



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Herbstsession 2018 • Achte Sitzung • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710
Conseil national • Session d'automne 2018 • Huitième séance • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710



18.3710

Motion SGK-NR.

Migel-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen

Motion CSSS-CN.

Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.09.18

Humbel Ruth (C, AG), für die Kommission: Mit der Motion "Migel-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen" wird der Bundesrat beauftragt, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungserbringer für Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes die in der Liste der Mittel und Gegenstände (Migel) aufgeführten Produkte sowohl für die Selbstanwendung der versicherten Person als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können.

Zur Begründung: Das Bundesverwaltungsgericht hat in Urteilen vom 1. September und 7. November 2017 festgehalten, dass gemäss geltendem Recht für die Abgabe von Produkten der Mittel- und Gegenständeliste zwei unterschiedliche Fallkonstellationen zu unterscheiden sind:

1. Bei einer selbstständigen Anwendung durch die Patientinnen und Patienten leisten die Krankenversicherer eine Vergütung gemäss Michel.

2. Bei einer Anwendung durch eine Pflegefachperson in der ambulanten oder stationären Pflege sind die Kosten Teil der Gesamtpflegekosten, an welche die OKP nur den fixen Beitrag leistet, der in Artikel 7a der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt ist.

Die bis dahin praktizierte zusätzliche Vergütung der Michel-Produkte durch die Krankenversicherer ist deshalb widerrechtlich. Gewisse Krankenversicherer fordern die in den letzten Jahren geleisteten Vergütungen zurück. In der Folge müssen die Restkostenfinanzierer, das heisst die Kantone und/oder die Gemeinden, gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG die Kosten übernehmen. Tun sie es nicht, bringt das Heime und Spitex in finanzielle Schwierigkeiten.

Im Pflegealltag hat dieses Urteil problematische Folgen. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege werden Mittel und Gegenstände zum Teil abwechselnd durch eine versicherte Person, also durch eine Patientin oder einen Patienten, und eine Pflegefachperson angewendet, oft auch durch die versicherte Person nach einer kürzeren oder längeren Einführungsphase durch die Pflegefachperson. Gestützt auf das Gerichtsurteil müssen nun die Mittel und Gegenstände im einen Fall die Krankenversicherer, im anderen Fall die Restkostenfinanzierer, also Kantone oder Gemeinden, bezahlen. Dies führt zu kaum lösbarren Abgrenzungsproblemen, zu einem grossen und unnötigen administrativen Aufwand und zu mehr Bürokratie.

Der Entscheid mag streng juristisch korrekt sein, praxistauglich ist er indes nicht, wie folgendes Beispiel aus der Spitex veranschaulicht: Das Material für eine komplexe Wundbehandlung kostet 423 Franken, der Behandlungsaufwand der Pflegefachperson in einem Monat beträgt sieben Stunden. Dafür bezahlt die Krankenversicherung gemäss Leistungsverordnung sieben mal Fr. 65.40, also Fr. 457.80. Sollten darin nun auch die Kosten von 423 Franken für das komplexe Wundmaterial inbegriffen sein, bleiben für die sieben Stunden Arbeit noch Fr. 34.80 übrig, das heisst rund fünf Franken für eine Stunde. Natürlich kommt die Restkostenfinanzierung der Kantone und der Gemeinden dazu, aber dass dieses komplexe Pflegematerial im Stundenansatz inbegriffen sein soll, ist in diesem Fall einfach nicht logisch. Der Materialbedarf ist je nach Situation der Patienten sehr unterschiedlich.

Wenn ich mich an die Debatte über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in diesem Saal zurückerinnere, stelle ich fest, dass wir damals davon ausgegangen sind, dass mit den bundesrätlichen festgelegten Beiträgen,



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Herbstsession 2018 • Achte Sitzung • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710
Conseil national • Session d'automne 2018 • Huitième séance • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710



welche seit 2011 unverändert sind, die Leistungen der Pflege im engen Bereich, also der Zeitaufwand ohne Materialkosten, abgedeckt sind.

Damit die frühere, in der Praxis bewährte Vergütung durch die OKP weiterhin möglich bleibt und rechtskonform wird, braucht es eine Anpassung des geltenden Rechts. Logisch ist eine Rückkehr zur Regelung vor der neuen Pflegefinanzierung: Damals konnten die Migel-Produkte einzeln oder pauschaliert den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden. Die Leistungserbringer in der Pflege müssen daher wieder als Abgabestelle für Migel-Produkte zugelassen werden, damit sie sowohl für die Selbstanwendung als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson die Migel-Produkte in Rechnung stellen können. Eine pauschale Abrechnung für bestimmte Migel-Gruppen muss wieder möglich werden, damit Anreize zu einem günstigen Einkauf bestehen. Der Handlungsbedarf ist dringend. Die SGK hat die Motion einstimmig angenommen, und ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zu folgen.

Clottu Raymond (V, NE), pour la commission: Réunie les 5 et 6 juillet derniers, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a décidé, à l'unanimité, de déposer la présente motion, qui charge le Conseil fédéral de mettre en place les conditions légales permettant aux prestataires de soins de facturer les produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA), qu'ils soient utilisés par les patients eux-mêmes ou par le personnel soignant.

En fait, nous estimons qu'il est nécessaire et urgent de trouver une solution à la situation floue, voire chaotique, qui règne dans les soins depuis le jugement du Tribunal administratif fédéral sur la prise en charge des coûts des moyens et appareils énumérés dans la LiMA. Au moment de l'introduction du nouveau financement des soins, les coûts de la LiMA n'ont pas été intégrés au calcul des contributions pour les soins fournis en application de l'assurance obligatoire des soins. C'est la raison pour laquelle les assureurs ont maintenu les remboursements de la LiMA jusqu'au jugement du Tribunal administratif fédéral, qui considère cela comme incorrect.

Permettez-moi de citer quelques exemples pratiques. La situation des EMS est rendue difficile. Des négociations sont en cours dans dix cantons. Des financements ont été mis en oeuvre en faisant office de solutions de remboursement à compter du 1er janvier dernier pour prendre ainsi en charge les coûts de la LiMA comme faisant partie des coûts des soins. Par contre, certains cantons refusent de chercher des solutions et de payer. La situation est presque identique concernant l'aide et les soins à domicile, ainsi que pour le personnel soignant indépendant. Dans le cadre des soins incombant à la LAMal, dans l'aide ou les soins à domicile, aucune distinction n'est faite entre l'utilisation des moyens et appareils par l'assuré ou par le personnel soignant. Les fournisseurs de prestations font office de centre de remise dans les deux cas.

En clair, il nous apparaît que le droit en vigueur n'est pas en adéquation avec la pratique. Il faut donc l'adapter. Par

AB 2018 N 1450 / BO 2018 N 1450

cette motion, nous chargeons le Conseil fédéral de créer les conditions juridiques nécessaires pour que les prestataires de soins visés à l'article 25a LAMal puissent prendre en compte les produits figurant sur la liste des moyens et appareils lorsqu'ils sont utilisés tant par la personne assurée elle-même que par le personnel soignant.

Enfin, nous ne sommes pas de l'avis du Conseil fédéral, qui a proposé, le 29 août dernier, de rejeter la motion. Selon lui, prise dans sa globalité, la motion conduirait à une augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Nous estimons, au contraire, qu'en la matière un cadre clair permettra de garantir une concurrence des prix par une fixation des prix dans le cadre de la négociation obligatoire entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations, par une adoption des forfaits comme solution standard, dans la limite du raisonnable, et enfin par une fixation de prix maximaux par le Département fédéral de l'intérieur, qui, je tiens à le rappeler, fixe les montants maximaux pour le remboursement des moyens et appareils.

En conclusion, la commission vous invite, à l'unanimité, à adopter la motion pour permettre un remboursement adapté au processus de soins actuel dans notre pays.

Berset Alain, président de la Confédération: La motion vise, par une modification du cadre juridique actuel, à donner aux fournisseurs de prestations – on pense notamment aux établissements médico-sociaux – la possibilité de facturer des produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA), aussi bien lorsqu'ils sont utilisés par le patient lui-même, ce qui est conforme, que lorsqu'ils sont utilisés par le personnel soignant. Tout d'abord, du point de vue de la jurisprudence, je souhaite rappeler qu'un récent arrêt du Tribunal administratif fédéral – qui a confirmé d'ailleurs la position du Conseil fédéral à ce sujet – prévoit que le matériel



AMTLLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Herbstsession 2018 • Achte Sitzung • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710
Conseil national • Session d'automne 2018 • Huitième séance • 19.09.18 • 08h00 • 18.3710



de soins utilisé par le personnel soignant fait partie intégrante des prestations de soins. Cela signifie que ce matériel ne peut pas faire l'objet d'une rémunération séparée, mais doit être pris en charge par les trois agents payeurs, conformément aux règles du nouveau régime de financement des soins.

S'il y a eu besoin de le clarifier par une décision du tribunal, c'est parce que, si l'on se réfère aux débats qui avaient eu lieu à l'époque, il n'y avait pas eu de décision claire et définitive à ce sujet. En fait, le sujet n'a pas été débattu aussi clairement que cela. C'est la raison pour laquelle il a fallu une décision du Tribunal administratif fédéral pour trancher cette question; il a suivi en cela la même position que celle du Conseil fédéral.

La motion nous paraît aujourd'hui inappropriée pour les raisons suivantes.

Le premier point, c'est que les montants maximaux de remboursement fixés dans la LiMA se fondent sur une distribution à des particuliers. Donc, ces montants maximaux ne sont pas économiques dans le cas d'achats en gros, parce que si c'est un particulier qui achète ce n'est pas le même prix que si c'est un établissement médico-social qui achète. On peut craindre que la modification proposée par la motion conduise ainsi à une charge accrue dans l'assurance obligatoire des soins.

Le deuxième point, c'est que différents types de matériel utilisé dans les soins ne figurent pas sur la LiMA. Cela signifie concrètement qu'il y aurait d'éventuelles lacunes de financement, et cette solution pourrait aussi conduire à une insuffisance au niveau des soins pour certains patients, en l'occurrence provoquer une sélection des patients.

Et enfin – troisième point –, comme il s'agit d'une facturation à la prestation, le risque existe, dans un tel système, que les quantités augmentent. Et donc, on peut tourner ce sujet dans tous les sens, la motion ne va pas conduire à une diminution des coûts dans le domaine de la santé, mais plutôt à un maintien, voire à une augmentation de ceux-ci.

La question de la prise en compte des coûts du matériel de soins fait débat depuis longtemps déjà. D'ailleurs, avant que le Tribunal administratif fédéral arrête sa décision, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avait déjà invité, à plusieurs reprises, mais sans succès, les acteurs concernés à une réunion, dont l'objectif avait été de parvenir à la transparence nécessaire dans ce domaine, notamment sous l'angle des coûts effectifs et des pratiques de facturation, parce que la transparence constitue ou devrait constituer une condition préalable à la recherche d'une solution durable.

Une nouvelle rencontre a été organisée par l'OFSP. Elle a lieu aujourd'hui. Il incombe maintenant aux assureurs, aux fournisseurs de prestations et aux cantons de contribuer activement à atteindre cet objectif. Le Conseil fédéral souhaite vraiment qu'on fasse la lumière dans ce dossier. Il souhaite pouvoir régler le passé de la manière la plus simple et la plus sobre possible. Il souhaite faire en sorte que l'insécurité juridique – en fait, il n'y a pas d'insécurité juridique puisque le Tribunal administratif fédéral a tranché – soit éliminée et que la situation actuelle, jugée insatisfaisante, fasse l'objet d'un débat. Il souhaite que l'on puisse trouver rapidement une solution pour l'avenir.

Il ne pense pas que cela peut se faire au moyen de la présente motion. Vous avez pris connaissance de l'avis du Conseil fédéral, et il vous invite, par cette argumentation, à rejeter la motion. Nul doute que cette question nous occupera encore durant les semaines et les mois à venir.

Müller Thomas (V, SG): Herr Bundesrat, gehen Sie mit mir einig, dass das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes keine juristische Sternstunde war und dass das Urteil im Ergebnis im Gesundheitswesen keinen einzigen Franken spart, sondern nur Kosten von den Krankenversicherern zu den Städten und Gemeinden als Restfinanzierer verlagert?

Berset Alain, président de la Confédération: Merci pour votre remarque, Monsieur Thomas Müller. Vous me permettrez, au nom de la séparation des pouvoirs et du respect de nos institutions, de ne pas commenter une décision du Tribunal administratif fédéral.

Le président (de Buman Dominique, président): Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 18.3710/17514)

Für Annahme der Motion ... 168 Stimmen

Dagegen ... 1 Stimme

(0 Enthaltungen)