sa volonté de pouvoir librement choisir son médecin ; suite à la modification prévue de la loi, les assurés pourront-ils alors choisir leur « infirmière autonome » ?

Lorsque la couverture médicale est insuffisante, un recours accru au personnel infirmier peut décharger les médecins, mais l'objectif doit être de maintenir une disponibilité suffisante à la fois des soins médicaux et des soins infirmiers, avec le recours raisonné, planifié et équilibré à l'un et à l'autre. Le nombre annuel de MPR doit être nettement augmenté. Nous refusons l'argument que la pénurie de médecins est une fatalité qui ne connaît aucune solution et que par conséquent le médecin doit être remplacé.

Tout ce qui précède s'applique d'autant plus lors des sorties « difficiles » de l'hôpital. Quant au métier d'infirmière, dont l'évolution des charges administratives, souvent liées à l'informatique, l'accapare de plus en plus en l'éloignant de son métier de base, cette modification de loi viendra aggraver sa pénibilité et n'est que de la « poudre aux yeux » pour motiver les jeunes.

3. Reste un problème crucial, celui de la responsabilité :

Quelles seront concrètement les implications, civiles ou pénales, pour quel prestataire, en quelles circonstances ? Ces questions imposent obligatoirement des réponses dans la loi, car il serait totalement intolérable qu'un médecin assume une quelconque responsabilité pour des prises de décision ou des actes qu'il n'aurait pas lui-même délégués. Sans précisions inscrites dans la loi, le risque de soins exécutés sous une responsabilité inappropriée et les conflits entre professionnels seront inévitables ; ces litiges feront s'interposer les différents acteurs entre le médecin et son patient. Ce n'est pas acceptable et c'est la santé du patient qui en souffrira.

En conclusion, nous rejetons la « fausse bonne idée » de l'initiative parlementaire Joder et sa mise en œuvre telle que prévue dans ce projet de loi qui ne règle aucun des problèmes générés par cette initiative. Nous ne pouvons ainsi souscrire :

- ni à cette autonomisation accrue du personnel soignant, dont les conséquences seront une péjoration évidente de la coordination des soins à cause de la multitude de décisions incontrôlées ;
- ni à une dilution dangereuse des responsabilités médicales au détriment de la santé des patients que sa mise en œuvre provoquera ;
- ni à l'augmentation globale des coûts de la santé à charge de l'assurance-maladie de base qu'elle engendrera.

L'application de cette loi se fera tant au détriment des assurés, qui supporteront un poids économique supplémentaire, que des patients, qui subiront une baisse de la qualité et de la sécurité de leurs soins.

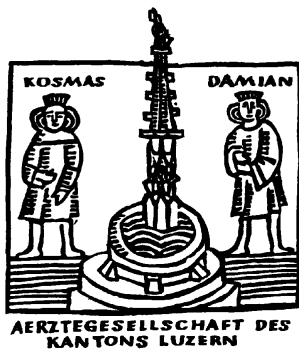
Bref, ce projet de loi – issu d'une initiative parlementaire qui peut avoir l'apparence du bon sens mais est au-delà fortement contestable – est inadéquat, car il manquera toutes ses cibles.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos observations, nous vous adressons, Monsieur le Président de la Commission, Mesdames et Messieurs les Parlementaires, nos respectueux messages.



p.o. Michel Matter
Président

Didier Châtelain
Vice-président



Herrn Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI

per Mail

karin.schatzmann@bag.admin.ch
und dm@bag.admin.ch

Luzern, 14. August 2015

Vernehmlassung zur Anerkennung der Verantwortung in der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Es gilt zu betonen, dass hier die Anliegen der Pflege im Stationären Bereich resp. in der Pflege von betagten Personen in Heimen vorwiegend angesprochen wird. Es handelt sich somit NICHT um den grossen Anteil der ambulanten Dienste, wo viele verschiedene Berufsgruppen vertreten sind.
2. Es ist klar zu begrüssen, dass durch FH , universitäre Ausbildungen von Pflegeberufen mehr Kompetenz und Wissen resp. Forschung vorhanden sind, die auch entsprechend kompetent und für die pat. gewinnbringend eingesetzt werden. Jedoch handelt es sich oft um eine spezialisierte Pflege resp. Pflegewissenschaft , die für ein ausgewähltes Pat. kollektiv gilt.
3. Eigenverantwortliches Handeln bedingt auch Nachweis der fachlichen Kompetenz, Qualitätsnachweis und Haftungsverantwortung. Das bisherige System mit der Delegation von Leistungen durch den triagierenden Arzt mit entsprechender Anordnung hat sich bewährt . Die Ausführung, die fachliche Kompetenz und die Ueberwachung obliegt der ausführenden Pflegestelle – der Arzt überwacht und kontrolliert den Verlauf. Es gilt klar die menschlichen Ressourcen optimal einzusetzen, damit die Pat. die beste Behandlung, von der kompetentesten Person, am richtigen Ort mit der nachgewiesenen Qualität

erhält.

4. Sollen Leistungen in eigener Verantwortung erbracht werden, so sind diese klar zu definieren, damit diese auch vom behandelnden Arzt entsprechend überwiesen werden kann. Unsere Bedenken sind eher fachlicher, ausbildungstechnischer und qualitativer Art. Wie können wir Ärzte abschätzen, dass das Behandlungsziel erreicht wird? – Die Ausbildung erfolgt oft im Spital oder FH-Bereich, der uns ambulanten Ärzte unbekannt ist resp. es sich oft um ein selektives Patientengut handelt. Wir in der Praxis kämpfen um Anerkennung von Leistungen von Medizinischen Praxisassistentinnen, aber diesbezüglich ist nicht einmal die gesetzliche Anerkennung dieser Berufsgruppe vorhanden. Diese MPA sind aber in unseren Praxen an einem unselektierten Patientenkollektiv ausgebildet und werden den spezifischen Anforderungen unserer ambulanten Patienten eher gerecht. Zudem gilt es zu bedenken, dass im Rahmen der Freizügigkeit ausländische Diplome anerkannt werden müssen, obwohl wir die dort geltenden Qualitätsstandards, Ausbildungscurriculae, Weiterbildungsanerkennungen nicht kennen. Werden neue Pflegeleistungen eigenständig mit unbekannter Qualität (von evt. ausländischen Pflegekräften oder Organisationen) erbracht, können die Ärzte auf den Verlauf keinen Einfluss nehmen und die Gefahr ungünstige Verläufe zu spät zu erkennen ist gross. Das System mit der Verordnung wie bei Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Kontrolle nach einigen Sitzungen hat sich sehr bewährt. Es sind auch Berufsgruppen die spezifisch in der ambulanten Tätigkeit ausgebildet sind, deren Qualität ich als praktizierender Arzt abschätzen kann und auch ein guter Austausch über Therapieerfolg und Therapieverlauf besteht.
5. NEUE Leistungserbringer führen auch zu einer Zunahme von Kosten im ambulanten Bereich. Um die Folgen für die Kosten im KVG-Bereich unter dem Kostenneutralitätsprinzip gilt es ein strenges Kostenmonitoring miteinzubeziehen.
6. Ansonsten schliessen wir uns der Argumentation der FMH an mit den entsprechenden Einschränkungen und möchten nochmals betonen, dass die Pflege vor allem auf stationären Einrichtungen, Heimen und Spitalambulatorien, zT sehr spez. wie onkologische Gemeinschaftspraxen beruhen und die ambulanttätige Ärzteschaft resp. die hausärztliche Versorgung in Zusammenarbeit mit medizinischen Praxisassistentinnen ausgeführt wird. Genau diese MPA-Gruppe wird an unserem unselektionierten Patientenstamm ausgebildet und kann die häufigen, einfachen, unkomplizierten Therapien ausführen, überwachen und immer in Zusammenarbeit mit den Ärzten erbringen. Bei komplizierten und komplexen Fällen gibt es immer die Möglichkeit der Ueberweisung an ein Zentrum oder unter Einbezug einer spez. Pflege wie Palliativcare, Psychospitex etc. In der Praxis zeigt sich, dass oft zu früh oder sehr rasch die spezialisierte Pflege eingeschaltet wird, obwohl die Pflegeleistung auch von einer weniger gut ausgebildeten MPA

oder Fachkraft ausgeführt werden kann mit den selbstverständlich nachfolgend massiv höheren Kosten.

Mit freundlichen Grüßen

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern



Dr. med. Aldo Kramis
Präsident



Ueli Zihlmann
Geschäftsführer



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Lodevole
Consiglio nazionale
Commissione della sicurezza sociale e
della sanità
CH-3003 Berna

Mezzovico, 14 agosto 2015

Via e-mail : karin.schatzmann@bag.admin.ch e dm@bag.admin.ch

Progetto preliminare di modifica della LAMal: maggiore autonomia del personale sanitario (Iniziativa parlamentare Joder no. 11.418) – Osservazioni dell’Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT)

Gentili Signore Commissarie, Egregi Signori Commissari,

con riferimento al progetto preliminare di modifica della LAMal menzionato in oggetto, messo in consultazione dalla vostra Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) dal 24.4.2015 al 14.8.2015, con la presente l’OMCT si pregia formulare le seguenti osservazioni.

I. In generale

La modifica legislativa fa seguito all’iniziativa parlamentare del 16.3.2011 “Maggiore autonomia al personale sanitario” (no. 11.418) mediante cui il deputato Joder ha chiesto di definire nella LAMal una serie di prestazioni medico-sanitarie che possano essere dispensate sotto la diretta ed esclusiva responsabilità del personale sanitario; fornite quindi a titolo dipendente o indipendente senza prescrizione medica.

La CSSS-N ha quindi approvato il progetto preliminare in discussione mettendolo in consultazione.

La riforma concerne sia il personale sanitario che lavora negli ospedali, sia le persone esercitanti in nome e per conto proprio, sia per i dipendenti di case di cura o di organizzazioni per le cure medico-sanitarie e l’assistenza al domicilio (Spitex).

L’OMCT condivide gli obiettivi generali di questa modifica legislativa, che mira a valorizzare e rendere più attrattiva la professione dell’infermiere, anche in vista delle sfide future della sanità.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

In un contesto socio-sanitario che deve far fronte all'aumento delle malattie croniche, dovute anche al progressivo innalzamento dell'età della popolazione, una riorganizzazione dei ruoli e delle competenze del personale sanitario per aumentare l'efficacia appare opportuna.

Il fatto di rinunciare, per determinate prestazioni sanitarie, alla prescrizione medica, dando agli infermieri un accesso diretto al paziente, significa da una parte responsabilizzarli e dall'altra sgravare i medici da un onere spesso (soltanto) burocratico non indifferente.

Ne deriva una migliore suddivisione delle competenze e una gestione più snella dei dossier.

Occorre tuttavia essere coscienti che questa riforma mette in campo grosse problematiche, che non sono da sottovalutare.

Si tratta in particolare :

- Del rischio concreto di aumento dei costi sanitari se non si implementa un sistema di controllo efficace sull'adeguatezza delle cure fornite dal personale infermieristico. A questo proposito il progetto è lacunoso e rappresenta un pericoloso salto nel vuoto.
- Del rischio di peggioramento del flusso di informazioni infermiere-medico (già oggi spesso problematico), se non si definiscono sistemi gerarchici di collaborazione; occorre assolutamente evitare, nell'interesse dei pazienti, che le due categorie lavorino a compartimenti stagni. A questo proposito si potrebbero sollecitare regolari incontri fra gli ordini e le categorie professionali coinvolte per definire il miglior sistema di coordinamento delle cure.
- Del rischio che non vi sia chiarezza sulle responsabilità (chi è responsabile di cosa) se non si provvede a definirlo chiaramente nella legge.

Non bisogna inoltre dimenticare che la nuova figura professionale sarà sicuramente attrattiva anche per i professionisti dell'UE che aumenteranno ulteriormente.

Vi saranno pertanto nuove difficoltà dal profilo della vigilanza e della sicurezza dei pazienti che andranno ad aggiungersi, per quanto concerne il nostro Cantone, a una situazione già problematica. Dall'introduzione della libera circolazione nel 2002 l'Ufficio di sanità ha dovuto far fronte a un aumento esponenziale delle richieste di autorizzazione degli operatori sanitari attivi sul territorio, che ha messo a dura prova le risorse cantonali determinando una situazione non sempre di facile gestione.

Prima di procedere ai commenti articolo per articolo ci permettiamo di esprimere una critica sulla tempistica della proposta in esame, che a nostro avviso non doveva essere trattata prima della conclusione dell'iter della (nuova) Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan).



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

II. Commento ai singoli articoli

Ad art. 25 cpv. 2 lett. a (prestazioni generali in caso di malattia)

- Questo articolo descrive le prestazioni i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- Si tratta degli esami e delle terapie ambulatoriali, in ospedali o in una casa di cura, nonché delle cure ospedaliere.
- Con la modifica proposta queste prestazioni possono venir dispensate d'ora in poi, oltre che dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico, anche da infermieri (senza prescrizione).
- Dal rapporto esplicativo risulta che le prestazioni dispensabili dagli infermieri senza prescrizione medica riguardano **la valutazione, i consigli e il coordinamento** di cui agli art. 7 cpv. 2 lett. a Opre, **nonché le cure di base** di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b Opre, mentre le cure di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (esami e cure) continueranno a dipendere da una prescrizione medica.
- Siamo d'accordo sul principio dell'inserimento della categoria degli infermieri nella lista dei fornitori di prestazioni autorizzati a dispensare prestazioni sanitarie a carico della LAMal.
- Riteniamo tuttavia che debbano essere definite **a livello di legge** le prestazioni che possono essere effettuate e/o dispensate dagli infermieri senza prescrizione medica, questo per garantire la necessaria sicurezza giuridica in un ambito tanto delicato e importante come il passaggio di competenze dai medici agli infermieri.
- Non è pertanto a nostro avviso sufficiente la delega prevista dal nuovo art. 33 cpv. 1 bis LAMal al Consiglio federale di stabilire per via di ordinanza quali prestazioni gli infermieri potranno dispensare autonomamente e quali invece continueranno a dipendere da prescrizione medica.
- Analogo discorso vale per le qualifiche professionali. A nostro avviso per poter dispensare direttamente a carico della LAMal bisogna essere in possesso di un titolo universitario (SUP), o un titolo equivalente. Questa condizione deve essere prevista espressamente nella LAMal e non successivamente in un'ordinanza. È un presupposto che riteniamo fondamentale per la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure in Svizzera.
- Aggiungiamo infine l'obbligo legale di una copertura assicurativa adeguata per il personale infermieristico che esercita a titolo indipendente.

Ad art. 25a cpv. 1 e (cure in caso di malattia)

- Questo articolo descrive le prestazioni per le quali l'assicurazione obbligatoria presta un contributo.
- Si tratta delle cure dispensate ambulatorialmente (anche) in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura in base a una prescrizione medica e d'ora in avanti anche da un infermiere senza prescrizione medica.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

- In riferimento a questo articolo valgono le osservazioni formulate all'articolo precedente, ossia che aderiamo al principio che determinate prestazioni possano venir fornite da un infermiere senza prescrizione medica, purché esse siano delimitate e precisate nella legge e purché l'infermiere abbia un'adeguata formazione e copertura assicurativa.

Ad art. 25 a cpv. 2 primo periodo (cure acute e transitorie)

- Il cpv. 2 fa riferimento alle cure acute e transitorie (CAT) che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e che sono remunerate con un forfait dall'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per 14 giorni al massimo.
- Secondo il progetto di modifica di legge queste cure non dovrebbero più essere prescritte soltanto dal medico, ma **congiuntamente** da parte di medico e infermiere.
- L'OMCT **non condivide il concetto della prescrizione congiunta**, che, se d'acchito, appare politicamente corretto, dal profilo pratico si rivela essere macchinoso, lungo e di difficile gestione
- Se è vero che già oggi queste decisioni vengono prese di concerto fra medici e infermieri è altrettanto vero che non sempre vi è unanimità di intenti; se il medico e l'infermiere non dovessero trovarsi d'accordo, cosa succederebbe? Che segnale daremmo al paziente? E chi assumerebbe i costi della prestazione avvenuta sulla base di opinioni divergenti?
- L'OMCT preferisce una separazione chiara delle responsabilità con l'identificazione di un solo responsabile che, in questo caso, alla luce delle valutazioni che occorre operare per decidere un ricovero nei reparti CAT, **deve restare il medico**.

Ad art. 33 cpv. 1bis

- Nell'attuale regime spetta al Consiglio federale in un elenco positivo definire le prestazioni che un infermiere può dispensare previa prescrizione medica, mentre per le prestazioni dispensate da un medico vale il principio della fiducia per cui tutte le prestazioni sono remunerate salvo quelle espressamente escluse.
- Allo stesso modo la modifica di legge in esame prevede che sia il Consiglio federale a stabilire e designare le prestazioni che sono dispensate da infermieri senza prescrizione medica e quelle prescritte congiuntamente da medici e infermieri.
- Il rapporto esplicativo precisa per quanto concerne le prestazioni che sono dispensate da infermieri senza prescrizione medica, che si tratta della valutazione, dei consigli e coordinamento nonché le cure di base, mentre per quanto concerne quelle prescritte congiuntamente, che si tratta delle cure acute e transitorie (CAT).
- Ribadiamo l'esigenza, a nostro parere, che queste precisazioni vengano definite a livello di legge, mentre per la prescrizione congiunta sottoscriviamo la proposta di stralcio della minoranza per i motivi sopraelencati.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Ad art. 35 cpv. 2 lett. d bis (fornitori di prestazioni – Principio)

- Questo articolo elenca i fornitori di prestazioni che sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- D'ora in poi in questa lista figureranno anche gli infermieri e le organizzazioni che li occupano (nuova lett. d bis) per le prestazioni che possono dispensare autonomamente.
- Per le altre prestazioni che continuano a sottostare a prescrizione medica si applica l'art. 35 cpv. 2 lett. e LAMal che riguarda "le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano".
- La legge non definisce quali diplomi costituiscono il requisito per poter dispensare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria. Analogamente al regime previsto per i medici (per i quali è precisato nella LAMal che devono essere "titolari del diploma federale" e disporre "di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale", cfr. art. 36 LAMal), crediamo che sia fondamentale fare chiarezza su questo aspetto direttamente nella legge, anche per quanto concerne il riconoscimento dei diplomi esteri e ciò in corrispondenza dell'aumento degli infermieri dall'UE che si registrerà dopo l'entrata in vigore di questa modifica legislativa.

Proposte della minoranza

Ad art. 40a

- Una minoranza (Botoluzzi, de Courten, Parmelin) vorrebbe inserire **la libertà di contrarre** per gli infermieri esercitanti in nome e per conto proprio senza prescrizione medica.
- Questo sistema sottopone all'esistenza di un contratto con uno o più assicurazioni il diritto di fatturare a carico della LAMal.
- Secondo l'OMCT, come per i medici, anche per gli infermieri **deve prevalere la libera scelta da parte dei pazienti**, i soli a dover stabilire se dare fiducia a un determinato professionista.
- Questa facoltà non deve essere appannaggio delle assicurazioni malattie. Ragione per cui **l'OMCT respinge** la proposta della minoranza invitando a preferire un regime basato sull'obbligo di contrarre.

Ad art. 55 a cpv. 1 lett c e d nonché cpv. 2 e 4 (limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie)

- Come per i medici anche per il personale infermieristico potrebbe instaurarsi su iniziativa del Consiglio federale un regime di moratoria, che limita l'accesso alla fatturazione a carico della LAMal
- L'OMCT **condivide** l'impostazione come misura atta a equilibrare e controllare la quantità (e la qualità) dell'offerta, che, secondo le statistiche, nel settore sanitario, determina la domanda.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

III. Conclusione

L'OMCT sposa il principio secondo il quale l'infermiere possa trovare la propria dimensione professionale liberandosi dal ruolo di assistente che da sempre lo caratterizza. Questa evoluzione deve tuttavia avvenire in un contesto chiaro di suddivisione di compiti e competenze per evitare confusione e sovrapposizione di ruoli, che sono pericolose per i pazienti. I limiti fra una professione (quella infermieristica) e l'altra (quella del medico) devono essere ben tracciati e chiari sia ai fornitori di prestazioni, sia ai pazienti e fra le due categorie occorre garantire la più ampia collaborazione e comunicazione.

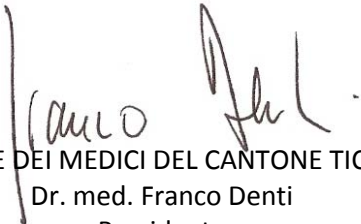
L'OMCT chiede quindi, com'era peraltro previsto dall'iniziativa parlamentare su cui si basa la presente modifica di legge, che **vengano precisate nella LAMal le prestazioni che un infermiere può dispensare direttamente: accertamenti, consulenza, coordinamento e cure di base.**

Chiediamo inoltre che la **legge definisca precisamente le qualifiche che l'infermiere deve presentare per poter esercitare (direttamente) a carico della LAMal.** A nostro avviso questa prerogativa deve essere accordata soltanto agli infermieri con una **formazione universitaria.**

Nella legge deve essere inserito finanche **l'obbligo** per gli infermieri indipendenti **di un'adeguata copertura assicurativa.**

L'OMCT è infine preoccupato per l'impatto – dichiaratamente non quantificabile - che questa evoluzione determinerà sulla spesa sanitaria già sotto pressione. Occorrerà mettere a punto e affinare **strategie e sistemi di controllo dei costi** per garantire una dispensazione adeguata e economica delle cure e evitare gli abusi.

Nella speranza di aver date un contributo concreto alla crescita del nostro settore socio-sanitario, restando a disposizione per ulteriori chiarimenti, cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti.


ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti
Presidente



Le Président

Fribourg, le 14 août 2015
PF

Par e-mail :

karin.schatzman@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

11.418 Iv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant – réponse à la consultation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de prendre position dans le cadre de la consultation relative à l'avant-projet de modification de la LAMal visant à mettre en œuvre l'initiative parlementaire mentionnée en objet.

D'une manière générale, nous rejoignons les points soulevés par la Fédération des médecins suisses (FMH), la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) et par la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) dans leurs prises de positions respectives.

Tenant compte de l'évolution démographique et de la pénurie de médecins de premier recours ainsi que de personnel soignant qualifié, nous reconnaissons la nécessité de trouver des modalités de collaborations différentes entre médecins et personnel soignant, offrant d'avantage de souplesse, mais à la condition que le médecin reste le pivot du système afin d'assurer l'économicité des traitements, d'éviter les prises en charges parallèles et de permettre une communication optimale entre les différents acteurs autour du patient. Les médecins doivent dès lors conserver la responsabilité de la délégation de mandats de soins aux infirmiers spécialistes qui, alors, décident et organisent les traitements ou les prises en charge des patients.

Le projet de loi manque par ailleurs de clarté quant à certains éléments fondamentaux. Ces éléments ne sauraient à notre sens être précisés uniquement au niveau de l'ordonnance mais devraient faire l'objet de dispositions introduites dans la loi :

- le catalogue des prestations qui peuvent être fournies de manière autonome par le personnel infirmier ;
- l'instance est chargée de surveiller l'application des dispositions visant à accorder plus d'autonomie au personnel soignant ?
- la qualification et la formation continue requises pour le personnel soignant ainsi que les équivalences de formation des infirmiers d'origine non-helvétique.

En outre, la question de la responsabilité des intervenants indépendants nécessite également d'être précisée.

Un dernier aspect est à considérer : la possible démotivation des futurs généralistes qui pourraient trouver leur profession moins attractive, devant se contenter d'une plus grande proportion de délégation d'actes médicaux.

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente prise de position, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Schumacher', with a large, sweeping flourish extending to the right.

Jean-Daniel Schumacher
Président SMCF

Eidgenössisches Departement
des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Gesundheitspolitik
3003 Bern

Gümligen, 14. August 2015

**Vernehmlassungsantwort von medswiss.net zur
11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Änderung des KVG)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten den vorgeschlagenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der parlamentarischen Initiative betreffend die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

medswiss.net gliedert die Stellungnahme in einen allgemeinen Teil, Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln und schliesst die Stellungnahme mit einer kurzen Zusammenfassung ab.

I. Allgemeine Bemerkungen

medswiss.net setzt sich als Dachverband der Schweizer Ärztenetze im Rahmen der Integrierten Versorgung für die politischen Interessen seiner Netzwerke und deren angegliederten Netzwerkärzte ein. Medswiss.net ist bestrebt, national optimale politische & wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche den Ärztenetzen eine qualitativ hochstehende integrierte Medizin ermöglichen, zu schaffen.

Die Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen steht bereits seit längerem vor folgenden Herausforderungen:

- Die demographische Entwicklung lässt darauf schliessen, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen weiter steigen wird.
- Auch der medizinische Fortschritt wird zu einem Mehrbedarf führen.
- Einer steigenden Zahl von Personen welche auf medizinische Leistungen angewiesen sind, steht ein eher rückläufiges medizinisches Kollektiv gegenüber. Dies mitunter auch wegen der sog. Feminisierung der Medizin, der Ausweitung von Teilzeitmodellen, der Überalterung der Hausärzte wie auch der Beschränkung durch Numerus Clausus.

Diese Entwicklungen sind längst bekannt und die Leistungsbringer haben auch immer wieder auf die Umstände hingewiesen. Die vor kurzem durch den Bundesrat beschlossene Aufstockung der Studienplätze in Humanmedizin ist ein wichtiger und richtiger Schritt, welcher jedoch die sich akzentuierende Problematik der Versorgungssicherheit auch nicht lösen kann.

Pflegefachpersonen leisten seit jeher einen wichtigen und substantiellen Beitrag in der Pflege von Patientinnen und Patienten. Jedoch möchten wir festhalten, dass die angesprochenen Probleme bei der Versorgungssicherheit nicht durch Pflegekräfte gelöst werden können und wir skeptisch sind, ob Pflegefachpersonen als eigenständige Leistungserbringer gegenüber den Versicherern abrechnen sollen. Des Weiteren müsste das entsprechende Gesetz genaue Anforderungen, insbesondere bezüglich der Qualifikationen für abrechnungsberechtigtes Pflegefachpersonal definieren.

Wir verweisen an dieser Stelle auf die Vernehmlassung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Sachen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei haben sich verschiedene Organisationen kritisch dazu geäußert und klar festgehalten, dass auch die Frage nach der Verantwortung geklärt werden muss.

Aus Sicht der integrierten Versorgung ist eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen unabdingbar. Dabei ist zu beachten, dass innerhalb dieser Teams nicht neue Hierarchien eingeführt werden und bisher bereits im Bereich der integrierten Versorgung tätige Mitarbeiter wie MPA und Spitexangestellte abgewertet werden. Grundversorger in der integrierten Versorgung, die gerade bei der älteren und chronisch kranken Bevölkerung die Hauptarbeit der medizinischen Versorgung erledigen, sind eher auf gut ausgebildete MPA angewiesen. Schon heute übernehmen viele MPA Aufgaben der Koordination und Beratung. Zahlreiche Ärztenetze zeigen mit Projekten zu Chronic Care auf, wie eine solche Versorgung praxisintern und schlank aufgestellt zu bewerkstelligen ist. Für die Aufrechterhaltung der Grundversorgung auch in Zukunft und die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung scheint uns die Förderung und angemessene Honorierung der Leistungen der MPA ein viel gewichtigeres Thema als die selbständige Tätigkeit von Pflegefachpersonen.

Kostenfolgen

Im Allgemeinen führt jede Anerkennung einer neuen Leistung bzw. ein neuer Tarif zu einem Kostenschub. Mehr Leistungserbringer können zu einer Mengenausweitung führen. Diese kann nötig sein, wenn eine Versorgung bis anhin ungenügend oder in mangelnder Qualität erbracht wurde, die Mengenausweitung kann aber auch unnötig sein, weil Bedürfnisse geweckt wurden, deren Befriedigung nicht zur Steigerung der medizinischen Qualität führen.

Es ist möglich, dass die Pflegenden der Tertiärpflege nicht nur Aufgaben der Koordination und Beratung und der Abklärung erbringen werden, sondern um ausreichend mit Arbeit ausgelastet zu sein auch solche der Grundpflege. Für diese Tätigkeiten müssten sie ausbildungsgerecht entlohnt werden, was zu Kostenfolgen für Versicherer und Kantone führen wird. Aus diesen Gründen erwartet medswiss.net eher einen Kostenschub.

II. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 25 Abs. 2 Bst a:

Darin sollen neu Pflegefachpersonen aufgeführt werden. Dies impliziert, dass diese Berufsgruppe selbstständig und ohne ärztliche An- oder Verordnung tätig werden darf. Da Gesundheitsleistungen insbesondere beispielsweise die Medikation nur nach Aufnahme einer ausführlichen Anamnese und Kontrolle etwaiger Kontraindikation mit bereits verschriebenen Medikamenten respektive Massnahmen erfolgen sollte, sehen wir die selbstständige Tätigkeit ohne ärztliche An- oder Verordnung als fahrlässige Massnahme, welche nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung sein kann.

Art. 25 Abs. 1 und 2 erster Satz

Aus Sicht von medswiss.net führt die in Art. 25 Abs. 1 und 2 vorgesehene Selbstzuweisung zu einer unkontrollierten Mengenausweitung von Pflegeleistungen. Gerade auch bei Pflegeleistungen ist die Gefahr gross, dass eher zu viele, denn medizinisch notwendige Leistungen erbracht werden. Insofern ist gerade hier die Selbstzuweisung als besonders kritisch zu beurteilen.

Neu sollen Pflegeleistungen, welche im Anschluss an eine stationäre Behandlung stattfinden, nur noch gemeinsam von Ärzten und Pflegefachpersonen verordnet werden dürfen. Dies führt unweigerlich zu Verantwortlichkeitsproblemen, denn wer ist haftbar für eine falsche Verordnung?

Art. 33 Abs. 1^{bis}

Die Bestimmung unter lit. c kann ersatzlos gestrichen werden.

Die Leistungen, welche nebst den Ärztinnen und Ärzten durch Pflegefachpersonen angeordnet werden dürfen, sind abschliessend zu benennen. Leistungen, welche nicht in diese Kategorie fallen, dürfen nur von ärztlichem Personal verordnet werden.

Art. 35 Abs. 2 Bst d^{bis}

Da wir die Nennung als Leistungserbringer in Art. 25 Abs. 2 Bst a ablehnen, lehnen wir auch diesen Artikel ab und schlagen vor, ihn ersatzlos zu streichen. Durch lit. e sind Personen und Organisationen, welche auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin resp. eines Arztes tätig sind, genannt, wovon auch Pflegefachpersonen fallen sollten.


Art. 40a Abs. 2

Uns erscheint, dass diese Kontrollfunktion der Zulassung bei einer staatlichen Institution liegen muss. Analog dem Zulassungsstopp wäre es aus Sicht von medswiss.net sinnvoll, wenn die Instanz, welche für die Umsetzung des KVG und für die Versorgungssicherheit besorgt ist, auch die Zulassung regelt. Somit wären hier die Kantone anzuführen.

III. Fazit

medswiss.net – wie bereits eingangs erwähnt – sieht der Absicht des Bundesrates im Grundsatz positiv gegenüber, verlangt aber, dass den obenerwähnten Bedenken in der Umsetzung Rechnung getragen wird. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Ausführungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Dr. Alexander v. Weymarn
Präsident medswiss.net


Christoph Lüssi
Geschäftsführer medswiss.net

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Gesundheitsberufe
3003 Bern

Per Email:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 25. Juni 2015

Stellungnahme der FMH zu 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Die FMH bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Der FMH-Zentralvorstand nimmt wie folgt Stellung:

1. Vorbemerkungen

Die FMH begrüsst grundsätzlich mehr Kompetenzen der Pflege. Die Parl. Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» will, dass das **KVG** dahingehend anzupassen ist, dass Pflegefachpersonen künftig **«zu definierende» Pflegeleistungen «in eigener Verantwortung»**, d.h. ohne ärztliche Anordnung und zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen können. Nicht zuletzt diese – sinnvolle und wichtige – Forderung nach einer **inhaltlichen Spezifizierung auf Gesetzesebene** dürfte der Initiative auch Zustimmung eingetragen haben. Denn wenn ein grosser und wachsender Bereich der Gesundheitsversorgung vom bisherigen Standard der ärztlichen Behandlungsführung gelöst wird, müssen dessen Grenzen auf Gesetzesebene klar festgelegt sein.

Die FMH fordert deshalb eine klare Definition der folgenden 2 Punkte auf **Ebene des formellen Gesetzes**:

1. Definition der **Leistungen**, welche von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden können.
2. Definition des **Bildungsabschlusses**, welche Pflegefachpersonen nachweisen müssen, damit sie (ob selbständig oder angestellt) Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbringen können.

2. Zu den einzelnen Gesetzesartikeln

Erläuterungen FMH zu EArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Die Pflegefachpersonen werden in einer neuen Ziff. 2^{bis} unter Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG explizit als Erbringer von Pflegeleistungen genannt, die in einem Spital durchgeführt werden. Diese Pflegefachpersonen sollen im Gegensatz zu jenen, die unter Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 fallen, Pflegeleistungen ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbringen können. Es wird im Gesetzesartikel aber nicht genannt, welche Leistungen dies sein sollen. Gemäss der Parlamentarischen Initiative sollen **diese Leistungen jedoch im Gesetz** definiert werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 sollen die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege (inkl. psychiatrische Grundpflege) nicht mehr auf Anweisung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Bei der **psychiatrischen Grundpflege** sind jedoch diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen stark vermengt. Die FMH ist deshalb klar dagegen, dass die gesamte psychiatrische Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können soll. Wäre hingegen auf Gesetzesebene klar definiert, welche Leistungen der psychiatrischen Grundpflege von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung (nämlich Leistungen der Grundpflege) und welche mit ärztlicher Anordnung (nämlich Leistungen der Behandlungs- und Therapiepflege) erbracht werden könnten, könnte sich die FMH damit einverstanden erklären.

Da die vorgenannte Unterscheidung in Bereich der psychiatrischen Grundpflege im Gesetz nicht vorgenommen wird, sollen nach Ansicht der FMH Pflegefachpersonen zwar Leistungen der Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie Massnahmen der somatischen – **jedoch nicht der psychiatrischen** - Grundpflege ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbringen können. Die pflegerischen Leistungen, welche in Art. 7 KLV beschrieben sind, decken ein breites Spektrum ab. Bei einer Etablierung pflegerischer Tätigkeiten ohne ärztliche Anordnung schlägt die FMH eine Abgrenzung nach dem folgenden Grundgedanken vor:

- Pflegeleistungen in Bezug auf Gesundheitsprobleme, die eine **ärztliche Diagnose** und einen **ärztlichen Behandlungsplan** erfordern, verlangen eine **ärztliche Anordnung**. Hierdurch werden nicht zuletzt auch Doppelspurigkeiten vermieden. Dies beträfe
 - *Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV) sowie
 - *Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 2 KLV)
Beispiel: Ein müder, trauriger und apathischer Patient kann ohne ärztliche Diagnose als depressiv fehlversorgt werden, kann aber tatsächlich an einer Schilddrüsenunterfunktion leiden.
- **Reine Pflegedienstleistungen**, die keiner ärztlichen Diagnose bedürfen und keinen ärztlichen Behandlungsplan erfordern, können Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung durchführen. Dies beträfe
 - *Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe a KLV)

sowie

- *Massnahmen der somatischen Grundpflege* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV)

Zudem wird nicht genannt, welchen Bildungsabschluss Pflegefachpersonen haben müssen, damit sie Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. **Der geforderte Bildungsabschluss muss auf Gesetzesstufe verankert werden.** Es genügt nicht, diesen auf Verordnungsebene zu regeln (siehe dazu die Ausführungen unter neu Art. 38a KVG).

EArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG soll deshalb wie folgt ergänzt werden:

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von:
 - ²^{bis}. Pflegefachpersonen, **welche die Voraussetzungen gemäss Art. 38a des Gesetzes erfüllen, sofern es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege handelt.**

Erläuterungen zu EArt. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG

Die Unterscheidung der Leistungen in lit. a und b von Absatz 1 in Leistungen, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden und solchen, welche von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können, ist sinnvoll. Aber auch hier werden die Leistungen im Gesetz nicht näher definiert. **Der Initiativtext verlangt jedoch klar eine Definition der beiden Leistungstypen (auf ärztliche Anordnung bzw. eigene Verantwortung) im KVG. Der Gesetzesentwurf ist deshalb dahingehend zu ergänzen.** Aus dem erläuternden Bericht der SGK-NR vom 15. April 2015 geht hervor (S.2), dass Leistungen der Grundpflege (inkl. psychiatrische Grundpflege) von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können sollen. Bei der **psychiatrischen Grundpflege** sind jedoch diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen stark vermengt. Die FMH ist deshalb klar dagegen, dass die gesamte psychiatrische Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können soll. Wäre hingegen auf Gesetzesebene klar definiert, welche Leistungen der psychiatrischen Grundpflege von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung (nämlich Leistungen der Grundpflege) und welche mit ärztlicher Anordnung (nämlich Leistungen der Behandlungs- und Therapiepflege) erbracht werden könnten, könnte sich die FMH damit einverstanden erklären.

Die FMH lehnt die Forderung in Absatz 2 von EArt. 25a KVG ab, die bislang ärztliche Anordnung für die **Akut- und Übergangspflege** durch eine gemeinsame Anordnung von Arzt und Pflegefachperson zu ersetzen. Eine solche Regelung hiesse praktisch neu zwei Unterschriften zu fordern, wo bislang eine reichte. Die gemeinsame Anordnung würde im Alltag nicht funktionieren und Unklarheiten würden zu Lasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten gehen. Es müssten zudem Vorgehensweisen für allfällige Konflikte etabliert und neue Haftungsfragen juristisch geklärt werden.

EArt. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:

- a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.
Dabei handelt es sich um Massnahmen der Untersuchung und Behandlungspflege sowie der psychiatrischen Grundpflege;

- b. von einer Pflegefachperson, **welche die Voraussetzungen nach Art. 38a des Gesetzes erfüllt, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden, sofern es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege handelt.**

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ~~gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson~~ angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet. ...

Erläuterungen zu EArt. 33 Abs. 1^{bis} KVG

Was lit. a und b von Art. 33 Abs. 1bis KVG angeht, so müssen auch hier die Leistungen, welche mit und ohne ärztliche Anordnung von Pflegefachpersonen erbracht werden können sollen, auf Gesetzstufe definiert werden. So verlangt es der Initiativtext.

Die FMH unterstützt zudem den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz, Buchstabe c zu streichen. Die FMH lehnt Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, klar ab. **Entsprechend ist EArt. 33 Abs. 1^{bis} lit. c KVG ersatzlos zu streichen.**

EArt. 33 Abs. 1bis KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:

1^{bis} Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:

- a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. **Dabei handelt es sich um Massnahmen der Untersuchung und der Behandlungspflege sowie der psychiatrische Grundpflege;**
- b. von Pflegefachpersonen, **welche die Voraussetzungen nach Art. 38a des Gesetzes erfüllen, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Dabei handelt es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege.**
- ~~c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.~~

EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG

Keine Bemerkungen.

Vorschlag FMH: neue Art. 38a und Art. 38b KVG

Erläuterungen zu neu Art. 38a KVG Pflegefachpersonen

Im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 (S. 21) steht, dass auf Verordnungsstufe zu klären sein wird, welche Abschlüsse für die direkte Erbringung der Leistungen und welche für die Erbringung der Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Voraussetzung bilden müssen, damit die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können.

Nach Ansicht der FMH müssen die Anforderungen an die Zulassung, d.h. der **erforderliche Bildungsabschluss der Pflegefachpersonen** analog der für Ärzte oder Apotheker geltenden Zulassungsbestimmungen (Art. 36 und 37 KVG) **auf Gesetzesstufe verankert** werden. Pflegefachpersonen nach EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG arbeiten eigenverantwortlich, ohne ärztliche Anordnung und ohne ärztliche Aufsicht. Dementsprechend müssen - wie dies auch für die übrigen Kategorien von Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker etc.) zutrifft - die Anforderungen an die ausgewiesene Weiterbildung höher gesteckt werden. Es versteht sich aus Qualitätssicherungsgründen zudem von selbst, dass auch fachlich selbständig tätige Pflegefachpersonen gleich wie die Ärzte sich kontinuierlich fortbilden müssen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) steht, dass aufgrund ihrer Ausbildung diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage seien, selbständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Die FMH ist der Ansicht, dass für Personen nach EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG entweder ein Bildungsabschluss in Pflege einer Höheren Fachschule (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder einer Fachhochschule sowie je eine zweijährige Berufserfahrung erforderlich sind, da sie dort die für ihre selbständige und eigenverantwortliche Berufsausübung notwendigen Fach- und Führungskompetenzen erwerben können. **Die Anforderungen an die Zulassung von Pflegefachpersonen, welche ohne ärztliche Anordnung Leistungen erbringen können sollen, sind in einem neuen Art. 38a KVG zu verankern.**

Erläuterungen zu neu Art. 38 b KVG Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen
EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG sieht nebst den Pflegefachpersonen auch Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen als Leistungserbringer vor. Analog der Regelung, welche für Einrichtungen nach Art. 36a KVG gelten, soll in einem **neuen Art. 38b KVG** geregelt werden, dass Organisationen gemäss EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG nur zugelassen sind, wenn die darin beschäftigten Pflegefachpersonen entweder einen Bildungsabschluss in Pflege einer Höheren Fachschule (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder einer Fachhochschule sowie über je eine zweijährige Berufserfahrung verfügen.

Neu Art. 38a KVG Pflegefachpersonen

Als Pflegefachpersonen, die Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, sind zugelassen:

Pflegefachpersonen HF (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder Pflegefachpersonen FH mit je zweijähriger Berufserfahrung.

Neu Art. 38b KVG Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen

Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen sind zugelassen, wenn die darin tätigen Pflegefachpersonen die Voraussetzungen nach Art. 38a KVG erfüllen.

Erläuterungen zu EArt. 40a Pflegefachpersonen (Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten, Parmelin)

Die FMH ist klar gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gegenüber der Ärzteschaft und die Aufhebung der Arztwahlfreiheit. Dafür setzt sich die FMH seit Jahren ein. Dementsprechend ist

die FMH auch klar gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
EArt. 40a KVG ist somit zu streichen und dem Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten, Parmelin ist nicht Folge zu leisten.

EArt. 55a Abs. 1 BSt. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG

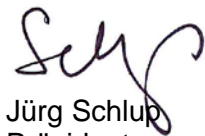
Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom....

Ein vorab zu spezifizierendes Kostenmonitoring, das u.a. als Parameter den Pflegebedarf pro Kopf einschliesst und a priori festlegt, welche Kostenzunahme akzeptiert wird, erachtet die FMH als notwendig. Ein Monitoring sollte jedoch nicht ausschliesslich auf die Kosten beschränkt sein, sondern eine umfassende Wirkungsanalyse beinhalten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
FMH



Jürg Schlup
Präsident



Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
CH-3003 Berne
dm@bag.admin.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Berne, le 07 juillet 2015

Réponse à la consultation sur l'initiative parlementaire « LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant »

Mesdames,
Messieurs,

Nous vous remercions tout d'abord de la possibilité offerte de participer à la consultation sur le projet lié à l'initiative parlementaire « LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant ». Les médecins de famille et de l'enfance travaillent en collaboration avec de nombreuses autres professions de la santé au quotidien et les infirmières et infirmiers, concernés directement par l'initiative, sont un partenaire crucial. Médecins de famille Suisse (MFE) salue un projet de modification de la LAMal qui offre un cadre de travail interprofessionnel simple et attractif.

Médecins de famille Suisse s'engage depuis longtemps pour une interprofessionnalité efficace, réfléchie et véritable. C'est avec ces idées en tête, mais aussi car MFE pense que les politiques interprofessionnelles doivent être discutées directement entre professionnels des soins médicaux de base, que nous avons participé très activement à la fondation et au fonctionnement actuel de la « Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires » (<http://www.interprofessionnalite.ch/>). Au sein de ce projet, ce sont notamment des médecins de famille et des infirmières qui siègent et échangent de manière collégiale et constructive. MFE porte sa préférence sur des projets émanant de la base (*bottom-up*) et se construisant à partir de l'expérience du terrain. L'initiative qui nous intéresse précède en partie la pratique et peut être critiquée de ce fait. De plus, elle intervient avant la version finale de la LPSAN, ce qui n'est pas idéal. Néanmoins, la direction qu'elle prend reste la bonne.

Position de l'association « Médecins de famille Suisse »

MFE accueille positivement le projet soumis à consultation. Ce dernier permet d'importantes avancées, en offrant une simplification pour les infirmières et infirmiers en les inscrivant dans la liste des fournisseurs de prestations visés par l'art. 35, al. 2 de la LAMal. Ce projet permettra à ces professionnels des soins médicaux de base de fournir directement certaines prestations indépendamment de la prescription d'un médecin tout en étant rémunérés dans le cadre de la LAMal. Toutefois, les soins de traitement continuent à être dispensés sous prescription ou mandat d'un médecin. Si cette délimitation est clairement et intelligemment faite, cela est un pas important vers une meilleure répartition des tâches interprofessionnelles et une simplification.

Le domaine des soins infirmiers au sens strict est celui qui est concerné par la modification de la LAMal, ce que MFE soutient. Les médecins de famille et de l'enfance suisses pensent toutefois que certaines conditions doivent être absolument remplies. Ainsi il est vital que la question de la responsabilité soit clairement définie et les soins de traitement délimités avec clarté, notamment au niveau des lois cantonales. Le médecin doit être systématiquement présent en ce qui concerne le diagnostic et les choix thérapeutiques. La situation actuelle n'est pas optimale puisque qu'en vertu du droit cantonal, les soignants peuvent réaliser des soins sous leurs propres responsabilités sans pour autant que ces derniers puissent être remboursés dans le cadre de la LAMal fédérale.

MFE rejette la régulation de l'admission du personnel soignant spécialisé, en particulier à travers une introduction d'une liberté de contracter dans les soins infirmiers comme le désire une minorité. Cela reviendrait en définitive à remplacer le contrôle actuel des prestations effectué aujourd'hui par le médecin par une limitation du nombre de soignants peu souhaitable. Notre association pense par contre qu'une évaluation de l'évolution des prestations fournies serait par contre fort enrichissante.

L'interprofessionnalité est l'une des dimensions que les soins médicaux de base devront investir s'ils entendent pouvoir répondre aux défis de demain : inversion de la pyramide des âges par le vieillissement global, augmentation du nombre de personnes touchées par des maladies chroniques et polymorbidité. Il est évident que notre pays va devoir augmenter le nombre de ses professionnels des soins et de la santé, notamment par de plus nombreuses places d'étude. Parallèlement, l'attractivité de la profession infirmière doit être augmentée, ce que permettra notamment l'initiative et, a priori, la LPSan. Mais une réorganisation de l'offre des prestations par une meilleure répartition des rôles interprofessionnels est également une composante importante de soins médicaux de base fonctionnant mieux et avec une plus haute qualité. Le rapport explicatif dresse d'ailleurs un portrait représentatif de cela à la section 2.3.

En dehors de ces considérations, MFE soutient le projet tel qu'il est présenté tout en rejetant toutes les propositions des minorités. Nous refusons en particulier le concept de liberté de contracter introduit par la minorité Bortoluzzi. MFE pense finalement que les responsabilités doivent dans tous les cas être convenablement définies.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre ces commentaires en considération et restons très volontiers à votre entière disposition pour tous renseignements supplémentaires.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.

François Héritier,
Vice-Président de Médecins de Famille
Suisse, Responsable Politique de santé

Marc Müller,
Président de Médecins de Famille Suisse



Copie à: ASI, FMH, SSP, SSMI, SSMG

Per Mail

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-NR
Herr Nationalrat Guy Parmelin, Kommissionspräsident

karin.schatzman@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Zürich, 14. August /BZ

**11.418 Parlamentarischen Initiative von NR R. Joder „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“: Vernehmlassung zum Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes KVG
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für Soziales und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu Ihrem Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), mit welchem die Parlamentarische Initiative Joder «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» umgesetzt werden soll, Stellung nehmen zu können.

1. Einleitung

Die Initiative hat zum Ziel, weitere Leistungserbringer aus dem Segment der Gesundheitsberufe zu Medizinalpersonen zu machen und diese damit zu eigenverantwortlicher Leistung und Rechnungsstellung zu ermächtigen. Konkret sollen Pflegefachfrauen und -männer künftig „in pflegespezifischen“ Belangen eigenständig und – ohne ärztliche Anordnung – und gemäss Vorstellung des Initianten - kosteneffektiver handeln können.

Mit dem Gesundheitsberufegesetz GesBG und der vorliegenden Änderung des KVG sollen die Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) geschaffen werden.

Ausser Acht gelassen wird aber, dass mit diesen Massnahmen dem stetig wachsenden Mangel an ärztlichem Nachwuchs – vorab in den Fachgebieten Allgemeininnere Medizin und Pädiatrie - keineswegs begegnet werden kann. Dafür sind auf Bundesebene zwingend und zeitnah die notwendigen Mittel zur Ausbildung von Schweizer Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen.

Die Initiative wird von breiten Kreisen über politische Grenzen hinweg unterstützt und sie versprechen sich von dieser Stossrichtung eine Entlastung der überlasteten Grundversorger, beachten aber die damit verbundenen Konsequenzen zu wenig.

2. Verantwortlichkeiten und Kompetenzen

Die Medizin der Zukunft findet insbesondere beim demographischen Wandel zunehmend möglichst basisnahe, d.h. im häuslichen Rahmen unserer Bevölkerung statt. Dabei ist eine gute Zusammenarbeit von allen Beteiligten äusserst wichtig. Damit diese Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und somit eine optimierte Versorgung möglich wird, können die Leistungserbringer vermehrt Versorgungsteams bilden, in deren Zentrum der Patient und die Patientin stehen. Gerade in den etablierten Organisations- und Unternehmensstrukturen innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung der in der freien Praxis tätigen Ärzteschaft wird dieses Credo beispielsweise in Zusammenarbeit von Arzt und Medizinischer Praxisassistentin MPA tagtäglich bereits gelebt.

Die freipraktizierende Ärzteschaft weiss aus Erfahrung, dass ein zwischen Arzt und Pflegefachkraft koordiniertes Planen von Behandlungen bei komplexen, chronischen oder palliativen Situationen notwendig und eine effiziente Zusammenarbeit anzustreben ist. Stossend ist dabei die Tatsache, dass die Medizinischen Praxisassistentinnen auch unter voller Verantwortung der Ärzteschaft keine verrechenbaren Leistungen ausserhalb der Praxis erbringen können. Dies wäre gerade aus Kostensicht ein wesentliches Element für eine Optimierung der Gesundheitskosten.

Aus Sicht der Ärzteschaft nimmt die Komplexität in der Behandlungsführung gerade unter dem Gesichtspunkt der früheren Spitalentlassungen, aber auch der zunehmenden Multimorbidität und der steigenden Zahl von chronisch Erkrankten einer immer älter werdenden Gesellschaft zu. Eine vermehrt unscharf getrennte Zuständigkeit des betreuenden Arztes und zunehmende Schnittstellen im ambulanten Bereich lassen die Betreuungs- und Patientensicherheit jedoch abnehmen. Deshalb muss die Führung einer Therapie auch im Rahmen eines Behandlungsteams in ärztlicher Hand bleiben.

Es sind auch die rechtlichen Konsequenzen, die uns grosse Sorge bereiten. Die Verantwortlichkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten muss klar definiert sein. Dies ist mit der aktuellen Vorlage nicht der Fall. Es geht dabei nicht nur um die Verantwortlichkeit von Arzt und Pflege, sondern auch um die Verantwortlichkeiten innerhalb der Pflegeberufe.

2.1. Grundpflege und Behandlungspflege

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet ist zu begrüßen, aber es sind auch Vorbehalte anzubringen.

Die Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute gerade infolge des Ressourcenmangels mehrheitlich von Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit FaGe ausgeübt. Pflegefachpersonen würden – gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder auf ein Bachelordiplom FH sowie auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige“ Tätigkeit – diese Tätigkeiten lediglich noch überwachen. Ob dies im Sinne einer Aufwertung der eigenen Tätigkeit und zur Behebung des Ressourcenmangels zielführend sein wird, ist fraglich.

Zu befürchten ist vielmehr eine Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege. Entgegen der Absicht des Bundesrates, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste“ regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege“

und „Behandlungspflege“ unserer Meinung nach wegen deren Wichtigkeit und um der erwähnten Problematik präventiv zu begegnen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

- a. *Von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Behandlungspflege**)*
- b. *Von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Grundpflege**)*

Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und schwierige Abgrenzungsfragen zu Verantwortlichkeiten sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, lehnen wir dezidiert ab.

Entsprechend ist Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen, wie es mit dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefordert wurde: ~~*gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~

Ebenfalls unterstützen wir den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz bei **Art. 25 Abs. 2, erster Satz KVG**: *Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49 a) vergütet.*

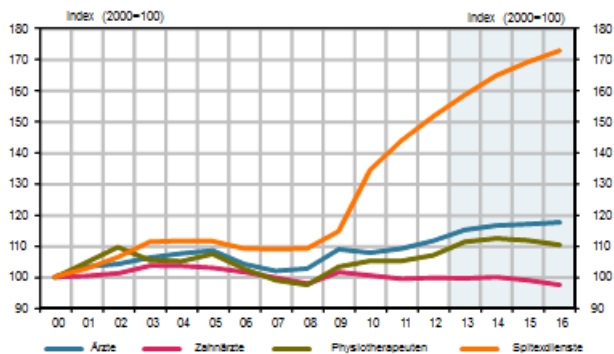
3. Kostensenkung und keine Mengenausweitung: Kostenmonitoring

Die KKA befürwortet Massnahmen, welche bei mindestens gleichbleibender Qualität auch die Wirtschaftlichkeit und die Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Im Sinne der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten-Optik ist mit der Definition von klaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten das Subsidiaritätsprinzip einzuhalten.

In Realität wird mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch eine Mengen- und damit Kostenausweitung stattfinden, da in bestimmten Bereichen zwei Stellen ähnliches machen werden. Beispiele dazu sind Blutverdünnung, Blutdruckmessung als Teil der Herz-Kreislauf-Beurteilung und Wundpflege. „Wundpflegespezialistinnen“ und weitere Pflegefachleute mit Zusatzausbildung sind heute sehr empfänglich für immer neuere und somit oft teurere Materialien und Therapien ohne immer klar nachweisbaren medizinischen Mehrwert. Einerseits tendiert die Gesundheitspolitik dazu, den Zugang zu ärztlichen Spezialisten zunehmend einzuschränken und andererseits sollen mit dieser Initiative vermehrt direkte Zugänge zu Behandlungen durch nicht ärztliches Gesundheitspersonal ohne ärztliche Indikationskontrolle geöffnet werden. Damit könnten vermehrt Fehlanreize geschaffen werden.

Es ist aus unserer Sicht keine Frage, dass die finanziellen Konsequenzen der obigen Vorlage sehr gross sind. Wir erlauben uns in diesem Zusammenhang den Hinweis auf die nachfolgende Grafik aus der KOF-Studie vom Herbst 2014 und den Steigerungsgrad der Spitexkosten.

Ambulante Versorger



Quellen: BFS, KOF

Herbstprognose der Gesundheitsausgaben 2013-2016 4. November 2014 17

Es ist zu erwarten, dass von Seiten der Politik ein Kostenanstieg mit dem Argument der substituierenden Leistungen begegnet wird, d.h. es ist zu befürchten, dass die Pflegeleistungen das Budget der ärztlichen Leistungen tangieren.

Trotzdem weisen wir den Minderheitsantrag von Bortoluzzi de Courten und Parmelin zu Art. 40a KVG, welcher die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG fordert, dezidiert zurück. Dies kann keine zielführende Lösung zur Sicherstellung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung sein.

4. Fazit

Die Fachkompetenz der Pflegefachleute ist für die Ärzteschaft und die Ausübung unseres Berufes vital und deren Förderung unverzichtbar.

Die KKA stimmt deshalb wie die Delegiertenversammlung der FMH den beiden Grundsätzen zu, dass die Definition der Leistungen, welche ohne ärztliche Anordnung durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und der beruflichen Qualifikationen, über welche eine Pflegefachperson verfügen muss, um diese Leistungen erbringen zu dürfen auf Gesetzesstufe erfolgen muss. Die KKA weist hingegen die im Gesetz vorgesehene Regelung zu einer gemeinsamen Anordnung wie in Art. 33 abs. 1 bis lit. c KVG vorgesehene dezidiert zurück.

Die Auswirkungen der Vorlage sind sehr schwierig abzuschätzen, werden aber bei der Umsetzung grosse Konsequenzen für alle Akteure und Leistungserbringer zeitigen. Mit den vorgesehenen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche sind Konflikte vorprogrammiert und die von der Politik angestrebte Förderung integrierter Versorgungsmodelle doch zweifelhaft. Die vorgesehenen Gesetzesänderungen bergen zudem nach Auffassung der KKA die Gefahr vermehrter staatlicher Steuerung sowie Regulierung, indem

politische Gremien in den Ausführungsbedingungen ärztliche und pflegerische Massnahmen definieren.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Argumente in Ihrer weiteren Diskussion.

Freundliche Grüsse

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM



Kopien an:

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Präsident Nationalrat François Steiert

Präsident FMH, Dr. med. J. Schlup

Präsidentinnen und Präsidenten der kantonalen Ärztesellschaften

Geschäftsstelle KKA-CCM,

Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15

barbara.zinggeler@kka-ccm.ch

catherine.hool@kka-ccm.ch



Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux
Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Gümligen, 31.07. 2015 FDW/cg

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung wurde in den Vernehmlassungsverfahren zu 11.418 Pa. Iv. begrüsst. Wir danken Ihnen und nehmen nachfolgend gerne Stellung.

Die rund 3'000 Belegärzte, die in Privatkliniken aber auch in öffentlichen Spitälern tätig sind, leisten einen bedeutsamen Beitrag im schweizerischen Gesundheitswesen. Die SBV als einzige belegärztliche Organisation auf nationaler Ebene sieht sich als deren Interessensvertreterin legitimiert, sich zu diesem Thema zu äussern.

Allgemeines:

Dass die Pflegepersonen einen wichtigen Beitrag zum Funktionieren des Gesundheitswesens beitragen, ist unbestritten. Ebenso wie die Tatsache, dass ihre Leistungen angemessen gewürdigt und entsprechend honoriert werden sollen. In dieser Hinsicht verweisen wir auf die Stellungnahme der SBV vom 07. April 2014 zum Gesundheitsberufegesetz.

Aufgrund der angepassten Ausbildung, scheint es nachvollziehbar, dass gewissen Kompetenzen, die bis anhin den Medizinalpersonen mit universitärer Aus- und Weiterbildung vorbehalten sind, delegiert werden. Diese Kompetenzerweiterung darf aber weder dazu führen, dass der Arztberuf abgewertet oder unattraktiver wird, noch dass damit versucht wird, die drohende Versorgungslücke zu schliessen.

Weiter erachtet es die SBV als problematisch und staatspolitisch heikel, dem Bundesrat derart weitreichende Kompetenzen zuzugestehen, in Eigenregie und praktisch ohne Kontroll- und Korrekturmöglichkeit einen Leistungskatalog festzusetzen oder einzuschränken. Mindestens die Grundsätze sowie die groben Grenzen müssen in einem Gesetz im formellen Sinn festgelegt sein. Auch auf diesen Missstand hat die SBV in der Vernehmlassung vom 07. April 2014 zum GesBG hingewiesen. Eine erneute Blankodelegation ist deshalb abzulehnen.

Zudem erachtet die SBV auch die Zulassungsvoraussetzungen als derzeit ungenügend an. Das GesBG ist gegenwärtig noch nicht in Kraft, weshalb keine Grundlage vorhanden ist.

Bevor sie nicht geschaffen ist, kann eine Frage über die Rechnungsstellung nicht sinnvoll beantwortet werden.

Zu guter Letzt erachtet es die SBV als höchst inkonsequent, wenn einerseits ein Zulassungsstopp mit dem Argument legitimiert wird, eine zunehmende Zahl an Leistungserbringern würde zu einer steigenden Anzahl von Leistungen führen und andererseits genau die gleiche Tatsache wieder zu relativieren, wenn es um Pflegeberufe geht.

Zum Vorschlag Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz

Nach Meinung der SBV, gehören sowohl Diagnosestellung wie auch der Entscheid über die Behandlung, zwingend in ärztlicher Hand. Das bedeutet, dass die SBV der Gesetzesnovelle kritisch gegenüber steht. Im Zweifelsfall ist jedoch jener Variante den Vorzug zu geben, in welcher der Arzt das letzte Wort hat.

Zu Art. 33 Abs. 1 bis

Auch hier kann auf oben gesagtes verwiesen werden. Der Buchstabe c erscheint der SBV nicht praktikabel. Wenn sowohl der Arzt als auch die Pflegefachperson autonom Leistungen anordnen, bzw. erbringen können, wird Buchstabe c hinfällig. In Falle einer Meinungsverschiedenheit wäre das Vetorecht wirkungslos.

Zu Art. 40a Pflegefachpersonen

Art. 40a erscheint der SBV als konsequente Folge der Möglichkeit zur selbständigen Rechnungsstellung. Somit ist ein solcher Artikel grundsätzlich unerlässlich. Dass hierbei jedoch die gesamte Kompetenz an den Bundesrat delegiert wird, ist wiederum staatspolitisch problematisch. Bei dieser Delegationsnorm müssten mehr Voraussetzungen als diejenigen von Abs. 2 erwähnt werden, namentlich die Frage der Berufsaussübungsbewilligung, die mit dem GesBG geregelt wird. Fehlte dieser Verweis, könnte im Extremfall der Bundesrat die Voraussetzungen des GesBG mittels Verordnung übersteuern. Ebenso erscheint es fraglich, ob die Vertragsfreiheit bzw. der Vertragszwang dem Entscheid des Bundesrates überlassen wird. Im Sinne einer Rechtssicherheit müsste auch dieser Grundsatz im formellen Gesetz Einzug finden.

Zu Art. 55a Abs. 1 Buchstabe c und d sowie Abs. 2 und 4

Der für Ärzte geltende Zulassungsstopp bzw. die Steuerung des Bedarfs wurde von der SBV seit jeher bekämpft. Gerade im Hinblick auf die Versorgungssicherheit, muss Ärzten eine gesicherte Zukunftsperspektive ermöglicht werden, da sie sonst früher oder später nach Alternativen Ausschau halten. Ebenso erachtet die SBV eine staatliche Steuerung als nicht zielführend. Wird sie jedoch bei Ärzten angewendet, scheint es nur konsequent, wenn dies auch bei anderen Leistungserbringern, die auf eigene Rechnung arbeiten, der Fall ist.

Zur Übergangsbestimmung

Auf den ersten Blick erscheint eine solche Pflicht, einen Bericht zu erstatten, als sinnvoll. Leitet der Bundesrat jedoch aus diesem Auftrag die Kompetenz, möglichst viele Daten zu sammeln, um die Steuerung noch mehr voranzutreiben, so ist dies abzulehnen.

Das Parlament hat grundsätzlich gute Möglichkeiten solche Aufträge auf andere Art und Weise zu erteilen. Bestehen grössere Zweifel an dieser Gesetzesnovelle, was diese Übergangsbestimmung vermuten lässt, so ist die Novelle als Ganzes abzulehnen und zu überarbeiten.

* * *

Abschliessend möchte die SBV noch einmal mit Bezug auf die Stellungnahme zum GesBG betonen, dass jegliche Form von selbständiger Berufsausübung und selbständiger Rechnungsstellung voraussetzt, dass die Haftungsfrage eindeutig geregelt ist. Mit anderen Worten sollen diejenigen Personen, die selbständig tätig sind und selbständig abrechnen, auch die volle Haftung für Ihr Tun übernehmen, namentlich auch in Fällen des Übernahmeverschuldens.

Ebenso erachtet es die SBV als selbstverständlich, dass die so vergüteten Leistungen in Bezug auf die Kosten- und Mengenentwicklung separat monitorisiert werden. Die vom Bundesrat geforderte Kostenneutralität, welche übrigens von der SBV infrage gestellt wird, führt dazu, dass die Hausärzte erneut benachteiligt werden, wenn die Leistungen der Pflege über das Kapitel 40 des Tarmed abrechenbar sind.

Mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE
BELEGÄRZTE-VEREINIGUNG**

Der Sekretär:



Florian Wanner, lic. iur.,
Rechtsanwalt

Sekretariat/Secrétariat, Münzgraben 2, CH-3000 Bern 7
Telefon 031 313 31 31, Fax 031 313 31 40
E-mail: sekretariat@sso.ch
CHE 105.830.570 MWST

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
des Nationalrats SGK-NR
3003 Bern

per Email:
karin.schatzmann@bag.admin.ch /
dm@bag.admin.ch

Bern, 14. August 2015

11.418 Vernehmlassung Pa. Iv. gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (KVG) Stellungnahme der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO bedankt sich für die Gelegenheit zur Abgabe ihrer Stellungnahme zum vorgelegten Entwurf und beschränkt sich auch nachfolgende generelle Bemerkungen:

1. Unbestrittenerweise kommt den Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen zu. Basierend auf deren Ausbildung, Fortbildung sowie Qualifikation ergibt sich die entsprechende Kompetenzstufe im Pflegefachbereich.

Eine Kompetenzarrondierung ist zwingend immer verbunden mit der Übernahme von Verantwortung und schlussendlich mit dem haftungsrechtlichen Einstehen für das eigene Handeln. Die **haftungsrechtlichen Verantwortlichkeiten**, insbesondere bei selbständiger Berufsausübung, sind auf Gesetzesstufe zu regeln.

2. Die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, insbesondere schlussendlich der Leistungskatalog, muss in genügender Weise konkretisiert werden, so dass die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Pflegepersonen nicht in Konflikt mit gesetzlichen Kompetenzzuteilung der universitären Medizinalberufe (insbesondere KVG) gerät.

Es geht insbesondere um die notwendige Abgrenzung der ärztlichen Diagnose/Behandlungsplan/Anordnung und der reine Pflegedienstleistung. Im Entwurfsvorschlag fehlt jedoch die gesetzliche Definition der Leistungen, welche von Pflegefachpersonen zu Lasten der OKP erbracht werden dürfen. Eine konkrete Definition ist ebenfalls der **Abgrenzung von anderen Gesundheitsfachbereichen** dienlich und notwendig.

3. Aus diesem Grund wird gefordert, dass auf Gesetzesstufe a) die **Leistungen**, welche von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden können, sowie b) der **Bildungsabschluss**, welche Pflegefachpersonen nachweisen müssen, damit diese Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbringen können, **angemessen detailliert definiert** werden.

4. Im Sinne der Gleichstellung gegenüber den anderen Leistungserbringern ist ein spezifiziertes Kostenmonitoring (Pflegebedarf pro Kopf, akzeptiert Kostenzunahmen, Wirkungsanalyse, etc.) erforderlich.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Abgabe vorliegender Stellungnahme und danken für deren Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüßen



Simon Gassmann, lic.iur. Rechtsanwalt LL.M.
Sekretär SSO

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Sursee, 7. August 2015

G:\C_leistung\C1_vm\svmtt\2015\03_berufspolitik\03_stellungnahmen\
01_verantwortung_pflege\150715ls_d_01_stellungnahme_paiv_pflege_svmitt.docx

**Stellungnahme des SVMTT:
11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege**

Sehr geehrter Herr Parmelin
Sehr geehrte Frau Schatzmann
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit im Rahmen der im Betreff erwähnten Parlamentari-
schen Initiative zum Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)
Stellung nehmen zu dürfen. Gerne nehmen wir diese Gelegenheit wahr.

I. Einleitende Bemerkungen

Der SVMTT Gesundheit vertritt die gesamtschweizerischen Interessen der medizinisch-
technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe. Zu seinen Mitgliedern
zählen die Schweizerische Vereinigung der Fachleute für medizinisch-technische Radiologie
SVMTRA, der Schweizerische Verband der Aktivierungsfachfrauen/-männer SVAT, Swiss
Dental Hygienists, der Schweizerische Berufsverband Dipl. Fachfrauen/Fachmänner Opera-
tionstechnik HF SBV TOA sowie der Schweizerische Podologen-Verband SPV.

Wir unterstützen deshalb eine einheitliche Regelung für alle Berufe betreffend

- Ausbildungsstandards,
- Bewilligungsvoraussetzungen,
- Berufsausübung und
- Berufspflichten.

Wir beschränken uns in unserer Stellungnahme auf allgemeine Ausführungen zu der auch
für unsere Mitgliederverbände wesentlichen Stossrichtung der geplanten Gesetzesänderung.

II. Bemerkungen zur geplanten Änderung des Krankenversicherungsgesetzes

Der SVMTT Gesundheit unterstützt in erster Linie die ausführliche Stellungnahme des
Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), welcher an
den parlamentarischen Beratungen und der Ausarbeitung der nun vorliegenden Gesetzes-
vorlage massgeblich beteiligt war.

Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe SVMTT

Stellungnahme zu Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Der SVMTT Gesundheit begrüsst es in allgemeiner Weise, dass die qualifizierte Ausbildung der Pflegefachpersonen nun auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt wird, indem bei der Festlegung der Vergütung von Pflegeleistungen ihren Fähigkeiten und Kompetenzen gebührend Rechnung getragen wird.

Der Mangel an Fachpersonal im Gesundheitsbereich, insbesondere an (Fach-)Ärzten, hat in diversen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu einer **Verantwortungsdiffusion** und zur **Umverteilung von Kompetenzen** geführt. Die Gesundheitsfachpersonen müssen und können auch aufgrund ihrer laufend verbesserten Ausbildung zusehends mehr Verantwortung im Beruf übernehmen und entlasten das ärztliche Personal vielerorts. Leider sind viele dieser in der Praxis selbstverständlich gewordenen Delegationen und Aufgabenverteilungen gesetzlich noch nicht nachvollzogen, weshalb sich die Gesundheitsfachpersonen zunehmend im gesetzlosen Raum bewegen. Daraus ergeben sich zentrale Haftungsfragen und ein erhebliches Mass an Rechtsunsicherheit. Die unangepasste Rechtslage führt auch zu zahlreichen administrativen Leerläufen, was für alle Beteiligten äusserst unbefriedigend ist.

Es zeichnet sich deshalb auch im Bereich anderer hoch ausgebildeter nichtärztlicher Gesundheitsberufe als der Pflege das Bedürfnis ab, dass die **Kompetenz- und Verantwortungsbereiche** zwischen den (delegierenden) Ärzten und dem Gesundheitsfachpersonal neu festgelegt bzw. **in den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen nachvollzogen** werden. In der Konsequenz daraus sind den betreffenden Gesundheitsfachpersonen auch im Rahmen der OKP weiterreichende (Abrechnungs-)Berechtigungen zuzusprechen, ansonsten deren eigenverantwortliche Berufsausübung wiederum faktisch ins Leere läuft. Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist deshalb ein erster Schritt in die richtige Richtung, wird allerdings früher oder später auch andere Berufsgruppen erfassen müssen. Eine **Mengenausweitung** und damit enorme **finanzielle Auswirkungen** sind sowohl in der Pflege als auch in anderen ähnlich gelagerten Berufsgruppen aufgrund dessen nicht zu erwarten, da lediglich ein gesetzlicher Nachvollzug der ohnehin grösstenteils bereits gelebten Kompetenzverteilung erfolgt. Im Gegenteil können dadurch unnötige administrative Leerläufe vermieden und somit möglicherweise sogar Kostenersparnisse erreicht werden.

III. Schlussbemerkungen

Gut ausgebildete und qualifizierte Gesundheitsfachpersonen können Ärzte nicht ersetzen, aber wohl sinnvoll entlasten und damit einen wesentlichen Beitrag zu einem effizienten Gesundheitssystem leisten. Es ist deshalb richtig, dass ihnen auch im Rahmen der OKP weiterreichende Berechtigungen entsprechend ihren Kompetenzen eingeräumt werden.

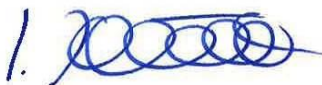
Wir danken Ihnen bereits im Voraus für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für die Beantwortung von Fragen oder für Ergänzungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe SVMTT



Cornelia Jäggi
Präsidentin



Isabelle Küttel
Geschäftsführerin



Häringstrasse 20
8001 Zürich

Ihre Ansprechpartnerin:
NR Margrit Kessler
margrit.kessler@spo.ch

Herr
NR Guy Parmelin
Kommissionspräsident SGK
Karin Schatzmann BAG
3003 Bern

Zürich, 11. August 2015

Vernehmlassung: 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege – Änderung des Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme der Parlamentarischen Initiative - Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege - und nimmt diese gerne an.

Allgemein

Die Pflege ist der grösste Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung sind wir in der Zukunft auf mehr Pflegefachkräfte angewiesen. Es ist an der Zeit, dass den Pflegeberuf zu stärken. Pflegeleistungen, die von den Pflegenden selbständig erhoben und erbracht werden, müssen auch als solche anerkannt werden. Eine sichere und qualitativ hochstehende Pflege sollte sich nicht mehr nach den althergebrachten Hierarchien orientieren. Es ist zweckmässig, wenn jede Berufsgruppe gemäss ihren Kompetenzen abrechnen kann.

Die Stiftung SPO Patientenschutz begrüsst, Pflegefachpersonen ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG aufzunehmen. Eine gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigert die Attraktivität des Berufs und erleichtert die Rekrutierung junger Berufsleute.

Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz

Die Stiftung SPO Patientenschutz unterstützt den Antrag der Mehrheit und lehnt den Minderheitsantrag Cassis ab.

Begründung:

Die Minderheit Cassis möchte die Kompetenzen der Pflegenden wiederum den Ärzten unterstellen. In der Praxis ist es schon heute so, dass Gespräche, wie eine Weiterbehandlung nach dem Spitalaufenthalt weiter geführt werden soll, den Pflegenden und Sozialarbeitern überlassen werden. Dieser neue Artikel wird die Ärzte entlasten.

Art. 33 Abs. 1bis lit. c

Die Stiftung SPO Patientenschutz unterstützt den Antrag der Minderheit Cassis (lit. c streichen).

Begründung:

Die Anordnungen sollten entsprechend den Kompetenzen erfolgen. Das wird in Art. 33 Abs. 1bis lit. a und lit. b festgehalten. Somit ist lit. c überflüssig.

Art. 40a Pflegefachpersonen

Die Stiftung SPO Patientenschutz lehnt den Antrag der Minderheit Bortoluzzi ab.

Begründung:

Pflegende sollen gleich behandelt werden wie die Ärzte. Es darf nicht sein, dass die Pflegenden mit den Krankenversicherungen einzelne Verträge abschliessen müssen, um eigenständig arbeiten zu können. Wir können uns aber einen Erfahrungsnachweis (z.B. drei Jahre) in einer Schweizerischen Institution vorstellen, bevor die Pflegenden die Berechtigung erhalten selbständig abzurechnen. So könnten wir auch verhindern, dass Spitex-Organisationen entstehen, die nur mit ausländischem Personal arbeiten, die unsere Kultur und Bedürfnisse nicht kennen.

Übergangsbestimmungen zur Änderung

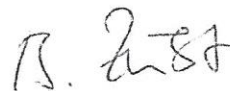
Das Vorhaben, die finanziellen Auswirkungen der Einführung der selbständigen Abrechnung der Pflegenden nach sechs Jahren zu überprüfen, ist wichtig. Eine Mengenausweitung kann nicht zum Voraus ausgeschlossen werden. Die Entlastung der Ärzte müsste bei der Überprüfung jedoch mitberücksichtigt werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



NR Margrit Kessler
Präsidentin SPO Patientenschutz



lic. iur. HSG Barbara Züst
Co-Geschäftsführerin SPO Patientenschutz



Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sekretariat
3003 Bern

dm@bag.admin.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Parlamentarische Initiative

**11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege:
Stellungnahme der Geschäftsstelle des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK)**
Bern, 3. August 2015/br

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Gesundheitsorganisation mit langjähriger Erfahrung in der Registrierung von Diplomen und Berufsausübungsbewilligungen und der damit verbundenen Qualitätssicherung im pflegerischen Bereich sowie in der Anerkennung von in- und ausländischen Ausbildungsabschlüssen im Bereich Pflege, nehmen wir gerne die Gelegenheit wahr, zum Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) aufgrund der oben erwähnten Parlamentarischen Initiative Stellung zu nehmen.

Das SRK unterstützt die Stossrichtung der Vorlage sehr, den Berufsstatus von Pflegefachpersonen aufzuwerten, ist doch die Ansicht, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner seien Hilfspersonen von Ärztinnen und Ärzten, völlig überholt. Die Bedeutung und Nachfrage nach Pflege wird stetig zunehmen und bereits heute besteht – aus unserer Erfahrung verschärft in Randregionen – ein Fachkräftemangel. Mit der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner wird die Attraktivität des Berufes gesteigert und somit die Rekrutierung von jungen, qualifizierten Schulabgängern erleichtert.

Ansonsten verweisen wir inhaltlich vollumfänglich auf die Stellungnahme des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anmerkungen.

Mit dem Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung

SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ

Markus Mader
Direktor





Geht an:
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Sursee, 28. Juli 2015

g:\c_leistung\c1_vm\svmtra\2015\01_verbandsführung\14_stellungnahme
n\verantwortung_pflege\150713ls_d_01_stellungnahme_paiv_pflege_svmtr
ra.docx

Stellungnahme der SVMTRA: 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Parmelin
Sehr geehrte Frau Schatzmann
Sehr geehrte Damen und Herren

I. Einleitende Bemerkungen

Die SVMTRA ist der unabhängige Berufsverband der Fachleute für medizinisch-technische Radiologie (MTRA) und ist Mitglied des Schweizerischen Verbands der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe (SVMTT Gesundheit). Gemäss ihren Statuten bezweckt die SVMTRA die Wahrung der beruflichen, wirtschaftlichen, ideellen und ethischen Interessen seiner rund 4000 Berufsangehörigen.

Deshalb nehmen wir im Rahmen der im Betreff erwähnten parlamentarischen Initiative gerne zum Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Stellung. Dabei beschränken wir uns auf allgemeine Ausführungen zu den auch für die Fachleute für medizinisch-technische Radiologie wesentlichen Stossrichtung der geplanten Gesetzesänderung.

II. Bemerkungen zur geplanten Änderung des Krankenversicherungsgesetzes

Die SVMTRA unterstützt in erster Linie die ausführliche Stellungnahme des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), welcher an den parlamentarischen Beratungen und der Ausarbeitung der nun vorliegenden Gesetzesvorlage massgeblich beteiligt war.

Die SVMTRA begrüsst es in allgemeiner Weise, dass die qualifizierte Ausbildung der Pflegefachpersonen nun auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt wird, indem bei der Festlegung der Vergütung von Pflegeleistungen ihren Fähigkeiten und Kompetenzen gebührend Rechnung getragen wird.

Der Mangel an Fachpersonal im Gesundheitsbereich, insbesondere an (Fach-)Ärzten, hat in diversen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu einer **Verantwortungsdiffusion** und zur **Umverteilung von Kompetenzen** geführt. Diese Veränderungen sind heute auch bereits im Bereich der Radiologie deutlich sicht- und spürbar. Die Gesundheitsfachpersonen – unter

SVMTRA

Stellungnahme der SVMTRA:

11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

anderem auch die Fachleute für medizinisch-technische Radiologie – müssen und können auch aufgrund ihrer laufend verbesserten Ausbildung zusehends mehr Verantwortung im Beruf übernehmen und entlasten das ärztliche Personal vielerorts. Leider sind viele dieser in der Praxis selbstverständlich gewordenen Delegationen und Aufgabenverteilungen gesetzlich noch nicht nachvollzogen, weshalb sich die Gesundheitsfachpersonen zunehmend im gesetzlosen Raum bewegen. Daraus ergeben sich zentrale Haftungsfragen und ein erhebliches Mass an Rechtsunsicherheit. Die unangepasste Rechtslage führt auch zu zahlreichen administrativen Leerläufen, was für alle Beteiligten äusserst unbefriedigend ist.

Es zeichnet sich deshalb auch im Bereich anderer hoch ausgebildeter nichtärztlicher Gesundheitsberufe als der Pflege das Bedürfnis ab, dass die **Kompetenz- und Verantwortungsbereiche** zwischen den (delegierenden) Ärzten und dem Gesundheitsfachpersonal neu festgelegt bzw. **in den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen nachvollzogen** werden. In der Konsequenz daraus sind den betreffenden Gesundheitsfachpersonen auch im Rahmen der OKP weiterreichende (Abrechnungs-)Berechtigungen zuzusprechen, ansonsten deren eigenverantwortliche Berufsausübung wiederum faktisch ins Leere läuft. Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist deshalb ein erster Schritt in die richtige Richtung, wird allerdings früher oder später auch andere Berufsgruppen erfassen müssen. Eine **Mengenausweitung** und damit enorme **finanzielle Auswirkungen** sind sowohl in der Pflege als auch in anderen ähnlich gelagerten Berufsgruppen aufgrund dessen nicht zu erwarten, da lediglich ein gesetzlicher Nachvollzug der ohnehin grösstenteils bereits gelebten Kompetenzverteilung erfolgt. Im Gegenteil können dadurch unnötige administrative Leerläufe vermieden und somit möglicherweise sogar Kostenersparnisse erreicht werden.

III. Schlussbemerkungen

Auch ein Blick ins Ausland zeigt, dass gut ausgebildete und qualifizierte Gesundheitsfachpersonen Ärzte nicht ersetzen, aber wo sinnvoll entlasten und damit einen wesentlichen Beitrag zu einem effizienten Gesundheitssystem leisten können. Es ist deshalb richtig, dass ihnen auch im Rahmen der OKP weiterreichende Berechtigungen entsprechend ihren Kompetenzen eingeräumt werden.

Wir danken Ihnen bereits im Voraus für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für die Beantwortung von Fragen oder für Ergänzungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Yves Jaermann
Präsident



Markus Werner
Geschäftsführer



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

An die
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrats
3003 Bern

Per E-Mail an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Bern, 13. August 2015/JRP/KK/im

Vernehmlassung zu 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege; Stellungnahme der Krebsliga Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Krebsliga Schweiz (KLS) begrüsst es sehr, dass sich die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) der stärkeren Anerkennung der Verantwortung der Pflege angenommen hat. Gerne beteiligen wir uns an der Vernehmlassung zur geplanten Gesetzesänderung.

Die Krebsliga Schweiz engagiert sich seit mehr als hundert Jahren als gemeinnützige Organisation in der Krebsprävention, in der patientenorientierten Forschungsförderung und für die Unterstützung von Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen. Überdies engagieren sich verschiedene kantonale Krebsligen in der spitalexternen Pflege von onkologischen Patientinnen und Patienten. Häufig handelt es sich dabei um palliative Situationen, in welchen spezifische Kompetenz und rasche Betreuung gefragt sind.

Allgemeine Bemerkungen

Die KLS unterstützt die Bestrebungen, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten und die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Damit soll sichergestellt werden, dass die pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten auch künftig bedarfsgerecht und in hoher Qualität sichergestellt werden kann. Die von der SGK zur Diskussion gestellten Gesetzesänderungen zielen unseres Erachtens in die richtige Richtung.

Wir betrachten die vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen überdies als relevanten Beitrag zur Erfüllung der Ziele der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017, welche

Krebsliga Schweiz

Effingerstrasse 40, Postfach 8219, CH-3001 Bern
Tel +41 (0)31 389 91 00, Fax +41 (0)31 389 91 60, info@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch
Credit Suisse AG, Zürich, IBAN CH34 0483 5015 5480 0100 0, CHE-107.818.640 MWST





2013 von Bund und Kantonen verabschiedet worden ist (z.B. im Bereich der integrierten Versorgung).¹

Die heute geltende Regelung mit der zwingenden Vorschrift, dass für jegliche pflegerische Verrichtung eine ärztliche Verordnung vorliegen muss, führt zu administrativen Doppelspurigkeiten und Leerläufen. Weit gravierender noch können diese administrativen Barrieren so weit führen, dass Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu benötigten pflegerischen Leistungen erhalten. Dies liegt nicht im Interesse der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wir erachten es deshalb als wichtig, dass die sog. eigenständige Pflege von der ärztlichen Kompetenz losgelöst wird. Damit soll der Gegensatz im Bereich der Pflege zwischen KVG und den kantonalen Gesundheitsgesetzen aufgehoben werden.

Hinzu kommt, dass mit den geplanten Änderungen im Spitalbereich eine Gesetzesanpassung an die herrschende Praxis erfolgt. Bereits heute ist im Spital nur bei der Delegation von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen an das Pflegepersonal eine ärztliche Verordnung üblich.

Es ist uns ein Anliegen, im Zusammenhang mit den vorgesehenen aber auch künftigen Massnahmen auf einige Herausforderungen hinzuweisen.

Wie weiter oben angetönt, sollen Leistungen im Bereich der Gesundheit und insbesondere auch im Bereich der sozialen Krankenversicherungssysteme bedarfsgerecht und in hoher Qualität erfolgen. Die Auswirkungen der vorgesehenen Änderungen sind nicht genau zu prognostizieren. Sie werden sich in Abhängigkeit der Parameter (Bedürfnisse und Anreize) entwickeln. Diese Entwicklung gilt es (wie auch sonst im ganzen Gesundheitsbereich) zu beobachten.

Im Bereich der Qualität stellen wir in den letzten Jahren eine zunehmend heterogene Situation fest. Die vorgesehenen Veränderungen könnten diese Lage akzentuieren, weshalb wir Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen Qualität befürworten.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Die KLS unterstützt diese Änderung ausdrücklich.

Art. 25a Abs. 1

Die KLS befürwortet die vorgeschlagene Änderung explizit.

Art. 25a Abs. 2

Die KLS unterstützt den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass aus der Formulierung ersichtlich sein soll, dass Arzt/Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig sind. Der Minderheitsantrag wird abgelehnt.

¹ Vgl. www.oncosuisse.ch



Art. 33 Abs. 1bis

Die KLS unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung, unter der Voraussetzung der ersatzlosen Streichung von Bst. c.

Art. 40a

Die KLS lehnt den Minderheitsantrag ab.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Erwägungen in die weiteren Arbeiten. Wir hoffen, künftig noch weitere Massnahmen zur Stärkung der Pflege begrüssen zu dürfen.

Freundliche Grüsse
Krebsliga Schweiz

Prof. Dr. Jakob R. Passweg
Präsident

Dr. Kathrin Kramis
Geschäftsführerin

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
CH-3003 Berne

Berne, le 14 août 2015

Consultation fédérale sur l'initiative 11.418 : LAMal - Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Madame, Monsieur

En tant qu'association de branche nationale, INSOS Suisse représente les intérêts de 800 institutions pour personnes avec handicap. Quelques 60 000 personnes y trouvent du travail, une structure de jour ou un espace de vie et peuvent y accomplir des mesures d'intégration ou d'ordre professionnel. INSOS Suisse œuvre à ce que les institutions bénéficient de conditions cadres optimales, de personnel bien formé et en suffisance, et qu'elles respectent des standards de qualité.

Nous nous permettons par la présente de vous faire parvenir spontanément notre de prise de position dans le cadre de la consultation fédérale susmentionnée.

Les institutions d'hébergement pour les personnes en situation de handicap nécessitent dans leur grande majorité un accompagnement médical pour leurs résidents. Cet accompagnement va d'ailleurs probablement s'accroître à l'avenir, vu que les personnes en situation de handicap vivent de plus en plus longtemps, grâce aux progrès de la médecine, et que ces personnes vieillissantes avec un handicap auront de plus en plus besoin de soins infirmiers.

Le mode d'engagement du personnel soignant diffère selon nos institutions concernées:

- certaines institutions emploient ce personnel infirmier par contrat individuel de travail de durée indéterminée ;
- certaines institutions font appel à du personnel infirmier externe, mais sans contrat de travail de durée permanente ;
- Certaines institutions font appel à du personnel infirmier qui effectuent des actes médicaux non ordonnés par des médecins et qui ne sont dès lors pas remboursés par la caisse-maladie obligatoire ;
- Dans certaines circonstances, des institutions font appel à des professionnels spitex de manière temporaire pour des circonstances particulières (remplacements, urgences, situations de fin de vie). Ces derniers facturent alors leurs prestations directement à la caisse-maladie du patient concerné et leurs actes doivent alors être prévus par une ordonnance médicale.

Nos institutions sont donc très concernées par l'initiative parlementaire mise en consultation, surtout dans le domaine du handicap lourd où les soins sont particulièrement nécessaires.

INSOS tient tout d'abord à saluer les modifications proposées sur leur principe. De nombreuses institutions engagent du personnel infirmier ayant achevé une formation professionnelle supérieure (par ex. dans la réhabilitation), et elles constatent que ce personnel est intéressé à disposer de plus de compétences. Dans les faits, ce personnel infirmier dispose déjà d'un niveau d'expertise élevé concernant les situations de polyhandicap très spécifiques, ce qui le rend très compétent et indépendant. Il est donc logique pour nos institutions que ce personnel infirmier aux compétences pointues bénéficie d'une meilleure reconnaissance et dispose d'un champ de compétences autonomes étendu, pour autant bien sûr que les modifications législatives envisagées ne fassent pas porter aux infirmiers des responsabilités qui ne sont pas les leurs.

A la lecture du projet mis en consultation, nous constatons néanmoins que les institutions du monde du handicap n'y sont pas clairement mentionnées et craignons que de ce fait, le personnel soignant ne puisse pas disposer de la même autonomie élargie que dans les autres secteurs spécifiquement mentionnés dans le projet mis en consultation.

En effet, les établissements mentionnés dans le projet de modification sont les établissements médico-sociaux (article 25, al. 2, let. A) ou encore les structures de soins de jour ou de nuit (article 25 a, al.1). Or, notre domaine n'appartient à aucune de ces deux catégories. Le commentaire de ces deux articles dans le rapport du Conseil fédéral n'indique pas non plus clairement que les institutions du monde du handicap seraient comprises implicitement dans l'un ou l'autre de ces deux types d'établissements. Le rapport du Conseil fédéral semble bien plus indiquer, notamment sous son chiffre 3.1. (page 17) que le projet mis en consultation concerne les EMS (hébergement des personnes âgées avec ou sans handicap) et les organisations de soins et d'aide à domicile.

Nous demandons donc que le projet de modification de la LAMAL indique clairement que les institutions du monde du handicap sont aussi couvertes par les modifications envisagées. Il n'est d'ailleurs pas à exclure que d'autres types d'institutions sociales soient concernées par le même problème (dépendances, enfance, etc.). Nous suggérons donc que la mention d' « établissement médico-social » soit remplacée dans les propositions de modifications par celle **d'établissement social dans lequel des soins sont dispensés.**

Si le domaine du handicap n'est pas expressément couvert par le projet de modifications envisagées, nous craignons d'arriver à une situation où le personnel infirmier bénéficierait d'une autonomie dans les EMS qui serait plus grande que dans les institutions du monde du handicap. Par voie de conséquence, ce personnel s'engagerait moins dans nos institutions, créant dans le pire des scénarios une potentielle pénurie de personnel soignant dans les institutions du monde du handicap. Il nous semble en outre que cette situation serait alors exactement contraire à la volonté du législateur, à savoir la valorisation du statut et des compétences du personnel soignant dans les institutions sociales.

Enfin, il est demandé de prendre position également sur les répercussions financières du projet. A notre avis, ces répercussions devraient être plutôt positives et diminuer les coûts. Les interventions des médecins vont en effet diminuer, ainsi que les coûts qui y seront liés. Le personnel soignant au sein de nos institutions pourra alors effectuer directement quantité de soins de manière indépendante. En outre, nous partons du principe que le profil du personnel soignant et son professionnalisme permettront de maintenir les interventions de soins au stricte nécessaire. En d'autres termes, nous considérons que la réglementation proposée ne provoquera pas une augmentation injustifiée des interventions de soins du personnel soignant au sein de nos institutions.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.



Peter Saxenhofer
Directeur d'INSOS Suisse



**Avant-projet de modification de la LAMal visant à mettre en œuvre l'initiative
parlementaire « Accorder plus d'autonomie au personnel soignant »**

Prise de position de l'ASPI, Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants

L'ASPI relève que cette modification de la loi vise en premier lieu à revaloriser le statut d'infirmier/infirmière pour donner aux soignants concernés une autonomie en phase avec leur niveau de formation et leurs attentes légitimes.

*Les physiothérapeutes, qui se sont eux-mêmes battus pour obtenir le libre choix des mesures thérapeutiques à appliquer à leurs patients, ne peuvent que **soutenir le principe d'une responsabilité infirmière plus étendue**. Physiothérapeutes et infirmiers/ères ont en effet à répondre à des exigences de formation et à des défis de pratique quotidienne similaires.*

L'initiative parlementaire à laquelle cet avant-projet de loi doit répondre vise également un double objectif :

1. Améliorer l'attractivité de la profession d'infirmier/ère afin de garantir une quantité suffisante de personnel à même de répondre au défi que notre système de santé devra affronter ces prochaines décennies, en raison notamment du vieillissement de la population.

L'ASPI relève qu'accorder plus d'autonomie au personnel infirmier ne suffira probablement pas à atteindre cet objectif. Il convient de mener une réflexion élargie sur les conditions de travail des infirmiers/ères.

2. Renforcer la position des infirmiers/ères - employés/es ou indépendants/tes - dans la répartition des tâches à l'hôpital, dans les soins de transition et les soins à domicile.

Les infirmiers/ères ont une formation de niveau ES ou Bachelor HES dont l'ASPI reconnaît le sérieux et la valeur. Leur profession a évolué et leurs compétences décisionnelles ont augmenté. Cette modification de loi validera une pratique qui existe déjà.

L'ASPI émet un avis favorable aux modifications de l'article 25, al. 2, let. a, de l'article 25a, al. 1 et 2, 1^{ère} phrase, ainsi qu'à celle de l'article 35, al.2, let. d^{bis}

L'ASPI s'exprime contre la proposition de la minorité au sujet de l'article 25a, al. 2

La révision de la LAMal envisagée chargera le Conseil fédéral de définir par voie d'ordonnance les prestations qui pourront être fournies sans prescription médicale par le personnel infirmier.

L'ASPI attire l'attention du législateur sur les champs d'application des différentes professions médicales. Un certain nombre de soins de bases infirmiers peuvent empiéter sur le champ d'application des physiothérapeutes. Nous citerons à titre d'exemple : la mobilisation au lit des patients dépendants, les exercices qui visent à améliorer la circulation sanguine, l'entretien des capacités de marche, l'instruction à l'utilisation de moyens auxiliaires, les exercices respiratoires, etc.

*Nous n'admettons pas que les infirmiers puissent mobiliser et faire marcher un patient sans prescription médicale alors que les physiothérapeutes restent dépendants d'une prescription médicale pour dispenser ces mêmes actes. **L'ASPI demande à être consultée lors de l'établissement de la liste exhaustive de mesures d'évaluation, de conseils et de soins de base qui pourront être fournies sans prescription.***

L'ASPI émet un avis favorable à la modification de l'article 33, al.1^{bis}. Elle reconnaît la légitimité du Conseil Fédéral à établir une liste de prestations mais demande à pouvoir à nouveau s'exprimer le moment venu.

Dans la logique de ce qui a été exposé plus haut, l'ASPI s'exprime contre la proposition de la minorité de biffer l'article 33, al. 1^{bis} c.

Une minorité de la Commission souhaite adjoindre à la loi le principe de la liberté de contracter. L'ASPI craint le précédent que constituerait cet ajout.

L'ASPI s'exprime contre l'art. 40a

La Commission craint que le volume des prestations de soins infirmiers n'augmente fortement et souhaite accorder au Conseil Fédéral une possibilité d'y mettre un frein en prévoyant une clause du besoin pour l'admission des infirmiers à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'ASPI ne dispose pas d'une connaissance suffisante du domaine des soins infirmiers pour se déterminer sur ce point.

En conséquence, l'ASPI réserve son avis concernant la modification de l'article 55a


Comme le laisse entendre le rapport de la sous-commission LAMal du CSSS-N, d'autres professions médicales pourraient revendiquer les mêmes exigences que le personnel infirmier. Les physiothérapeutes s'inscrivent également dans une démarche de libération des restrictions à l'accès direct de leurs patients.

Ceci est la conséquence de l'autonomie décisionnelle et thérapeutique requise dans le cadre de la formation en Haute École Spécialisée et de la formation continue.

L'ASPI approuve les dispositions transitoires en souhaitant que les conséquences économiques ne soient pas les seules prises en compte. L'impact sur la charge de travail des soignants et l'attractivité de la profession d'infirmier mérite d'être évaluée. Il nous semble important que les patients, par le biais des organisations qui les représentent, soient eux aussi amenés à exprimer leur avis.

En soumettant l'avant-projet aux milieux intéressés, le président de la Commission souhaitait notamment recevoir des avis sur l'impact financier des modifications envisagées. L'ASPI a entendu cette demande mais ne s'estime pas compétente pour exprimer un avis éclairé à ce sujet.

*ASSOCIATION SUISSE
DES PHYSIOTHERAPEUTES INDEPENDANTS*



*Michel Helfer
Président*

Paudex, le 14 août 2015

Schatzmann Karin BAG

Von: FAMH <com@famh.ch>
Gesendet: Mittwoch, 29. Juli 2015 16:10
An: Schatzmann Karin BAG
Betreff: Pa.Iv.11.418 Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns die Gelegenheit geben, uns zu dieser Vorlage zu äussern. Wir unterstützen grundsätzlich die Zielsetzung des Vorentwurfs. Kompetenzen, ärztlich delegierte Pflegeleistungen und Massnahmen der Abklärung - Pflege sind klar zu definieren. Die Zuständigkeiten müssen klar ersichtlich sein und die Abgeltungen entsprechend zugeordnet werden können.

Mit freundlichen Grüssen
M. Amiet
Generalsekretärin

Generalsekretariat FAMH
Secrétariat général FAMH
Segretariato generale FAMH
Rosenweg 29
CH - 4500 Solothurn
Tel +41 (0) 32 621 85 05
Fax +41 (0) 32 621 85 07
e-mail: info@famh.ch
www.famh.ch

Kommission für soz. Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates

3003 Bern

[wird via Mail eingereicht]

Bern, 6. August 2015

**Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative 11.418
«Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege»**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Parmelin
Sehr geehrte Frau Leutwyler, sehr geehrte Frau Schatzmann
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP ist mit rund 7'000 Mitgliedern der grösste Berufsverband von Psycholog(inn)en und Psychotherapeut(inn)en in der Schweiz. Viele unserer Mitglieder sind im Bereich der Gesundheitsversorgung tätig und schätzen den interdisziplinären Austausch mit den Pflegefachpersonen und deren unabdingbare Leistungen sehr. Eine Neuregelung der Abgeltung ihrer Tätigkeit ist für uns jedoch nicht nur deswegen von Interesse. Vielmehr sind wir auch überzeugt, dass eine direkte Abrechnung einer qualitativ hochstehenden selbständigen Tätigkeit auch Zeichen der Wertschätzung ist und das Ansehen der Berufsgruppe stärken kann. Eine Stärkung, die aus unserer Sicht nicht nur für die Psycholog(inn)en, sondern auch für die Pflege notwendig und sinnvoll ist!

Wir danken Ihnen daher sehr für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Änderungen Stellung nehmen zu können. Erfasst sind dabei auch Rückmeldungen unserer 48 Gliedverbände, die intern konsultiert wurden.

Die FSP begrüsst die Initiative und somit die vorgeschlagenen Änderungen des KVG grundsätzlich. Wir sind überzeugt, dass Personen, die aufgrund einer qualitativ hochstehenden Aus- und Weiterbildung in der Lage sind, pflegende Tätigkeiten selbständig und eigenverantwortlich anzuwenden, diese auch direkt mit der Krankenkasse abrechnen können und können müssen.

Diese konsequente Umsetzung der Eigenverantwortung entspricht einem unserer zentralen Anliegen, nämlich dass die Leistungen der psychologischen Psychotherapeut(inn)en künftig direkt – und nicht nur im System der Delegation, das durch die Einführung des Psychologieberufegesetzes (PsyG) fraglos überholt ist – von der

Grundversicherung abgegolten werden sollen.

Bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs. 1 Bst. c unterstützen wir jeweils den Minderheitsantrag. Auch wenn wir es begrüßen, dass der Entscheid, welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind, grundsätzlich interdisziplinär getroffen wird, so scheint uns für die gesetzliche Regelung sinnvoll, festzulegen, wer diesen Entscheid letztlich trifft und nicht auf einen gemeinsamen Entscheid abzustellen. Aus unserer Sicht ist diese Lösung nicht nur praxistauglicher, sie mindert auch den administrativen Aufwand und vermeidet Unklarheiten in Hinblick auf die Haftung.

Aus unserer Sicht muss auf Gesetzesstufe transparent definiert werden, wer welche Leistungen erbringen darf. So müsste einerseits zwischen Grundpflege und Pflegeleistungen, die eine Diagnose und einen Behandlungsplan erfordern, unterschieden werden. Andererseits müssten auch die beruflichen Qualifikationen der Pflegefachpersonen aufgeführt werden.

Nur auf diese Weise können sowohl hohe Qualität und Patientensicherheit gewährleistet, als auch die Attraktivität und das Ansehen des Pflegeberufes gesteigert werden.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme sowie die Berücksichtigung unserer Überlegungen und stehen Ihnen, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, für allfällige Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Yvik Adler
Co-Präsidentin FSP



Dolores Krapf
Stv. Geschäftsleiterin FSP

Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique du Conseil national

3003 Berne
[transmis par courrier électronique]

Berne, le 6 août 2015

**Prise de position sur l'initiative parlementaire 11.418
«LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant»**

Monsieur le président de la commission
Madame Leutwyler, Madame Schatzmann
Mesdames, Messieurs

Forte de quelque 7000 membres, la Fédération Suisse des Psychologues FSP est la plus importante association professionnelle regroupant des psychologues et des psychothérapeutes en Suisse. Beaucoup de nos membres travaillent dans le domaine des soins et estiment particulièrement les échanges interdisciplinaires avec le personnel soignant, de même que les prestations fournies par ces professionnel-le-s. Aussi, le changement de la réglementation concernant l'indemnisation de leur activité retient-il toute notre attention. Nous sommes par ailleurs aussi convaincus que la facturation directe d'une activité autonome de qualité constitue une marque d'estime permettant de valoriser l'image d'un groupe professionnel. Une valorisation qui, à nos yeux, est utile et nécessaire non seulement pour les psychologues, mais aussi pour les professionnel-le-s du secteur des soins.

Par conséquent, nous vous remercions vivement de nous donner l'occasion de prendre position sur les modifications proposées. La présente prise de position englobe aussi des remarques provenant de nos 48 associations affiliées, consultées à l'interne.

De manière générale, la FSP accueille favorablement l'initiative et les propositions de modifications de la LAMal. Nous sommes persuadés que celles et ceux qui sont en mesure, de par la formation de base et la formation postgrade de qualité qu'ils ont suivies, de fournir des prestations de soins de manière autonome et sous leur propre responsabilité, peuvent aussi et doivent avoir la possibilité de faire rétribuer ces prestations directement par la caisse-maladie.

Cette mise en application consécutive de la responsabilité personnelle représente l'une de nos requêtes principales, à savoir que les prestations des psychothérapeutes

psychologues soient à l'avenir prises en charge directement par l'assurance de base, et non dans le cadre du système de délégation qui n'a incontestablement plus raison d'être depuis l'introduction de la Loi sur les professions de la psychologie (LPsy).

S'agissant des art. 25a, al. 2, et art. 33, al. 1, let. c, nous soutenons dans les deux cas la proposition minoritaire. Bien que nous saluions la volonté de faire que les prestations de soins aigus et de transition nécessaires suite à un séjour hospitalier soient en principe définies dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, il nous semble utile de déterminer, pour la réglementation légale, la personne à qui incombe cette décision et de ne pas se baser sur une décision commune. Nous pensons que cette solution sera mieux réalisable dans la pratique et qu'elle réduira également la charge administrative, tout en évitant un manque de clarté quant à la responsabilité.

Nous considérons qu'il est nécessaire de définir de manière transparente dans les textes de loi quelles personnes sont autorisées à fournir des prestations et la nature de ces dernières. Ainsi, il conviendrait d'établir une distinction entre les soins de base et les prestations de soins nécessitant un diagnostic et un plan thérapeutique. En outre, les qualifications professionnelles du personnel soignant devraient également être précisées.

De cette manière uniquement, il sera possible de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients tout en renforçant l'attrait et l'image de la profession de personnel soignant.

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de formuler cette prise de position et de tenir compte de nos réflexions. Tout en restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions de recevoir, Monsieur le président de la commission, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.



Yvik Adler
Coprésidente de la FSP



Dolores Krapf
Secrétaire générale adjointe de la FSP

Kommission für
soziale Sicherheit
und Gesundheit des
Nationalrats
3003 Bern

Vorab per E-mail an karin.schatzmann@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Liebefeld, 14. August 2015
9902-04 / IB/FV/MM

Stellungnahme pharmaSuisse zur Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren Parlamentarierinnen und Parlamentarier

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zu der obgenannten Revision Stellung nehmen zu können und machen gerne von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Generelle Bemerkungen:

pharmaSuisse fördert die zunehmend notwendige Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Diese bedingt gegenseitige Kenntnisse über die verschiedenen Medizinal- und Gesundheitsberufe, Respekt, klare Kompetenzen und optimale Aufgabenteilung.

Konkret bedeutet es aus Sicht von pharmaSuisse, dass für den grossen Teil der Medizinal- und Gesundheitsberufe:

- ein Teil der Leistungen **unter der Federführung** bzw. Koordination bzw. in Delegation **einer anderen Fachperson** und
- ein Teil der Leistungen **eigenverantwortlich** erbracht werden.

In diesem Sinne unterstützen wir grundsätzlich die Bestrebungen der Pa.Iv. 11.418. Generell soll periodisch neu überprüft werden, ob im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung immer ein ärztliches Rezept und damit eine Arztkonsultation verlangt werden soll für die Kostenübernahme von Leistungen, die ein bestimmter Beruf aus gesundheitspolizeilicher

Sicht eigenverantwortlich erbringen darf. Sofern es keine andere Möglichkeit gibt, um Mengenausweitungen und Kostenzunahmen in Folge von Fehlanreizen zu verhindern, ist die Rezeptpflicht grundsätzlich sinnvoll, sofern diese von der verschreibenden Person nicht zwecks Monopol der Erbringung dieser Leistung missbraucht wird. Die Kosten dieser vermeidbaren Arztkonsultationen durch die Rezeptpflicht müssen auch in Erwägung gezogen werden und **es muss deshalb auch gezielte Ausnahmen von der Rezeptpflicht geben können**, wie eben im Bereich der Pflegeleistungen im **eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegefachpersonen nach kantonalem Recht**.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Wir begrüssen die Einführung einer „Positivliste“ von Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege, die ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können. Ebenso ist es aus unserer Sicht sachgerecht, den Bereich der Behandlungspflege der ärztlichen Kontrolle zu unterstellen.

Zu Art. 25a Abs. 1

Die Trennung der Pflegeleistungen zwischen rezeptpflichtigen nach Buchstabe a) und eigenverantwortlich erbrachten nach Buchstabe b) entspricht der Systematik, die pharmaSuisse unterstützt. Nach dieser Formulierung wird implizit der Bundesrat mit der Aufteilung dieser Leistungen per Verordnungsweg bestimmen müssen und das Gesetz lässt hier einen breiten Interpretationsspielraum. Wir gehen davon aus, dass die Verbände der Medizinal- und Gesundheitsberufe zu den Verordnungsentwürfen ebenfalls angehört werden.

Zu Art 25a Abs. 2

Gemäss Entwurf sollen Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowohl von einem Arzt als auch von einer Pflegefachperson (also **kumulativ**) angeordnet werden müssen, damit die OKP die Kosten übernimmt. Das kann zu Problemen führen. Wie ist vorzugehen, wenn sich die Pflegefachperson und der Arzt nicht einig sind?

Wir empfehlen für die Kostenübernahme die Trennung zwischen denjenigen Pflegeleistungen, die entweder nur auf Anordnung eines Arztes erbracht werden und denjenigen, die im Rahmen der Abklärung des Pflegebedarfs von der Pflegefachperson selbst angeordnet werden können.

Zum Minderheitsantrag

Offenbar wollten die Autoren des Minderheitsantrags den Fehler korrigieren, dass beide Berufe anordnen müssen und schlagen als Lösung vor, dass wie heute nur der Arzt entscheidet. Wir schlagen dagegen eine vernünftige Aufteilung zwischen den Leistungen, die vom Arzt anzuordnen sind und denjenigen, die auf Anordnung der Pflegefachperson durch die OKP übernommen werden, vor (siehe oben Art. 25a Abs. 2).

Zu Art. 33 Abs. 1(bis)

Wie unter Art. 25a Abs. 2 erklärt, betrachten wir eine gemeinsame Verantwortung von Arzt und Pflegefachperson als in der Praxis schwierig umsetzbar, als Ursache eines unnötigen administrativen Aufwands und somit als unwirtschaftlich.

Wir beantragen folglich die Streichung von Buchstabe c) gemäss Minderheit.

Zu Art. 35 Abs. 2 Bst d(bis)

Diese Ergänzung ist logisch und notwendig sobald es Leistungen gibt, die eigenständig zu Lasten der OKP durch Pflegefachpersonen erbracht werden sollen.

Zum Antrag der Minderheit, Schaffung eines Art. 40a(neu)

pharmaSuisse lehnt die Einführung der Vertragsfreiheit generell ab. Dagegen schlagen wir vor, zu prüfen, ob es nicht sinnvoll und konsequent wäre, in einem Art. 40a(neu) festzulegen, unter welchen Bedingungen eine Pflegefachperson als Leistungserbringer anerkannt wird.

Zu Art. 55a

Wir gehen davon aus, dass die Idee eines Zulassungsstopps für Pflegefachpersonen ausschliesslich die freiberuflich tätigen betreffen soll. Zudem erlauben wir uns folgende allgemeine kritische Haltung: Wenn ein Zulassungsstopp geeignet wäre, um die Kantone zu befähigen, eine Mengenausweitung der erbrachten Leistungen zu verhindern und eine flächendeckende Versorgung zu steuern, dann sollte der Zulassungsstopp für sämtliche freiberuflich tätigen Leistungserbringer gelten.

Zu den Übergangsbestimmungen

Aus unserer Sicht ist Art 32 KVV ausgewogen zwischen Prüfung der Qualität, der Wirtschaftlichkeit sowie der Situation und des Verhaltens der Versicherten. Wir beantragen deshalb die ersatzlose **Streichung** des Passus im vorliegenden Gesetzesvorschlag „**insbesondere über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung**“.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Anliegen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

pharmaSuisse- Schweizerischer Apothekerverband



Fabian Vaucher
Präsident



Marcel Mesnil
Generalsekretär

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

22. Juli 2015 / CH

Vernehmlassung Änderung KVG: Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Nationalrat Parmelin, sehr geehrte Damen und Herren

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ bedanken wir uns herzlich.

physioswiss unterstützt das Ziel der Initiative, die Eigenverantwortlichkeit und die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Folgende Aspekte sind dabei zentral:

- Die Verantwortung der Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen soll in Einklang mit deren Kompetenzen gebracht werden. Der Pflegeprozess (Abklärung des Pflegebedarfs und Beratung des Patienten) gehört in den Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen und ist durch diese Leistungserbringer eigenverantwortlich durchzuführen und abzurechnen. Durch die Anerkennung der eigenverantwortlichen Bereiche der Pflege, können Doppelspurigkeiten und Leerläufe vermindert werden. Zudem führt diese Änderung zu einer sinnvollen administrativen Entlastung der Ärzte.
- Im Sinne der Interprofessionalität unterstützen wir ausdrücklich die gemeinsame Verordnung der Übergangspflege.
- In der Pflege wie auch in den übrigen Gesundheitsberufen herrscht Fachkräftemangel. Durch eine sinnvolle gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigt die Attraktivität des Berufes. Diese begünstigt die zukünftige Rekrutierung von Fachkräften.
- Die Zunahme von chronisch kranken Menschen bedarf neuer Versorgungsmodelle und neuer Ansätze.
- Die Ausbildungsgänge der Pflege und anderer Gesundheitsberufe haben sich stark gewandelt. Die Rollen der Gesundheitsberufe wurden damit auch verändert. Sowohl in der Charta der Gesundheitsberufe als auch in der Plattform Interprofessionalität ist diese Bewegung festzustellen und wird laufend diskutiert.

Aus den oben dargelegten Gründen begrüsst physioswiss die vorgeschlagenen Änderungen im KVG klar.

Freundliche Grüsse

physioswiss



Roland Paillex
Präsident



Bernhard Kuster, Dr.
Generalsekretär



labmed
schweiz suisse svizzera

Nationalrat
Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
z.Hd. Frau Karin Schatzmann
3003 Bern

Bern, 14. August 2015

**Stellungnahme labmed zu:
Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“
Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates**

Sehr geehrter Herr Parmelin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege.

Als Mitglied des SVBG können wir uns dessen Stellungnahme vom 14. August 2015 vollumfänglich anschliessen.

Freundliche Grüsse

Präsidentin
labmed schweiz

ChiroSuisse · Sulgenauweg 38 · CH-3007 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsberufe
3003 Bern

Per Email:

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 21. Juli 2015

11.418 Pa.IV. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, uns zu dieser Vorlage zu äussern.

In Anbetracht der demografischen und epidemiologischen Entwicklung und dem damit steigenden Versorgungsbedarf begrüssen wir grundsätzlich die Kompetenzerweiterung der Pflege.

Wir fragen uns allerdings, was „zu definierende“ Pflegeleistungen bedeutet. Wo sind die Schnittstellen, d.h. wo wird die Grenze zu einer notwendigen ärztlichen Anordnung oder zu einem ärztlichen Auftrag gezogen? Welchen Bildungsabschluss müssen die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nachweisen, um neu gewisse Leistungen selbständig und ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen zu können? Wir meinen, Pflegeleistungen bei Krankheit sollen weiterhin aufgrund einer ärztlichen Diagnose und eines ärztlichen Behandlungsplans erfolgen.

Die geschaffenen neuen Bildungsgänge und die damit verbundene Zuweisung von Verantwortung respektive Kompetenzen an die Pflegefachpersonen sind klärungsbedürftig. Ein Gesetz, das sich nicht näher dazu äussert, schafft Unbehagen. Wir zweifeln, ob es richtig ist, dies durch den Bundesrat erst auf Verordnungsebene regeln zu lassen.

Wir sind grundsätzlich gegen eine Aufhebung der Vertragsfreiheit. Deshalb lehnen wir den Minderheitsantrag zu Art. 40a ab.

Es ist schwierig, die Kostenfolge abzuschätzen, wenn viele Parameter unklar sind. Welche Leistungen werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner selbständig und ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen dürfen und in welchem Umfang? Die Frage stellt sich vermutlich nicht so sehr bei den Pflegeleistungen, die in einem Spital ausgeführt und nach Pauschalen abgerechnet werden, sondern bei den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, die selbständig auf eigene Rechnung tätig sind. Bewirkt die erweiterte Verantwortung in der Pflege eine Zunahme an selbständig auf eigene Rechnung tätige Pflegenden? Dies ist nicht auszuschliessen, da die Nachfrage nach Pflege steigen wird.

Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
Swiss Association of Chiropractors

Sulgenauweg 38 · 3007 Bern · Telefon +41 (0)31 371 03 01 · Fax +41 (0)31 372 26 54
mail@chirosuisse.ch · www.chirosuisse.info

Schliesslich ist ein Präjudiz zu vermeiden. Andere Berufsgruppen wie z.B. die Physiotherapeuten könnten bei Annahme der vorgeschlagenen Gesetzesänderung gleiche Rechte fordern. Dies würde dann unweigerlich zu einer Kostenzunahme führen.

Die Übergangsbestimmung unterstützen wir sehr. Es ist sinnvoll, spätestens nach fünf Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung deren Auswirkungen zu evaluieren. Die Auswertung sollte sich allerdings nicht nur auf wirtschaftliche Aspekte konzentrieren.

Wir hoffen, unsere Überlegungen werden berücksichtigt.

Freundliche Grüsse

ChiroSuisse

A handwritten signature in black ink that reads "Priska Haueter". The script is cursive and fluid.

Priska Haueter, lic.phil.hist.
Präsidentin und CEO



Nationalrat
Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Einzureichen elektronisch an:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 14. August 2015

**Stellungnahme des SVDE zu:
Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“
Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates**

Sehr geehrter Herr Parmelin
Sehr geehrte Frau Schatzmann
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu diesem Gesetzesentwurf Stellung zu nehmen.

Allgemeine Bemerkungen

Als Mitgliedverband des SVBG unterstützen auch wir die Stossrichtung der Vorlage und damit die Anliegen des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und –männer SBK entschieden. Innerhalb des SVBG hat der SBK die Inhalte der parlamentarischen Initiative wiederholt im Vorstand und in weiteren internen Gremien mit uns und den anderen Mitgliedverbänden diskutiert.

Wir möchten auf folgenden Sachverhalt aufmerksam machen, der im Bericht unseres Erachtens zu wenig zum Ausdruck kommt.

Die Diplomausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann befähigt die Berufsangehörigen, in zwei Gebieten tätig zu sein:

- **auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet** (in der Terminologie der Krankenpflege-Leistungsverordnung: „Untersuchungen und Behandlungen“). Es handelt sich dabei um Leistungen, die aber aufgrund rechtlich klarer Kriterien von Ärztinnen



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP



und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden dürfen. Federführend ist hier der Arzt/die Ärztin, der Fokus liegt auf der Krankheit, namentlich auf deren Identifizierung (der Diagnose) und der daraus abgeleiteten Behandlung (Therapie);

- **auf dem Gebiet der Pflege im engen und im eigentlichen Sinn** (eigenverantwortlicher Bereich der Pflege). Anders als im ärztlich-delegierten Bereich liegt hier der Fokus auf den Auswirkungen der Krankheit und ihrer Behandlung auf den Alltag und das Leben des Patienten. Pflege besteht hier darin, den Patienten bei der Bewältigung dieser Auswirkungen anzuleiten und zu unterstützen, sei es auf dem Weg zur Genesung, im Hinblick auf ein Leben mit einer chronischen Erkrankung oder im Sterben. Grundlage dafür bildet die Abklärung des Pflegebedarfs. Der Inhalt dieses sog. eigenständigen Bereichs der Pflege entzieht sich der ärztlichen Kompetenz und befindet sich ausserhalb des Bereichs der ärztlichen Kunst.

Diese Unterscheidung zwischen ärztlich-delegiertem und eigenständigem Bereich der Pflege wird in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und –verordnungen explizit oder implizit abgebildet, indem festgehalten wird, dass Pflegefachpersonen

1. für die Massnahmen, die dem ärztlich-delegierten Bereich ihrer Tätigkeit zuzuordnen sind, zwingend eine ärztliche Verordnung benötigen; hingegen,
2. für die Massnahmen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, eigenverantwortlich sind.

Das KVG und dessen Verordnungen hingegen bestimmt, welche Pflegeverrichtungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter welchen Voraussetzungen vergütet werden. Eine zwingende Bedingung für die Vergütung jeder Pflegeleistung bildet das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung. Eine Ausnahme für Pflegeleistungen, die von kantonalem Berufsrecht wegen in Eigenverantwortung erbracht werden dürfen, besteht nicht.

Der Widerspruch besteht also darin, dass die Pflegefachpersonen auf ihrem eigenständigen Gebiet zwar eigenverantwortlich – also ohne ärztliche Verordnung – handeln dürfen, dass ihre Massnahmen aber ausnahmslos nur dann von der OKP übernommen werden, wenn dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Dadurch wird die teilweise Eigenverantwortlichkeit, die den Pflegefachpersonen von der einschlägigen kantonalen Gesetzgebung ohne weiteres zugestanden wird, durch das KVG de facto vereitelt. Das geltende KVG beschneidet damit indirekt bestehende Kompetenzen der Pflegefachpersonen, indem es die Vergütung von Pflegeleistungen an eine sachfremde Bedingung knüpft.

Die Notwendigkeit der Gesetzesrevision ergibt sich aus diesem Widerspruch zwischen dem kantonalen Gesundheitsrecht, das die Kompetenzen der Pflegefachpersonen reglementiert, und dem eidgenössischen Krankenversicherungsrecht, das die Abgeltung der Pflegeleistungen regelt.

Die Initiative und der Vorentwurf in seiner vorliegenden Fassung wollen diesen Widerspruch aufheben. Die bestehenden Kompetenzen der Ärzte/Ärztinnen und der Pflegefachpersonen und Fragen der Haftung bleiben hingegen unangetastet. Für Pflegeleistungen, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zugeordnet sind, hat die Unterschrift des Arztes/der Ärztin auf dem Bedarfsmeldeformular keinerlei haftpflichtrechtliche Auswirkung.



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP



Zu einzelnen Bestimmungen

Art. 25, Abs. 2, Bst. a

Wir begrünnen die neue Formulierung „Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von [...]“. Damit wird eine Unklarheit in der geltenden Fassung eliminiert und klargestellt, dass sich Art. 25 ausschliesslich auf die Pflegeleistungen anlässlich einer stationären (Spital-) Behandlung bezieht; die Pflegeleistungen hingegen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, bilden Gegenstand von Art. 25a Abs. 1.

Die eingefügte Ziff. 2bis ist zentral, der SVDE unterstützt sie vollumfänglich: damit schliesst der Geltungsbereich der Bestimmung neue Leistungen ein, die von Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung erbracht werden (die Leistungen, die sie auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, werden nach wie vor durch die Ziff. 3 erfasst).

Wir begrünnen, dass der erläuternde Bericht bereits die später auf Verordnungsebene vorzunehmende Zuordnung der Pflegeleistungen zum eigenverantwortlichen Bereich einerseits (Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege) und zum ärztlich-delegierten Bereich andererseits (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) vorweg nimmt. Diese Unterteilung ist aus unserer Sicht zentral.

Art. 25 a Abs. 1

Im Gegensatz bzw. in Ergänzung zu Art. 25 regelt Art. 25a die Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant (einschliesslich Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht werden. Der SVDE unterstützt, dass für einen Teil der Pflegeleistungen keine ärztliche Verordnung mehr vorliegen muss.

Art. 25a Abs. 2

In diesem Absatz erscheint uns der Begriff „gemeinsam“ unzutreffend im Zusammenhang mit dem Anordnungsvorgang. Dieser könnte so missverstanden werden, dass die klare Abgrenzung zwischen ärztlich-delegierten Pflegeleistungen einerseits, eigenverantwortlichen Pflegeleistungen andererseits im stationären Bereich und im Bereich der ambulant oder im Heim erbrachten Langzeitpflege bei der Anordnung der Akut- und Übergangspflege aufgehoben würde: dergestalt, dass sämtliche Pflegeleistungen vom ärztlichen und vom Pflegedienst *gemeinsam* angeordnet werden müsste.

Hier muss wie in den vorhergehenden Absätzen sicher gestellt werden, dass die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vom Arzt/von der Ärztin, die Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege hingegen vom Pflegedienst angeordnet werden können.

Eine Minderheit der Kommission beantragt bei der Anordnung der Massnahmen der Akut- und Übergangspflege ein schlichtes Mitspracherecht des Pflegedienstes. Dieser Ansatz ergibt weder von der Systematik, noch von der Logik der ganzen Revision einen Sinn: insbesondere ist nicht nachvollziehbar, warum die gleichen Pflegeleistungen (Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege) im Spital, im Heim und im ambulanten Bereich von den Pflegefachpersonen grundsätzlich in eigener Verantwortung sollen erbracht werden können, im Rahmen der Akut- und Übergangspflege aber weiterhin von einem Arzt



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP



sollen verordnet werden müssen. Dieser müsste zwar die zuständige Pflegefachperson konsultieren; das alleinige Recht, die entsprechenden Massnahmen anzuordnen, stünde aber ihm zu.

Der SVDE lehnt diesen Minderheitsantrag ab.

Art. 33 Abs 1bis litt c

Entsprechend unseren Ausführungen zu Art. 25a Abs. 2 ist litt. c hier ersatzlos zu streichen: ob stationär im Spital, im Heim oder ambulant oder in der Akut- und Übergangspflege: diagnostische und therapeutische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erbracht werden, wohingegen Leistungen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin vergütungspflichtig sind.

Der SVDE unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung, unter der Voraussetzung der ersatzlosen Streichung von litt. c.

Art. 35 Abs. 2 Bst. dbis

Art. 35 Abs. 2 Bst. e („Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen [...]“) bleibt auf die Pflegefachpersonen anwendbar, sofern sie Pflegeleistungen erbringen, die zum ärztlich-delegierten Bereich der Pflege gehören (d.h. diagnostische oder therapeutische Massnahmen, bzw., in der Terminologie der KLV, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung).

Der neue Bst. dbis hingegen nimmt die Pflegefachpersonen explizit als Erbringer jener Pflegeleistungen auf, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zuzuordnen sind.

Der SVDE unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.

Art. 40a

Eine Kommissionsminderheit will die Pflegefachpersonen, soweit sie nicht im ärztlich-delegierten Bereich tätig sind, nicht zu den zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung tätigen, in Art. 35 aufgezählten Leistungserbringern zählen, sondern ihnen einen eigenen Artikel 40a widmen. In diesem Fall würde für sie – als einzige Leistungserbringer – der Kontrahierungszwang nicht gelten. Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht würden, welche die Voraussetzungen des KVG erfüllen, müssten somit nicht mehr bzw. nur bei Bestehen eines Zulassungsvertrages zwischen der Leistungserbringerin und der jeweiligen Krankenkasse vergütet werden. Der SVDE spricht sich klar dagegen aus, auf diesem Weg sozusagen durch die Hintertür den Kontrahierungszwang für einen einzelnen Leistungserbringer abzuschaffen.

Der SVDE lehnt diesen Minderheitsantrag kategorisch ab.



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététiciens-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP



Art. 55a

Diese Bestimmung dehnt den bisher auf Ärzte begrenzten Zulassungsstopp (bzw. deren bedarfsabhängige Zulassung) explizit und umfassend auf Pflegefachpersonen aus, und zwar „unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben“.

Im Hinblick auf eine adäquate Gesundheitsversorgung in der Gegenwart und in der Zukunft gibt jedoch nicht ein Zuviel, sondern ein Zuwenig an Pflege und an Pflegefachpersonen Anlass zu grösster Sorge. Die epidemiologischen und demographischen Daten sind hinlänglich bekannt und müssen hier nicht wiederholt werden: es genügt, daran zu erinnern, dass in absehbarer Zukunft ein akuter Versorgungsnotstand droht. Die Politik bemüht sich auf den verschiedensten Ebenen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen, damit mehr Jugendliche sich für ihn entscheiden und mehr Berufsangehörige länger darin verbleiben. In diesem Kontext erscheint die einem Zulassungsstopp zugrunde liegende Vorstellung eines Angebotsüberschusses abwegig.

Der SVDE lehnt diese Bestimmung entschieden ab.

Übergangsbestimmung

Einer Auswertung der vorliegenden Gesetzesanpassung steht aus unserer Sicht nichts im Wege. Allerdings soll die Wirkungsanalyse nicht einseitig auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die Pflege fokussieren, sondern mindestens auch den vorhin erwähnten Wandel in der Versorgungslandschaft berücksichtigt („ambulant vor stationär“). Entsprechend einem weiteren Hauptziel der Initiative wäre auch der Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufes in die Auswertung einzubeziehen.

Der SVDE unterstützt die Übergangsbestimmung unter dem Vorbehalt, dass die Auswertung die erwähnten Punkte mit aufnimmt.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen

Gabi Fontana
Präsidentin SVDE

In eigener Sache

Der Schweizerische Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) vereint diejenigen Ernährungsberater/innen, die gemäss der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 46 und 50a) befugt sind, Leistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 9b) zu erbringen. Mit seinen mehr als 1000 Mitgliedern repräsentiert der SVDE über 80% der gesetzlich anerkannten Ernährungsberater/innen. Der SVDE ist seit seiner Gründung im Jahr 1942 ein unabhängiger Berufsverband innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens, politisch neutral und orientiert sich an einer vernetzten und wissenschaftlich fundierten Sichtweise der Ernährungsberatung und an international und national anerkannten Ernährungsempfehlungen.

Ittigen, 20. Juli 2015

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
 Abteilung Versicherungsaufsicht
 Hessesstrasse 27E
 3003 Bern

AmiL	GP	AKV	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
AP	21. Juli 2015					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O						I + S

**Stellungnahme des SSR zur Pa.Iv. 11.418
 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Schweizerische Seniorenrat (SSR) dankt dem Bundesrat für die Einladung zur Vernehmlassung. Gerne nehmen wir zu dieser wichtigen und zukunftsweisen Gesetzes-änderung Stellung.

Grundsätzliche Überlegungen

Es ist unbestritten, dass die pflegerische Versorgung älterer Menschen aus demografischen Gründen vor grossen Herausforderungen steht. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ermöglicht es den diplomierten Pflegefachpersonen in ihrem Kerngeschäft der Pflege autonom und in eigener Verantwortung tätig zu sein. Damit wird nicht nur der Weg zu zukunftsweisen neuen Versorgungsmodellen geebnet, sondern auch dem hohen Ausbildungsstand und der grossen Verantwortung der diplomierten Pflegenden Rechnung getragen. Wir sind überzeugt, dass damit auch der Pflegeberuf gestärkt und attraktiver wird. Damit leistet diese Gesetzesänderung einen wichtigen Beitrag zur Lösung des akuten Pflegepersonal-mangel. Gerade im Bereich der ambulanten Pflege und in den Pflegeheimen stehen pflegerischen Leistungen im Zentrum und es sind die Pflegenden welche in ihrem Alltag die zentralen Ansprech- und Vertrauenspersonen für Patienten und Angehörige sind. Mit der vorgesehenen Gesetzesänderung erhalten sie somit die Möglichkeit die für die Patienten und Heimbewohner erforderlichen Pflegemassnahmen einzuleiten ohne, dass es dazu noch eine ärztliche Konsultation braucht.

**Stellungnahme zu einzelnen Artikeln
 Art. 25a Abs. 2**

Bei der sog. Akut- und Übergangspflege handelt es sich um Pflegeleistungen, die zwar ambulant, aber, weil sie im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht werden, nach den Regeln der Spitalfinanzierung (also pauschal) vergütet werden. Es ist für uns jedoch nicht nachvollziehbar, dass in diesem Bereich der Pflege die vorgesehene Änderung eingeschränkt werden soll indem die Anordnung gemeinsam mit einem Arzt zu erfolgen hat. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass gerade Spitalärzte den Pflegebedarf zu Hause

nur bedingt einschätzen können und der Begriff „gemeinsam“ im Zusammenhang mit dem Anordnungsvorgang ist daher aus unserer Sicht nicht sachlogisch. Vielmehr muss diese Bestimmung kompetenzgerecht formuliert werden und sicherstellen, dass die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vom Arzt/von der Ärztin, die Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege vom Pflegedienst angeordnet werden. Damit können mögliche Kompetenz-überschreitungen ausgeschlossen werden und es wäre damit klar, dass sich eine gemeinsame Anordnung erübrigt, wo ausschliesslich die eine oder die andere Art von Massnahmen indiziert ist. Wir unterstützen deshalb den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass aus der Formulierung ersichtlich sein soll, dass Arzt/Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig sind.

Art. 40a

Eine Kommissionsminderheit verlangt, dass die Pflegefachpersonen, soweit sie nicht im ärztlich-delegierten Bereich tätig sind, nicht zu den in Art. 35 aufgezählten Leistungserbringern zählen, sondern ihnen einem eigenen Artikel 40a zu regeln sind. Damit wird versucht den bestehenden Kontrahierungszwang aufzuweichen. Wir lehnen diese Einschränkung klar ab, denn es kann nicht sein, dass der Kontrahierungszwang ausgerechnet für die Pflegenden aufgehoben werden soll. Dieses Ansinnen ist umso unverständlicher, berücksichtigt man den zu erwartenden steigenden Pflegebedarf im Gegensatz zum wachsenden Pflegenotstand. Die Zulassung für diplomierte Pflegefachpersonen als Leistungserbringer ist bereits heute klar geregelt und es ist unabdingbar, dass alle Pflegefachpersonen welche die Voraussetzungen des KVG erfüllen und über die Zulassung der Kantone verfügen auch als Leistungserbringer anerkannt werden müssen. Der SSR lehnt daher den Minderheitsantrag klar ab.

Art.55

Mit dieser Bestimmung soll der bisher auf Ärzte begrenzte Zulassungsstopp explizit und umfassend auf Pflegefachpersonen ausgedehnt werden, und zwar „unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben“. Bekanntlich wollte der Gesetzgeber mit der Massnahme des Zulassungsstopps für die Ärzteschaft ein Angebotsüberschuss im Bereich der Spezialärzte steuern. Den Schluss zu ziehen, dass diese Gesetzesänderung zu einem Angebotsüberschuss an Pflegeleistungen in der ambulanten Pflege führen könnte erachten wir als unwahrscheinlich. Wie wir bereits eingangs erwähnt haben, begründet sich der steigende Pflegebedarf in der demografischen Entwicklung und in der Tatsache, dass die Pflege der Zukunft sich progressiv vom Spital in den ambulanten Bereich und ins Pflegeheim verlagern wird. Es ist für uns nicht nachvollziehbar warum eine solche Bestimmung in Zeiten des Pflegenotstandes und des steigenden Pflegebedarfes der Bevölkerung überhaupt in Erwägung gezogen wird und wir lehnen diese Änderung klar ab.

Wir danken Ihnen, wenn Sie unsere Anliegen aufnehmen.

Mit freundlichen Grüssen



Karl Vögeli
SSR-Copräsident



Michel Pillonel
SSR-Copräsident

An:
Schweizerischer Nationalrat
Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
CH-3003 Bern

Zürich, 14. August 2015

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Vernehmlassungsantwort Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne antworten wir zur Vernehmlassung zum oben bezeichneten Geschäft. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir bestens.

Die Kalaidos Fachhochschule Schweiz ist als vom Bund akkreditierte Fachhochschule im Departement Gesundheit in der Aus- und Weiterbildung v.a. von Pflegefachpersonen tätig. Unsere Studierenden arbeiten in allen für die Pa.Iv. 11.418 massgeblichen Versorgungssettings: Spitex, Pflegezentren (inkl. Akut- und Übergangspflege), in Spitälern und Psychiatrischen Kliniken sowie deren Ambulatorien. In Bezug auf die Pa.Iv. fördern wir vor allem die beruflichen Kompetenzen in der klinischen Einschätzung, Beratung, Anleitung und Koordination. Diese Fachinhalte sind für die vorgeschlagene Gesetzesrevision, bzw. für die professionelle Ausübung in den eigenverantwortlichen Gesetzesbereichen besonders relevant. Die gesetzliche Anerkennung dieser Verantwortung der Pflege und entsprechend die eigenständige Abrechnung ist deshalb für unsere Studierenden sowie die Fachhochschulen generell von grosser Bedeutung.

Unsere Stellungnahme basiert auf verschiedenen Diskussionen im Lehrkörper, mit Studierenden sowie mit unseren Praxispartnern. Für die Vernehmlassungsantwort setzen wir basierend auf den Ergebnissen folgende Prioritäten:

- Wir begrüssen und unterstützen, dass die Berufsausübung gesetzlich so geregelt wird, wie sie sich in der Praxis längst etabliert hat, dass nämlich Pflegefachpersonen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung) in den Leistungsbereichen „Abklärung/Beratung/Koordination“ und „Grundpflege“ eigenverantwortlich handeln. Entsprechend sollen sie dies auch eigenständig abrechnen können. Ein konkretes Beispiel dazu aus der Spitex-Praxis: Eine Angehörige einer Einwohnerin oder eines Einwohners einer Gemeinde ruft die örtliche Spitex an, weil die Inkontinenzprobleme eines Familienangehörigen rasch zunehmen. Eine diplomierte Pflegefachperson klärt als erstes den Bedarf ab und übernimmt gleichzeitig beim Erstbesuch anstehende Aufgaben, wie etwa die Anleitung zur Nutzung von Inkontinenzmaterialien oder die Information zur besseren Handhabung von Harntreibenden Medikamenten. Erst nachträglich holt sie zeitnah zwecks Abrechnung dieser Leistungen die bis dato nötige Verordnung bei der zuständigen Hausarztpraxis ein und bespricht auch das weitere Prozedere. Den administrativ unnötigen Aufwand für alle Beteiligten in Bezug auf die Verordnung – Arztpraxis, Spitex, Pflegeheim, freiberuflich tätige Pflegefachpersonen, Sachbearbeitung Krankenversicherung – will die Pa.Iv. zu Recht abschaffen.
- Die Frage der Mengenausweitung aufgrund der eigenständigen Abrechnung von Leistungen ist sachlich nicht begründet, da Krankenversicherer bereits heute ein Mengendach von i.d.R. 60 Std. Spitex-Leistungen pro Quartal festlegen. Bei einer bedarfsgerechten höheren Anzahl Stunden erläutern, bzw. argumentieren Pflegefachpersonen ihre Leistungen basierend auf dem Pflegeprozess – unabhängig von einer ärztlichen Verordnung.

- Die Attraktivität der Berufsausübung in der häuslichen und ambulanten Pflege – präziser: am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ – kann nicht genügend betont werden, denn hier ist unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sowie gemäss dem Wunsch der Schweizer Bevölkerung, zuhause zu leben und bis zum Tod zu verbleiben, ein gesundheits- und finanzpolitisch beabsichtigter Wachstumsschub vorhersehbar. Deshalb sollten just hier keine administrativen Hürden bestehen bleiben, die eine freiberufliche Berufsausübung oder die Prozesse in Spitex-Organisationen und Pflegeheimen erschweren und verteuern. Für administrativen Mehraufwand der gemeinnützigen Spitex-Organisationen haben letztlich die Gemeinden im Rahmen ihrer Leistungsvereinbarung die Kosten zu tragen. Zudem: Müsste diese Bevölkerungsgruppe jeweils stationär abgeklärt und behandelt werden, sind noch viel höhere Kosten zu erwarten.

Zu den einzelnen Gesetzesartikeln hat der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI) ausführlich Stellung bezogen. Wir schliessen uns dieser Beurteilung an.

Wir bitten Sie, unsere Vernehmlassungsantwort zu berücksichtigen. Gerne stehen wir für allfällige Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Iren Bischofberger, Prof. Dr.
Prorektorin
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch



Ursina Baumgartner, Prof.
Rektorin
ursina.baumgartner@kalaidos-fh.ch

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

CH-3001 Bern · Sellerstrasse 4 · Postfach 7836 · Tel. 031 382 10 10 · Fax 031 382 10 16
Internet: <http://www.sab.ch> E-mail: info@sab.ch Postkonto: 50 - 6480-3



Bern, 9. Juli 2015
TE / H344

Sekretariat der
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste

3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

(avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa.lv. 11.418)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 23 Kantone, rund 700 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1.

Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können.

Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.

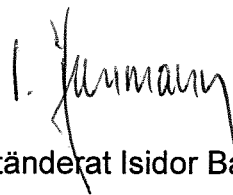
Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

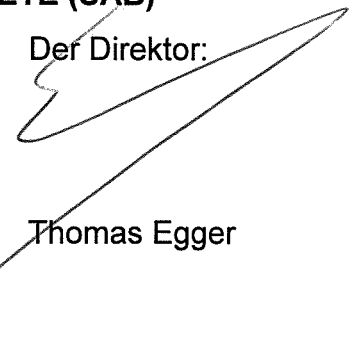
**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:



Ständerat Isidor Baumann

Der Direktor:



Thomas Egger

Résumé

Le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) soutient le projet visant à accorder davantage d'autonomie au personnel soignant. Ce projet permet notamment de faire face au vieillissement de la population et contribue à maintenir des prestations médicales au sein des régions de montagne et des espaces ruraux. Cependant, le SAB s'oppose à l'idée d'introduire des contingents pour le personnel soignant au niveau fédéral (Art. 55a, al. 1).

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

CH-3001 Bern · Sellerstrasse 4 · Postfach 7836 · Tel. 031 382 10 10 · Fax 031 382 10 16
Internet: <http://www.sab.ch> E-mail: info@sab.ch Postkonto: 50 - 6480-3



Bern, 9. Juli 2015
TE / H344

Sekretariat der
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste

3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

(avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa.lv. 11.418)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 23 Kantone, rund 700 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1.

Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können.

Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.

Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:



Ständerat Isidor Baumann

Der Direktor:



Thomas Egger

Résumé

Le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) soutient le projet visant à accorder davantage d'autonomie au personnel soignant. Ce projet permet notamment de faire face au vieillissement de la population et contribue à maintenir des prestations médicales au sein des régions de montagne et des espaces ruraux. Cependant, le SAB s'oppose à l'idée d'introduire des contingents pour le personnel soignant au niveau fédéral (Art. 55a, al. 1).

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

CH-3001 Bern · Seilerstrasse 4 · Postfach 7836 · Tel. 031 382 10 10 · Fax 031 382 10 16
Internet: <http://www.sab.ch> E-mail: info@sab.ch Postkonto: 50 - 6480-3



Bern, 9. Juli 2015
TE / H344

Sekretariat der
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste

3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

(avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa.lv. 11.418)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 23 Kantone, rund 700 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1.

Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können.

Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.

Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

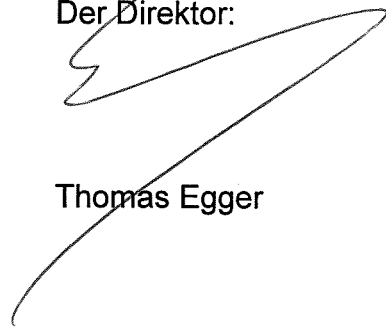
**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:



Ständerat Isidor Baumann

Der Direktor:



Thomas Egger

Résumé

Le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) soutient le projet visant à accorder davantage d'autonomie au personnel soignant. Ce projet permet notamment de faire face au vieillissement de la population et contribue à maintenir des prestations médicales au sein des régions de montagne et des espaces ruraux. Cependant, le SAB s'oppose à l'idée d'introduire des contingents pour le personnel soignant au niveau fédéral (Art. 55a, al. 1).

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

CH-3001 Bern · Sellerstrasse 4 · Postfach 7836 · Tel. 031 382 10 10 · Fax 031 382 10 16
Internet: <http://www.sab.ch> E-mail: info@sab.ch Postkonto: 50 - 6480-3



Bern, 9. Juli 2015
TE / H344

Sekretariat der
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste

3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

(avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa.lv. 11.418)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 23 Kantone, rund 700 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1.

Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können.

Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.

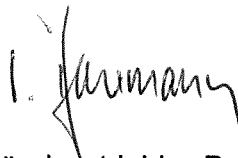
Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

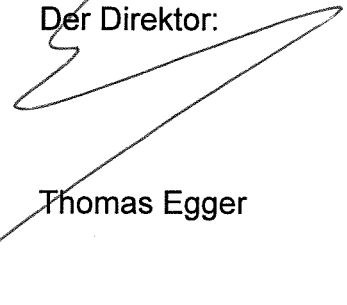
**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:



Ständerat Isidor Baumann

Der Direktor:



Thomas Egger

Résumé

Le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) soutient le projet visant à accorder davantage d'autonomie au personnel soignant. Ce projet permet notamment de faire face au vieillissement de la population et contribue à maintenir des prestations médicales au sein des régions de montagne et des espaces ruraux. Cependant, le SAB s'oppose à l'idée d'introduire des contingents pour le personnel soignant au niveau fédéral (Art. 55a, al. 1).

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

CH-3001 Bern · Sellerstrasse 4 · Postfach 7836 · Tel. 031 382 10 10 · Fax 031 382 10 16
Internet: <http://www.sab.ch> E-mail: info@sab.ch Postkonto: 50 - 6480-3



Bern, 9. Juli 2015
TE / H344

Sekretariat der
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste

3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

(avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Pa.lv. 11.418)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 23 Kantone, rund 700 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1.

Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können.

Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.

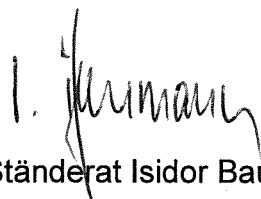
Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:



Ständerat Isidor Baumann

Der Direktor:



Thomas Egger

Résumé

Le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) soutient le projet visant à accorder davantage d'autonomie au personnel soignant. Ce projet permet notamment de faire face au vieillissement de la population et contribue à maintenir des prestations médicales au sein des régions de montagne et des espaces ruraux. Cependant, le SAB s'oppose à l'idée d'introduire des contingents pour le personnel soignant au niveau fédéral (Art. 55a, al. 1).