

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Wintersession 2017

Session d'hiver 2017

27. November – 15. Dezember

27 novembre – 15 décembre 2017

Nationalrat: Seite 3-4

Conseil national : Page 3-4

Ständerat: Seiten 5-10

Conseil des États : Pages 5-10

Inhaltsverzeichnis

Nationalrat

[17.3633](#) Motion SGK-NR:
Maximalrabatte bei Wahlfranchisen; keine Bestrafung
von eigenverantwortlich handelnden Versicherten Seite 3

[09.528](#) Parl. Initiative NR Humbel:
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer
Hand (Einführung des Monismus) Seite 4

Ständerat

[17.3969](#) Motion SGK-SR:
Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen
aushandeln Seite 5

[16.3987](#) Motion SR Ettlín:
Obligatorische Krankenpflegeversicherung;
den Kostenanstieg dämpfen durch geeignete
Massnahmen zur Kostenbegrenzung Seite 6

[16.3988](#) Motion SR Ettlín:
Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland
freiwillig bezogenen OKP-Leistungen Seite 7

[17.3964](#) Motion SR Bruderer Wyss:
Keine unverhältnismässigen Ausgaben für
Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung Seite 8

[17.3963](#) Postulat SR Français:
Obligatorische Krankenpflegeversicherung;
Transparenz bei den Leistungserbringern Seite 9

[17.3637](#) Motion SGK-SR:
Maximalrabatte bei Wahlfranchisen; keine Bestrafung
von eigenverantwortlich handelnden Versicherten Seite 10

Sommaire

Conseil national

[17.3633](#) Motion C^{SSS}-CN :
Rabais maximal applicable aux franchises à option ;
ne pas sanctionner les assurés qui font des choix
responsables page 3

[09.528](#) Initiative parl. CN Humbel:
Financement moniste des prestations de soins page 4

Conseil des États

[17.3969](#) Motion C^{SSS}-CE :
Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par
les partenaires tarifaires page 5

[16.3987](#) Motion CE Ettlín :
Hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.
Prendre des mesures de maîtrise des coûts adaptées page 6

[16.3988](#) Motion CE Ettlín :
AO ; Introduction d'une obligation de remboursement
pour les prestations que le patient choisit de se procurer
à l'étranger page 7

[17.3964](#) Motion CE Bruderer Wyss :
Commissions versées aux intermédiaires dans
l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées page 8

[17.3963](#) Postulat CE Français :
Assurance obligatoire pour les soins – LAMal ;
transparence des prestataires de soins page 9

[17.3637](#) Motion C^{SSS}-CE :
Rabais maximal applicable aux franchises à option ; ne pas
sanctionner les assurés qui font des choix responsables page 10

Nationalrat	Conseil national
<p>17.3633 Motion SGK-NR: Maximalrabatte bei Wahlfranchisen; keine Bestrafung von eigenverantwortlich handelnden Versicherten</p>	<p>17.3633 Motion CSSS-CN : Rabais maximal applicable aux franchises à option ; ne pas sanctionner les assurés qui font des choix responsables</p>
<p>Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, die Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen bei 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos zu belassen.</p> <p>Begründung Der Bundesrat kündigte im Juni 2017 an, dass künftig die Maximalrabatte je nach Franchisehöhe abgestuft werden sollen und die Rabatte für Erwachsene zwischen 80 % (Franchise von CHF 500) und 50 % (Franchise von CHF 2500) des zusätzlich übernommenen Risikos liegen sollen. Dies, obwohl die Vernehmlassung zu dieser Massnahme im Jahr 2015 deutlich ablehnend ausgefallen ist und das Parlament ebenfalls klare Signale gegen diese Massnahme gegeben hat. Mit seinem Entscheid schwächt der Bundesrat die Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, indem er jene Personen mit höheren Prämien bestraft, die substanziell zu einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen. Denn Versicherte mit Wahlfranchisen leisten einen beachtlichen Solidaritätsbeitrag. Mit der Wahl einer hohen Franchise helfen sie zudem seit Jahren mit, die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen. Dieser Anreiz zur Eigenverantwortung und zur Solidarität ist ein wichtiger Pfeiler dafür, dass die Gesundheitsleistungen auch in Zukunft bezahlbar bleiben.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u> Der Tendenz zu immer weniger Eigenverantwortung ist dringend Einhalt zu gebieten, dessen Endresultat ist alles andere als sozial: Besonders Familien leiden unter stetig steigenden Prämien, und gerade sie würde die Senkung der Eigenverantwortung – durch vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der Rabatte – am heftigsten treffen. Besonders Familien haben eher höhere Franchisen gewählt; sei es aufgrund ihrer altersbedingt noch tieferen Gesundheitsausgaben oder auch zur Schonung des Familienbudgets.</p> <p>01.09.2017 Die SGK-NR beschloss die Motion mit 15 zu 7 Stimmen 11.12.2017 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé Le Conseil fédéral est chargé de maintenir le rabais maximal applicable à toutes les franchises à option à 70 % du risque supplémentaire encouru.</p> <p>Développement Le Conseil fédéral a annoncé en juin 2017, que les rabais maximaux seraient échelonnés en fonction du montant de la franchise et que les rabais pour les adultes seraient compris dans une fourchette allant de 80 % (franchise de 500 francs) à 50 % (franchise de 2500 francs) du risque supplémentaire encouru. Or, la consultation menée en 2015 a montré que cette mesure était nettement rejetée et le Parlement a lui aussi clairement exprimé son opposition. Avec cette décision, le Conseil fédéral réduit l'importance de la responsabilité de chacun en matière de santé, car il sanctionne, par des primes supérieures, des personnes qui contribuent substantiellement à un financement durable du système de santé. Les assurés qui choisissent des franchises à option font en effet preuve d'un esprit de solidarité notable. En choisissant une franchise élevée, ils aident en outre depuis des années à limiter les coûts dans le domaine de la santé. Cette incitation à faire des choix responsables et à faire preuve de solidarité constitue un pilier essentiel pour que les prestations de santé puissent continuer d'être fournies à un prix abordable à l'avenir.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>adopter la motion</u> La tendance à une responsabilité individuelle décroissante doit être freinée d'urgence, le résultat final en étant tout autre que « social » : Par-dessus tout, ce sont les familles qui souffrent sous l'augmentation permanente des primes, et ce sont précisément eux qui encaisseront le choc le plus dur avec l'abrègement de la responsabilité individuelle prévue par le Conseil fédéral par la diminution des rabais. Ce sont notamment les familles qui ont choisi des franchises plutôt élevées ; Serait-ce pour des raisons de dépenses médicales modérées liées à l'âge ou encore pour préserver le budget familial.</p> <p>01.09.2017 La CSSS-CN a élaboré la motion par 15 voix contre 7 11.12.2017 Débat au Conseil national</p>

<p>09.528 Pa.Iv. NR Humbel: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Einführung des Monismus)</p>	<p>09.528 Initiative parl. CN Humbel : Financement moniste des prestations de soins</p>
<p>Ausgangslage Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen. 2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen. 3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert. <p>Begründung Es ist unbestritten, dass grundlegende Fehlanreize in unserem System auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Spitalbereiches zurückzuführen sind. Dieser Fehlanreiz im KVG muss beseitigt werden. Damit die Kantone aber den Einfluss und die Kontrolle über die öffentlichen Gelder behalten, kann ein Modell des Monismus so ausgestaltet werden, dass die Kantone ihre Mittel gezielt und kontrolliert einsetzen, z. B. für die Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für die Prämienverbilligung sowie für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Risikoausgleich könnte mit Steuermitteln statt mit einer Prämienumverteilung unter den Versicherern finanziert werden.</p> <p><u>Empfehlung von senesuisse: Verlängerung der Behandlungsfrist</u> Fehlanreize in unserem System, die auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs zurückzuführen sind, müssen beseitigt werden. Nur durch eine Vereinfachung und Gleichstellung der Finanzierung verliert das Gesundheitswesen nicht unnötig Ressourcen.</p> <p>Im Jahr 2011 Zustimmung der beiden Ratskommissionen 02.11.2017 SGK-NR: Die Kommission beantragt Eistimmig Verlängerung 15.12.2017 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Situation initiale Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie. 2. La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé. 3. Toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie. <p>Développement Il est incontestable que des incitations pernicieuses au cœur de notre système doivent être attribuées au financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. Ce défaut doit être pallié à l'occasion d'une prochaine réforme de la LAMal. Pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste peut être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée, en les affectant par exemple au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, à la réduction des primes de l'assurance-maladie ainsi qu'aux prestations de santé publique et d'intérêt général. La compensation des risques pourrait être financée par des ressources fiscales plutôt que par la répartition des primes entre les assureurs.</p> <p><u>Recommandation senesuisse : prolonger le délai</u> Il est primordial d'éliminer les incitations pernicieuses existant au cœur même de notre système par le biais du financement différencié des domaines ambulatoire et hospitalier. La simplification et l'égalité de financement permettent d'éviter une dilapidation des ressources.</p> <p>En 2011 Les deux Commissions ont décidé de donner suite à l'initiative 02.11.2017 Sans opposition, la commission propose de prolonger le délai 15.12.2017 Débat au Conseil national</p>

Ständerat	Conseil des États
<p>17.3969 Motion SGK-SR: Tarifpartner sollen Tarife von Labor- analysen aushandeln</p>	<p>17.3969 Motion CSSS-CE : Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 52 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig - analog Tarmed und DRG - durch die Tarifpartner verhandelt werden.</p> <p>Empfehlung der Kommission: Annahme der Motion</p> <p>Bei den Tarifen für Laboranalysen möchte die Kommission von der behördlich festgelegten Analysenliste wegkommen und stattdessen auf Tarifvereinbarungen zwischen Labors, Ärzten und Versicherern setzen. Entsprechende gemeinsame Vorarbeiten von Leistungserbringern und Versicherern seien schon weit gediehen und dieser Versuch einer Liberalisierung sei zu unterstützen, argumentierte die Mehrheit der Kommission. Mit 9 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung beschloss sie die Kommissionsmotion mit der eine Änderung des KVG in die Wege geleitet werden soll.</p> <p>Empfehlung von <i>senesuisse</i>: Annahme der Motion</p> <p>Aus Sicht von <i>senesuisse</i> sind im Bereich der Tarife möglichst einfache und zweckmässige Lösungen zu suchen. Diese werden am besten gefunden, wenn zwischen den Tarifpartnern eine praxisgerechte Vereinbarung zustande kommt. Durch den Wegfall von staatlichen Preisfestlegungen kann nicht nur die politische Komponente aus dieser rein wirtschaftlichen Frage entfernt werden, sondern ist auch ein grosses Einsparpotenzial an Bundesstellen und Administrativaufwand möglich (Beispiel: Tagestaxen für Mittel und Gegenstände in Pflegeheimen ersetzen die aufwändige Einzelerfassung und Verrechnung sämtlicher Pflegematerialien pro betroffenem Patient).</p> <p>29.11.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'article 52 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie de manière à ce que les tarifs des analyses menées par les laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires, comme le système de tarification Tarmed et celui des forfaits par cas.</p> <p>Recommandation de la commission : Adoption de la motion</p> <p>La commission souhaite que les tarifs des analyses de laboratoire ne soient plus fixés par les autorités dans la liste des analyses : en lieu et place, elle propose que des conventions tarifaires soient conclues entre les laboratoires, les médecins et les assureurs. La majorité de la commission souligne que les fournisseurs de prestations et les assureurs ont déjà fait ensemble d'importants travaux préparatoires en la matière et qu'il faut soutenir cette tentative de libéralisation. Par 9 voix contre 3 et 1 abstention, elle a décidé de déposer la motion visant à modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie en conséquence.</p> <p>Recommandation de <i>senesuisse</i> : adopter la motion</p> <p>Pour <i>senesuisse</i>, il faut chercher des solutions simples et adéquates. Elles se trouvent le plus facilement si les partenaires tarifaires négocient une convention conforme à la pratique. Avec la suppression des fixations tarifaires par l'Etat, non seulement la composante politique peut être exclue de cette question purement économique, mais il y a grand potentiel d'économies réalisables en services fédéraux et tâches administratives (p. ex. les taxes journalières pour moyens et appareils dans les EMS remplacent la prise en compte individuelle et le calcul de tout le matériel des soins par patient).</p> <p>29.11.2017 Débat au Conseil des États</p>

**16.3987 Motion SR Ettlín:
OKP; Kostenanstieg durch geeignete
Massnahmen zur Kostenbegrenzung
dämpfen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass zwingende Kostenbegrenzungsmassnahmen in Kraft treten, sobald die Kosten pro Versicherten der obligatorischen Versicherung (OKP) im Jahresdurchschnitt stärker steigen als die Entwicklung der Nominallöhne multipliziert mit dem Faktor 1,1.

Begründung

Die Gesundheitskosten und damit auch die OKP-Prämien haben sich seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 mehr als verdoppelt, während die Nominal-löhne nur um gut 20 Prozent zunahmten. Eine Trendumkehr ist nicht absehbar. Am meisten belastet diese Entwicklung den Mittelstand, da er immer höhere Einkommensanteile für die Prämien aufwenden muss. Dieser Entwicklung gilt es durch geeignete Massnahmen Einhalt zu gebieten. Solche sollen jeweils zwingend in Kraft treten, sobald die OKP-Kosten in einem Jahr stärker steigen als die Entwicklung der Nominallöhne multipliziert mit dem Faktor 1,1.

Stellungnahme des Bundesrates vom 03.03.2017: Ablehnung der Motion

Der Bundesrat hat eine Expertengruppe mit einer umfassenden Analyse neuer Instrumente beauftragt. Ein Erfolg könne nur dann sichergestellt werden, wenn dieser Auftrag der Expertengruppe nicht auf spezifische Instrumente und Vorgehensweisen beschränkt wird oder Resultate bereits feststehen.

Empfehlung von Senesuisse: Ablehnung der Motion

Investitionen in die Gesundheit sind nicht nur Kosten, sondern generieren Lebensqualität und wertvolle Arbeitsplätze. Der Fokus muss darauf liegen, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern sowie gleichzeitig die finanzielle Belastung durch die Krankenkassenprämien erträglich zu halten.

Rund 80 % der OKP-Kosten sind durch Spitäler, Ärzte und Medikamente verursacht. In diesen Bereichen ist der Bundesrat und sind die Kantone bereits aufgefordert, die kostengünstigen und wirksamen Behandlungen zu fördern sowie unnötige Überkonsumation einzudämmen.

29.11.2017 Beratung im Ständerat

**16.3987 Motion CE Ettlín :
Hausse des coûts dans l'assurance
obligatoire des soins ; prendre des
mesures de maîtrise des coûts adaptées**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie et, le cas échéant, d'autres bases légales de manière à ce que des mesures contraignantes visant à limiter les coûts entrent en vigueur dès que les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire augmentent plus fortement en moyenne annuelle que les salaires nominaux multipliés par un facteur de 1,1.

Développement

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, les coûts de la santé, et donc les primes de l'AOS, ont plus que doublé, alors que les salaires nominaux n'ont augmenté que de 20 %. Aucun changement de tendance n'est perceptible. La population doit consacrer une part de plus en plus élevée de son revenu aux primes. Il faut y mettre le holà en inscrivant des mesures appropriées dans la LAMal. Ces mesures entreraient automatiquement en vigueur dès que les coûts par assuré à la charge de l'AOS augmenteraient sur une année plus fortement que les salaires nominaux multipliés par un facteur de 1,1.

Avis du Conseil Fédéral du 03.03.2017 : Rejet de la motion

Le Conseil fédéral a chargé une groupe d'experts avec une analyse complète des nouveaux instruments possibles – qui ne peut être garantie que si le mandat du groupe d'experts ne se limite pas à des démarches ou à des instruments spécifiques ou si des résultats sont déjà disponibles.

Recommandation de Senesuisse : rejet de la motion

Les investissements dans le domaine de la santé ne sont pas uniquement des coûts, mais des générateurs de qualité de vie et de places de travail. L'objectif est de garantir des soins de santé de qualité, mais également de maintenir la charge financière des primes d'assurance-maladie à un niveau supportable.

Près de 80 % des coûts de l'AOS sont engendrés par les hôpitaux, médecins et médicaments. Dans ces domaines, le Conseil fédéral et les cantons sont déjà appelés à promouvoir les traitements à moindres coûts et efficaces, ainsi que de limiter le phénomène de la surconsommation.

29.11.2017 Débat au Conseil des États

**16.3988 Motion SR Ettlil:
Einführung einer Vergütungspflicht
bei im Ausland freiwillig bezogenen
OKP-Leistungen**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass künftig durch Versicherte auf freiwilliger Basis selber im Ausland getätigte Arzt- und Spitalbesuche sowie beschaffte MiGeL-Hilfsmittel und Medikamente von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt und die Auslandpreise unter den jeweiligen maximalen Schweizer OKP-Vergütungspreisen liegen.

Begründung

Auch die Krankenversicherung leidet unter der Preisinsel Schweiz. Deshalb stört der Umstand, dass Personen, die bereits heute durch ihr aktives Einkaufsverhalten im Ausland die soziale Krankenversicherung entlasten, dafür durch Nichtvergütung ihrer Beschaffungen noch bestraft werden. Um eine Kostendämpfung zu honorieren, sind deshalb durch Versicherte selber (freiwillig!) im Ausland bezogene Arzt- und Spitalbehandlungen, Hilfsmittel und Medikamente von der OKP zwingend zu vergüten, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt und der Auslandpreis unter dem maximalen Schweizer OKP-Vergütungspreis liegt.

Stellungnahme des Bundesrates vom 03.03.2017: Ablehnung der Motion

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass eine weiter gehende Öffnung des Territorialitätsprinzips, insbesondere für Arzt- und Spitalbesuche, das Angebot an Leistungen ausweiten und letztendlich dazu führen würde, dass mehr Leistungen bezogen werden könnten. Die angestrebte Senkung der Gesundheitskosten könnte damit nicht erreicht werden.

Empfehlung senesuisse: Annahme der Motion

Bei aller Liebe zu den Herstellern, Verkäufern und Anwendern von Medizinprodukten und -dienstleistungen in der Schweiz ist nicht einzusehen, weshalb genau dieser Markt total abgeschottet sein sollte. Es darf nicht sein, dass bestraft wird, wer sich freiwillig für günstigere Lösungen aus dem Ausland entscheidet und damit aktiv zur Kostensenkung beiträgt.

29.11.2017 Beratung im Ständerat

**16.3988 Motion CE Ettlil :
AOS ; Introduction d'une obligation de
remboursement pour les prestations que le
patient choisit de se procurer à l'étranger**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la LAMal et, le cas échéant, d'autres bases légales de manière à ce que les consultations médicales et hospitalières et les achats de moyens auxiliaires figurant sur la liste des moyens et appareils ou de médicaments que les assurés ont choisi d'effectuer à l'étranger soient remboursés par l'AOS, pour autant que l'assuré dispose d'une prescription médicale pour la prestation concernée et que les prix pratiqués à l'étranger soient inférieurs aux prix maximaux remboursés par l'AOS suisse.

Développement

L'assurance-maladie souffre elle aussi de la cherté des prix en Suisse. Il est choquant que les personnes qui allègent les dépenses à la charge de l'assurance en procédant à leurs achats à l'étranger se voient refuser un remboursement. Il est urgent d'œuvrer à la réduction de la forte hausse des coûts de la santé et des primes de l'AOS. C'est pourquoi les traitements médicaux et hospitaliers et les achats de moyens auxiliaires et de médicaments que les assurés effectuent volontairement (!) à l'étranger doivent être remboursés, pour autant que l'assuré dispose d'une prescription médicale et que le prix à l'étranger soit inférieur au prix max. remboursé par l'AOS.

Avis du Conseil Fédéral du 03.03.2017 : Rejet de la motion

Le Conseil fédéral estime qu'un assouplissement supplémentaire du principe de territorialité, en particulier pour les consultations médicales et hospitalières, élargirait l'offre de prestations, ce qui pourrait entraîner au final une augmentation du volume des prestations fournies, et donc empêcherait d'atteindre l'objectif de la réduction des coûts de la santé.

Recommandation senesuisse : adopter la motion

Malgré toute la sympathie manifestée aux fabricants, aux détaillants et aux consommateurs de prestations et de produits médicaux, il n'est pas évident que ce marché devrait fonctionner complètement en vase clos. Une personne qui se décide librement pour des solutions qui sont moins onéreuses à l'étranger et donc participe à une baisse des coûts, ne devra pas être sanctionnée.

29.11.2017 Débat au Conseil des États

**17.3964 Motion SR Bruderer Wyss:
Keine unverhältnismässigen Ausgaben
für Vermittlerprovisionen in der
Grundversicherung**

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, Absatz 4 von Artikel 19 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) wie folgt zu ergänzen:

„Der Bundesrat kann die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln.“

Begründung

Um unverhältnismässige Ausgaben für Vermittlerprovisionen zu vermeiden, hatte der Bundesrat in seiner Botschaft zum KVAG vorgesehen, dass er bei Bedarf die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln kann. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung wurde diese Bestimmung allerdings mit Verweis auf die Selbstregulierung der Branche gestrichen.

Aktuelle Zahlen zeigen, dass von einer funktionierenden Selbstregulierung der Branche keine Rede sein kann: Anstelle der von der Branche vereinbarten 50 Franken werden Provisionen von 250 und in Kombination mit einer Zusatzversicherung bis zu 1500 Franken für den Abschluss einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt. Gerade im Bereich der OKP, in welchem die Aufnahmepflicht gilt und sich das Angebot der Anbieter nicht unterscheidet, verursachen solche Vermittlerprovisionen zusätzliche Kosten, bieten den Krankenversicherten aber keinerlei Mehrnutzen. Im Gegenteil: Wenn solch hohe Beträge im Spiel sind, besteht die Gefahr, dass Krankenkassen Risikoselektion betreiben und Versicherungsmakler alles daransetzen, entsprechende Verträge abzuschliessen.

Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion

Es kann nicht sein, dass die Versicherer den Maklern 500 Mio. bezahlen, während sie gegen Pflegeheime und Kantone wegen rund 30-40 Mio. für MiGeL bis vor Bundesgericht ziehen. Angesichts der steigenden Prämien in der OKP und der dadurch zunehmenden finanziellen Belastung vieler Haushalte müssen unnötig hohe Ausgaben der Krankenversicherer unbedingt vermieden werden. Deshalb soll der Bundesrat die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf gegen solche unverhältnismässig hohen Vermittlerprovisionen vorgehen zu können.

29.11.2017 Beratung im Ständerat

**17.3964 Motion CE Bruderer Wyss :
Commissions versées aux intermédiaires
dans l'assurance de base ;
pas de dépenses disproportionnées**

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de compléter comme suit l'art. 19 al. 4 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie :

« Le Conseil fédéral peut régler l'indemnisation des intermédiaires. »

Développement

Dans son message relatif à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral avait prévu de se donner la possibilité de régler, si nécessaire, l'indemnisation des intermédiaires afin d'éviter le versement de commissions disproportionnées. Cette disposition a cependant été biffée au cours des débats parlementaires au motif que l'autorégulation de la branche suffisait.

Les chiffres actuels montrent, dans l'intervalle, que l'autorégulation ne fonctionne pas. Les caisses-maladies versaient des commissions de 250 francs, au lieu des 50 francs convenus par la branche, pour la conclusion d'une assurance obligatoire des soins (AOS), et même jusqu'à 1500 francs si l'assuré concluait en sus une assurance complémentaire. Dans le domaine de l'AOS, les caisses-maladie ont l'obligation d'admettre toute personne qui en fait la demande et leur offre est identique. Verser de telles commissions à des intermédiaires crée donc des coûts supplémentaires sans apporter un quelconque bénéfice aux assurés. Au contraire : de telles sommes sont susceptibles de pousser à procéder à une sélection des risques et les courtiers en assurances à tout mettre en œuvre pour conclure des contrats.

Recommandation de senesuisse : adopter la motion

Il n'est pas normal que les assureurs versent 500 millions aux courtiers, en même temps qu'ils recourent contre des EMS et cantons jusqu'au Tribunal fédéral pour des sommes de 30-40 millions pour les LiMA. Les primes de l'assurance obligatoire des soins ne cessant d'augmenter, ce qui pèse de plus en plus sur le budget de nombreux ménages, il faut absolument éviter que les assureurs-maladie engagent inutilement de lourdes dépenses. Le Conseil fédéral doit dès lors avoir la possibilité d'intervenir, si nécessaire, contre le versement de commissions disproportionnées aux intermédiaires.

29.11.2017 Débat au Conseil des États

17.3963 Postulat SR Français: Obligatorische Krankenpflegeversicherung; Transparenz bei den Leistungserbringern

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht vorzulegen zu den Anforderungen, die Krankenversicherer und Leistungserbringer im Hinblick auf die Transparenz der Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen müssen. Im Bericht sollen namentlich die Entschädigung (Pflicht zur Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigung der leitenden Organe) behandelt werden sowie die Pflicht, Daten weiterzugeben, Regeln der Good Governance vorzusehen und über eine Compliance-Stelle zu verfügen. Der Bericht soll den Ist-Zustand darlegen sowie die gesetzlichen Änderungen aufzuführen, die notwendig sind, um auf Bundesebene für alle Akteure der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dasselbe Transparenzniveau zu garantieren.

Begründung

Der Bundesrat hat anerkannt, dass das KVG für Leistungserbringer keine Regeln zur Entschädigung der leitenden Organe enthält, während solche Pflichten für die Krankenversicherer im KVAG festgelegt sind. Diese müssen beispielsweise im Geschäftsbericht ihr Entschädigungssystem und die Entschädigung ihrer leitenden Organe offenlegen. Diese Bestimmungen wurden mit dem Ziel ins KVAG aufgenommen, eine solide und leistungsfähige Führung der Krankenkassen zu gewährleisten. Im Kampf gegen steigende Gesundheitskosten aber müssen alle Akteure dieses Bereichs einbezogen werden. Daher sollten Transparenzbestimmungen für die anderen Akteure geprüft werden, namentlich für die Leistungserbringer, die ebenfalls über die Krankenkassenprämien finanziert werden.

Empfehlung von senesuisse: Ablehnung des Postulats

„Massnahmen der Transparenz“ tönen gut, haben aber eine Kehrseite: Sie bewirken Aufwand und zusätzliche Kosten. Das Gesundheitswesen in der Schweiz leidet schon viel zu stark unter übermässiger Reglementierung, noch mehr zusätzliche Massnahmen sind unnötig, ja sogar kontraproduktiv.

29.11.2017 Beratung im Ständerat

17.3963 Postulat CE Français : Assurance obligatoire pour les soins – LAMal ; transparence des prestataires de soins

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de présenter, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et la transparence des prestations, un rapport sur les exigences demandées aux assureurs-maladie et aux prestataires de soins. Celui-ci traitera notamment de la rémunération (obligation de publier le système de rémunération ainsi que du montant perçu par les membres des organes dirigeants), de l'obligation de transmettre des données ainsi que de l'obligation de disposer d'une bonne gouvernance et d'un organe de compliance. Ce rapport exposera la situation actuelle ainsi que les modifications législatives nécessaires éventuelles afin de garantir, au niveau fédéral, un même niveau de transparence pour tous les acteurs de l'assurance obligatoire des soins.

Développement

Le Conseil fédéral reconnaît que la LAMal ne prévoit pas de réglementation pour la rétribution des dirigeants des fournisseurs de prestations, alors que pour les assureurs-maladie, ces obligations sont prévues. Ils doivent, par exemple, publier dans leur rapport de gestion le système de rémunération ainsi que les rémunérations de leurs organes dirigeants. Ces dispositions ont été prises dans le but de garantir une gestion saine et performante des caisses-maladie. Mais pour lutter contre l'augmentation des coûts de la santé, il est important de travailler sur l'ensemble de ce domaine. Il convient donc de s'interroger sur les obligations de transparence des autres acteurs, notamment des prestataires de soins, qui sont également financés par l'argent des primes d'assurance-maladie.

Recommandation de senesuisse : rejet du postulat

« Des mesures de transparence » ; ceci paraît bien, mais il existe un revers de la médaille : Elles génèrent de l'effort et des coûts supplémentaires. Le secteur de la santé en Suisse souffre déjà beaucoup trop des réglementations excessives. Davantage de mesures sont inutiles et même contra productives.

29.11.2017 Débat au Conseil des États

<p>17.3637 Motion SGK-SR: Maximalrabatte bei Wahlfranchisen; keine Bestrafung von eigenverantwortlich handelnden Versicherten</p>	<p>17.3637 Motion CSSS-CE : Rabais maximal applicable aux franchises à option ; ne pas sanctionner les assurés qui font des choix responsables</p>
<p>Eingereichter Text</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, die Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen bei 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos zu belassen.</p> <p>Begründung</p> <p>Der Bundesrat kündigte im Juni 2017 an, dass künftig die Maximalrabatte je nach Franchisehöhe abgestuft werden sollen und die Rabatte für Erwachsene zwischen 80 % (Franchise von CHF 500) und 50 % (Franchise von CHF 2500) des zusätzlich übernommenen Risikos liegen sollen. Dies, obwohl die Vernehmlassung zu dieser Massnahme im Jahr 2015 deutlich ablehnend ausgefallen ist und das Parlament ebenfalls klare Signale gegen diese Massnahme gegeben hat.</p> <p>Mit seinem Entscheid schwächt der Bundesrat die Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, indem er jene Personen mit höheren Prämien bestraft, die substanzial zu einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen. Denn Versicherte mit Wahlfranchisen leisten einen beachtlichen Solidaritätsbeitrag. Mit der Wahl einer hohen Franchise helfen sie zudem seit Jahren mit, die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen. Dieser Anreiz zur Eigenverantwortung und zur Solidarität ist ein wichtiger Pfeiler dafür, dass die Gesundheitsleistungen auch in Zukunft bezahlbar bleiben.</p> <p><u>Empfehlung von senesuisse: Annahme der Motion</u></p> <p>Der Tendenz zu immer weniger Eigenverantwortung ist dringend Einhalt zu gebieten, dessen Endresultat ist alles andere als sozial: Besonders Familien leiden unter stetig steigenden Prämien, und gerade sie würde die Senkung der Eigenverantwortung – durch vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der Rabatte – am heftigsten treffen. Besonders Familien haben eher höhere Franchisen gewählt; sei es aufgrund ihrer altersbedingt noch tieferen Gesundheitsausgaben oder auch zur Schonung des Familienbudgets.</p> <p>September 2017 SGK: Beide Kommissionen beantragen die Annahme der Motion (SGK-SR mit 9 zu 4 Stimmen)</p> <p>14.12.2017 Beratung im Ständerat</p>	<p>Texte déposé</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de maintenir le rabais maximal applicable à toutes les franchises à option à 70 % du risque supplémentaire encouru.</p> <p>Développement</p> <p>Le Conseil fédéral a annoncé en juin 2017, que les rabais maximaux seraient échelonnés en fonction du montant de la franchise et que les rabais pour les adultes seraient compris dans une fourchette allant de 80 % (franchise de 500 francs) à 50 % (franchise de 2500 francs) du risque supplémentaire encouru. Or, la consultation menée en 2015 a montré que cette mesure était nettement rejetée et le Parlement a lui aussi clairement exprimé son opposition.</p> <p>Avec cette décision, le Conseil fédéral réduit l'importance de la responsabilité de chacun en matière de santé, car il sanctionne, par des primes supérieures, des personnes qui contribuent substantiellement à un financement durable du système de santé. Les assurés qui choisissent des franchises à option font en effet preuve d'un esprit de solidarité notable. En choisissant une franchise élevée, ils aident en outre depuis des années à limiter les coûts dans le domaine de la santé. Cette incitation à faire des choix responsables et à faire preuve de solidarité constitue un pilier essentiel pour que les prestations de santé puissent continuer d'être fournies à un prix abordable à l'avenir.</p> <p><u>Recommandation de senesuisse : adopter la motion</u></p> <p>La tendance à une responsabilité individuelle décroissante doit être freinée d'urgence, le résultat final en étant tout autre que « social » : Par-dessus tout, ce sont les familles qui souffrent sous l'augmentation permanente des primes, et ce sont précisément eux qui encaisseront le choc le plus dur avec l'abrégement de la responsabilité individuelle prévue par le Conseil fédéral par la diminution des rabais. Ce sont notamment les familles qui ont choisi des franchises plutôt élevées ; Serait-ce pour des raisons de dépenses médicales modérées liées à l'âge ou encore pour préserver le budget familial.</p> <p>Septembre 2017 CSSS : Les deux commissions demandent l'adoption de la motion (la CSSS-E avec 9 voix contre 4)</p> <p>14.12.2017 Débat au Conseil des États</p>