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

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

Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter
Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers
Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche
Swiss Nurse Directors Association

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. 1bis	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 sowie Abs. 2 und 4	Abs. 1 Bst. c und d	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.

Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter
Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers
Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche
Swiss Nurse Directors Association

senesuisse
Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse

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.

Kapellenstrasse 14 Postfach CH 3001 Bern
Telefon 058 796 99 –19 Fax –03 info@senesuisse.ch www.senesuisse.ch

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 unterstützten 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. 1bis 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 *senesuisse* 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 ***senesuisse*** die Aufnahme der Pflegefachpersonen als abrechnungsberechtigte Leistungserbringer. Dies entspricht weitgehend der heute schon gelebten alltäglichen Pflegetätigkeit 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 *senesuisse* 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 ***senesuisse*** 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 *senesuisse* lehnt den Minderheitsvorschlag klar ab.

Art. 55a KVG

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

C Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Aus Sicht von ***senesuisse*** 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.
- ***senesuisse*** 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 ***senesuisse*** 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 ***senesuisse*** 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_pflege\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

Geschäftsstelle
Secrétariat central
Segretariato centrale

SBK
ASI

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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 Diplomausbildung 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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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 Pflegemassnahmen 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. 1bis

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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, anderseits (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 Bachelortitel 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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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 Buchstabe3 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.

SBK, 02.06.2015

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 (FAGE) 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. 1bis

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

KPP – Konferenz Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren
Psychiatrischer Institutionen der Schweiz

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.

Harald Müller, Präsident KPP
KPP Sekretariat
c/o Sanatorium Kilchberg AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70, CH- 8802 Kilchberg
Telefon +41 44 716 42 42, Mail h.mueller@sanatorium-kilchberg.ch

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 vom15. 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.

Harald Müller, Präsident KPP
KPP Sekretariat
c/o Sanatorium Kilchberg AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70, CH- 8802 Kilchberg
Telefon +41 44 716 42 42, Mail h.mueller@sanatorium-kilchberg.ch

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

Harald Müller, Präsident KPP
KPP Sekretariat
c/o Sanatorium Kilchberg AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70, CH- 8802 Kilchberg
Telefon +41 44 716 42 42, Mail h.mueller@sanatorium-kilchberg.ch

apis

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 Anliegens.

Mit freundlichen Grüssen

Monika Layer
Präsidentin

Verein Anthroposophische Pflege in der Schweiz • Zentrum für Integrative Medizin Kantonsspital St.Gallen • 9007 St.Gallen
Tel. +41 (0)79 528 58 57 • info@apis-saes.ch • www.apis-saes.ch

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

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 Forschungsresultaten 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

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

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.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

Pflegefachmänner eigenständig durchgeführt. Diese erwähnten 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 dazugehörenden 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.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

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.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

§ 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 Analyseergebnissen 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.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

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 eintrifft 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.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

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.Iv. 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

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

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

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Geschäftsführung
Zentrum Schönberg
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern

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 weiter 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. 1bis
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.

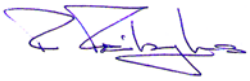
Art. 55a
Der VAPP spricht sich entschlossen gegen diese Bestimmung aus.

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	Kassier
	
Udo Finklenburg	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.

CH
IGWS Interessegruppe Wundspezialistinnen
GISP Groupe d'interesse des specialists en soins des plaies
GICF Gruppo di specialisti di infirmieri per la cura della ferita

SBK ... die Stimme der Pflege!
ASI

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 verfügen.

Freundliche Grüsse im Name der Vorstand

Monika Sutter
Präsident CH-IGWS

Monika13@gmx.ch

CH
IGWS GISP GICF
Interessegruppe Wundspezialistinnen
Groupe d'interesse des specialists en soins des plaies
Gruppo di specialisti di infirmieri per la cura della ferita

SBK ASI … die Stimme der Pflege!

Stellungnahme der CH-IG Wundspezialisten zu einzeln 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 Massnamen der Untersuchung und Behandlung. Eine Kompressionstherapie erfordert immer eine ärztliche Verordnung.

Andrerseits sind die Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zum diplomierten Wundexpertern/zertifizierten Wundmanager soweit ausgebildete, dass sie die Wundreinigungsprodukte und die Wundauflagen 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	Vorbehaltslose Zustimmung
Art. 25 Abs. 1	Vorbehaltslose 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. 1bis	Zustimmung für a und b, c ist ersatzlos zu streichen
Art. 35 Abs.2 Bst. d^{bis}	Vorbehaltslose 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. Pflegende 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 über-nehmen 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 „2bis 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. 1bis
Wir unterstützen grundsätzlich den Inhalt des Absatzes 1bis, 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;“

Association Spitex privée Suisse ASPS | Uferweg 15 | 3000 Bern 13
Tel 031 370 76 73 | Fax 031 370 76 77 | info@spitexprivee.ch | www.spitexprivee.ch

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

Association Spitex privée Suisse ASPS | Uferweg 15 | 3000 Bern 13
Tel 031 370 76 73 | Fax 031 370 76 77 | info@spitexprivee.ch | www.spitexprivee.ch

curacasa.CH
Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz
Association suisse des infirmiers indépendants
Associazione svizzera infermieri indipendenti

Office fédéral de la Santé publique OFSP
Bundesamt für Gesundheit BAG

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 vertreten[1]. 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 Kometenz 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.

CURACASA Geschäftsadresse | Löwenhofstrasse 2 / Postfach 205 | 9424 Rheineck
Telefon 079 291 88 03 | Mail info@curacasa.ch | Web www.curacasa.ch

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. 2bis 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 dieses 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 Pflegefachperosnen 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

CURACASA Geschäftsadresse | Löwenhofstrasse 2 / Postfach 205 | 9424 Rheineck
Telefon 079 291 88 03 | Mail info@curacasa.ch | Web www.curacasa.ch

CURAVIVA.CH
VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

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. 1bis 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 Ans. 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 1bis Buchstabe b KVG.

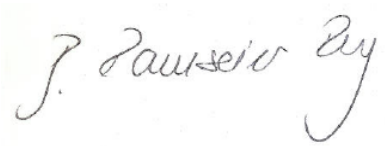
3.5. Übergangsbestimmung

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.

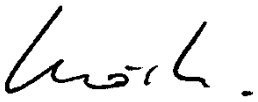
CURAVIVA Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Evaluation der Umsetzung der Neuregelung, da der Dachverband bemüht ist, einen möglichst effektiven und effizienten Einsatz der dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zu begünstigen.

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

CURAVIVA.CH
VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

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 1ère phr. LAMal et art. 33 al. 1bis 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 c^té de celle du médecin (et inversement), mais qu'elle assume son domaine en vue du suivi dans le cadre du passage ä 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, amis 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 faîtière, 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 1bis, lettre b LAMal.

3.5. Disposition transitoire

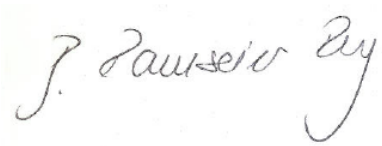
En vertu d'une disposition transitoire, le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur du projet d'amendement de la loi, un rapport sur les répercussions économiques de l'amendement et, le cas échéant, de présenter des

propositions d'améliorations afin de remédier aux éventuels effets indésirables de cette nouvelle réglementation.

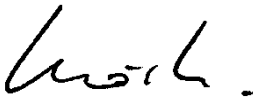
CURAVIVA Suisse salue l'évaluation proposée de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation. En effet, l'association faîtière s'efforce de favoriser une intervention aussi effective et efficiente que possible des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES.

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.

Veuillez 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

ismac
infirmières spécialisées
en médecines alternatives
et complémentaires

ismac, ch. du Collège 19, 1168 Villars/Yens
www.ismac.ch

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.

Ismac, 22.7.2015

Geschäftsstelle
Secrétariat central
Segretariato centrale
SBK
ASI

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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 réglemente 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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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. 1bis

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-

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs

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.

ASI, 02.06.2015

Prise de position de la Société Suisse de Gérontologie (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 règlementation 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.