

**Gesundheits- und Heimpolitik  
im Bundesparlament**

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

**Vorschau**

**Perspective**

**Frühjahrssession 2020**

**Session de printemps 2020**

**2. März – 20. März**

**2 mars – 20 mars**

**Ständerat: Seiten 3-6**

**Conseil des Etats : Pages 3-6**

**Nationalrat: Seiten 3 und 7-8**

**Conseil national : Pages 3 et 7-8**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Sommaire</b>
<p><b>Nationalrat und Ständerat</b></p> <p><a href="#">18.047</a> KVG: Zulassung von Leistungserbringern Seite 3</p> <p><b>Ständerat</b></p> <p><a href="#">18.092</a> Erwerbsersatzgesetz: Mutterschaftsentschädigung bei längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen Seite 4</p> <p><a href="#">18.4209</a> Motion NR Hess: Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone: Weniger Bürokratie, weniger Fehler Seite 5</p> <p><a href="#">18.3709</a> Motion SGK-NR: Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten Seite 6</p> <p><b>Nationalrat</b></p> <p><a href="#">19.3703</a> Motion SR Dittli: Medikamentenkosten; es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung Seite 7</p> <p><a href="#">18.305</a> Kant. Iv. St.-Gallen: Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen Seite 8</p>	<p><b>Conseil national et Conseil des Etats</b></p> <p><a href="#">18.047</a> LAMal : Admission des fournisseurs de prestations page 3</p> <p><b>Conseil des Etats</b></p> <p><a href="#">18.092</a> LAPG : Allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital page 4</p> <p><a href="#">18.4209</a> Motion CN Hess : Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières : Moins de bureaucratie, moins d'erreurs page 5</p> <p><a href="#">18.3709</a> Motion CSSS-CN : Etablissement des listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS ; participation et codécision des assureurs-maladie page 6</p> <p><b>Conseil national</b></p> <p><a href="#">19.3703</a> Motion CE Dittli : Coûts des médicaments ; adaptation du système d'autorisation de mise sur le marché et de fixation des prix dans l'assurance de base page 7</p> <p><a href="#">18.305</a> Iv. Cant. St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires page 8</p>

<b>Nationalrat und Ständerat</b>	<b>Conseil national et Conseil des Etats</b>
<b>18.047 Bundesratsgeschäft: KVG; Zulassung von Leistungserbringern</b>	<b>18.047 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; admission des fournisseurs de prestations</b>
<p><b>Inhalt</b> Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Ärzte und schafft damit Rechtssicherheit für alle Beteiligten.</p> <p><b>Noch bestehende Differenzen zwischen Nationalrat und Ständerat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 37: Die Räte sind sich uneins über die Details, bei Erfüllung welcher Voraussetzungen die Ärzte für ihre Zulassung keine Sprachprüfung mehr ablegen müssen.</li> <li>• Art. 38: Der Nationalrat will den Versicherern ein Recht einräumen, bei der Zulassungsstelle den Entzug der ärztlichen Zulassung zu beantragen.</li> <li>• Anhang III: Die Vorlage soll nach Ansicht des Nationalrats mit EFAS (einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen) verknüpft werden.</li> </ul> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Anhang III (EFAS) gemäss Ständerat</u></b></p> <p>Anhang III: Die vom Nationalrat verlangte Verknüpfung der Vorlage mit EFAS ist zweckfremd und würde eine für den Spitalbereich wichtige Entwicklung behindern. Das Risiko einer langjährigen Blockade ist zu gross, deshalb soll die Zulassung der Ärzte nicht erst mit der EFAS-Vorlage in Kraft treten.</p> <p>Art. 37/1: Der Nationalrat liegt bei der bestehenden Ärzteknappeit richtig, wenn er nicht alle Zulassungswilligen zu einer Sprachprüfung aufbietet, welche bereits anderswie genügende Kompetenzen nachweisen können.</p> <p>Art. 38/3: Dem Nationalrat kann gefolgt werden, welcher den Krankenkassen ein blosses Antragsrecht zum Entzug der Bewilligung von Ärzten einräumen will.</p> <p>04.03.2020 Beratung im Nationalrat 10.03.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Contenu du projet</b> La révision de la LAMal offre une solution durable pour l'admission des médecins et crée ainsi une sécurité juridique pour tous les participants.</p> <p><b>Différences persistantes entre le Conseil national et le Conseil des Etats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 37 : Les Conseils ne sont pas d'accord sur les détails des conditions requises qui définissent, quand les médecins ne doivent plus faire d'examen linguistique pour leur admission.</li> <li>• Art. 38 : Le Conseil national veut accorder aux assureurs le droit de demander le retrait de l'admission médicale auprès de l'autorité d'admission.</li> <li>• Annexe III : D'après le Conseil national, le projet devrait être jumelé au financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires (EFAS).</li> </ul> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>Annexe III selon le Conseil des Etats</u></b></p> <p>Annexe III : La demande du Conseil national de lier le projet de loi au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'est pas appropriée et entraverait l'évolution essentielle du secteur hospitalier. Le risque d'un blocage qui dure des années est trop grand, c'est pourquoi l'admission des médecins ne devrait pas seulement entrer en vigueur avec le projet EFAS.</p> <p>Art. 37/1 : Le Conseil national a raison, compte tenu de la pénurie actuelle de médecins, s'il n'exige pas un examen linguistique à tous ceux qui souhaitent être admis et qui peuvent déjà prouver qu'ils possèdent d'autres compétences suffisantes.</p> <p>Art. 38/3 : Le Conseil national peut être suivi, qui veut accorder aux caisses-maladie un simple droit de demande de retrait de l'admission des médecins.</p> <p>04.03.2020 Débat au Conseil national 10.03.2020 Débat au Conseil des Etats</p>

<b>Ständerat</b>	<b>Conseil des Etats</b>
<p><b>18.092 EOG: Mutterschaftsentschädigung bei Spitalaufenthalt des Neugeborenen</b></p>	<p><b>18.092 LAPG : Allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital</b></p>
<p><b>Inhalt</b>  Mit der Änderung des Erwerbersersatzgesetzes wird die Dauer des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung um höchstens 56 Tage verlängert (von 98 auf maximal 154 Tage), sofern das Neugeborene direkt nach der Geburt für mindestens drei Wochen im Spital verbleiben muss.</p> <p><b>Begründung</b>  Mit dieser Massnahme kann der Lohnausfall in rund 80 Prozent der Fälle, in denen ein Neugeborenes länger im Spital bleiben muss, entschädigt und das achtwöchige Arbeitsverbot nach der Geburt abgedeckt werden. Das Obligationenrecht (OR) wird ebenfalls angepasst, damit die Verlängerung von Mutterschaftsurlaub und Kündigungsschutz gewährleistet ist. Auf die Verlängerung haben Mütter Anspruch, die nach dem Mutterschaftsurlaub wieder erwerbstätig sind.</p> <p>Die Mehrkosten durch die Anpassung des EOG werden auf 5,9 Millionen Franken jährlich geschätzt und können mit den aktuellen Einnahmen der EO finanziert werden.</p> <p><b>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme der Gesetzesänderung</u></b>  Die aktuelle Rechtslage bietet keine Sicherheit und es gibt keine einheitliche Anwendung für die Lohnfortzahlung während der Zeit eines aufgeschobenen Mutterschaftsurlaubs, welcher schon heute vorgesehen ist. Das EOG sieht während der Dauer eines Aufschubs der Mutterschaftsentschädigung keine Leistungen vor, und auch keine andere soziale oder private Versicherung vermag eine ausreichende Deckung zu garantieren. Die aktuelle Situation, welche auf eine Lücke bei der Einführung der Mutterschaftsentschädigung zurückzuführen ist, muss korrigiert werden.</p> <p>02.03.2020      Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Contenu du projet</b>  La modification de la Loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) permet de prolonger de 56 jours au maximum la durée de la perception de l'allocation de maternité (de 98 à 154 jours) en cas de séjour à l'hôpital d'au moins trois semaines du nouveau-né, immédiatement après sa naissance.</p> <p><b>Développement</b>  Cette mesure permet d'indemniser la perte de gain dans environ 80 % des cas où un nouveau-né doit rester plus longtemps à l'hôpital et couvre la période d'interdiction de travailler de huit semaines qui suit l'accouchement. Le Code des obligations sera également modifié pour que la prolongation du congé de maternité et de la protection contre le licenciement soit garantie. Seules les mères qui exercent de nouveau une activité lucrative après le congé de maternité auront le droit de bénéficier de cette prolongation.</p> <p>Les frais supplémentaires engendrés par la modification de la LAPG sont estimés à 5,9 millions de francs par an et peuvent être financés par les recettes actuelles du régime des APG.</p> <p><b>Recommandation senesuisse : <u>Adopter le changement de loi</u></b>  La situation juridique actuelle n'offre pas de certitude et manque d'uniformité. La LAPG ne prévoit pas de prestation pendant la durée du report et aucune autre assurance sociale ou privée n'est à même de garantir une couverture suffisante. Le droit au salaire fondé sur l'art. 324a du code des obligations (CO), relatif à l'empêchement de travailler, est plafonné à trois semaines pendant la première année de service et dépend par la suite de la libre appréciation des juges ; il donne donc lieu à des incertitudes et à des lacunes dans certains cas Il est nécessaire de remédier à la situation actuelle qui est peu satisfaisante et qui résulte d'une lacune lors de l'introduction de l'allocation de maternité</p> <p>02.03.2020      Débat au Conseil des Etats</p>

<p><b>18.4209 Motion NR Hess: Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone: Weniger Bürokratie, weniger Fehler</b></p>	<p><b>18.4209 Motion CN Hess : Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales hospitalières : Moins de bureaucratie, moins d'erreurs</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b></p> <p>Der Bundesrat wird gebeten, den elektronischen Ausgleich zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern bzw. ihren Verbänden derart zu erleichtern, dass bezüglich Versicherungspflicht des Krankenversicherungsgesetzes, Wohnsitzfragen, stationären Anteilen, Doppelversicherungen und korrekter Prämienberechnung möglichst tagesaktuell korrekte Entscheide gefällt werden können. Der grosse bürokratische Aufwand und die grosse Fehleranfälligkeit der heutigen Situation sollen minimiert werden. Ein angemessener Datenschutz ist zu gewährleisten.</p> <p><b>Begründung</b></p> <p>Es wäre wichtig, den erleichterten elektronischen Austausch zur Frage des Wohnsitzes und zur Verhinderung von Doppelversicherungen usw. zu ermöglichen. Stimmt nämlich der Wohnsitz bzw. Wohnkanton nicht oder liegen Doppelversicherungen vor, sind Fehler bei der Prämie und je nach Situation beim stationären Anteil der Kantone vorprogrammiert. Die heutige Situation ist unbefriedigend, weil die elektronischen Möglichkeiten für schlanke und verlässliche bzw. tagesaktuelle Lösungen nicht zur Anwendung gelangen. Dies führt zu hohem bürokratischem Aufwand vorweg aufseiten der Kantone, aber auch der Krankenversicherer.</p> <p><b>Empfehlung senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></b></p> <p>Der Vorstoss sieht eine sinnvolle Erweiterung für den elektronischen Datenaustausch zur unbestrittenen Motion 18.3765 vor. Wenn die Daten zur Versicherungspflicht schon erhoben und zugänglich gemacht werden, sollte dies auch auf Daten zum Wohnsitz ausgedehnt werden, damit viele darauf beruhende Fragen einfach geklärt werden können (so etwa die Zuständigkeit bei ausserkantonalem Pflegeheimenritt).</p> <p>22.03.2019 Nationalrat: Annahme der Motion (einstimmig) 10.03.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p><b>Texte déposé</b></p> <p>Le Conseil fédéral est chargé de faciliter les échanges électroniques entre les cantons les assureurs-maladie (ou leurs fédérations), afin que des décisions correctes fondées sur les données les plus récentes possibles puissent être prises concernant le respect de l'obligation de s'assurer au sens de la LAMal, concernant le domicile, concernant la part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières, concernant les doubles couvertures d'assurance et concernant le calcul des primes. L'objectif est de réduire au maximum la lourde charge bureaucratique et les grands risques d'erreurs qu'entraîne la situation actuelle. On veillera à assurer une protection adéquate des données.</p> <p><b>Développement</b></p> <p>La motion a pour but de permettre à ces services de procéder en ligne à ce contrôle auprès des assureurs ou de leurs fédérations. Il faudrait cependant également permettre un échange électronique simplifié pour contrôler le domicile et pour prévenir une double couverture d'assurance. En effet, si le domicile ou le canton de domicile est erroné ou si la personne concernée est doublement assurée, des erreurs en matière de prime et, le cas échéant, de part cantonale des prestations hospitalières sont inévitables. La situation actuelle est insatisfaisante, parce qu'elle n'exploite pas le potentiel qu'offrent les moyens électroniques pour des solutions simples et fiables (à jour). La charge bureaucratique qui en découle est élevée, principalement pour les cantons, mais aussi pour les assureurs-maladie.</p> <p><b>Recommandation senesuisse : <u>Adopter la motion</u></b></p> <p>L'initiative fournit une extension sensée pour l'échange de données électroniques à la motion 18.3765, qui ne fait pas l'objet de contestation. Si des données sur l'assurance obligatoire sont déjà collectées et mises à disposition, elles devraient également être étendues aux données sur la résidence, afin que de nombreuses questions basées sur celles-ci puissent être clarifiées facilement (comme la compétence en cas d'entrée extra-cantonale dans un EMS).</p> <p>22.03.2019 Conseil national : Adoption de la motion (à l'unanimité) 10.03.2020 Débat au Conseil des Etats</p>

**18.3709 Motion SGK-NR:  
Mitsprache und Mitbestimmung der  
Krankenversicherer bei kantonalen Spital-  
und Pflegeheimlisten**

**Eingereichter Text**

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 53 KVG betreffend die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) um einen Absatz 3 zu ergänzen, in welchem eine spezialgesetzliche Grundlage geschaffen wird, welche die Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 des Krankenversicherungsgesetzes (Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung zulasten der OKP) zum Gegenstand hat. Konkret sind Krankenversicherer und ihre Verbände zur Beschwerdeführung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen betreffend Spital- und Pflegeheimlisten zu berechtigen.

**Begründung**

Durch die Einräumung der Beschwerdelegitimation wird Versicherern im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion und auch Mitverantwortung für ein kostengünstiges Gesundheitswesen eine sinnvolle Möglichkeit gegeben, im Falle von rechtsverletzenden kantonalen Spital- und Pflegeheimplanungsentscheiden korrigierend einzugreifen. Ein Beschwerderecht zugunsten der Krankenversicherer und ihrer Verbände fördert die Mitsprache und Transparenz bei der Spital- und Pflegeheimplanung, ohne dass die prägende Rolle der Kantone infrage gestellt würde.

**Empfehlung senesuisse: Ablehnung der Motion**

Die heutige Spital- und Heimlandschaft muss erneuert werden. Mit einem Beschwerderecht würde der Ersatz veralteter Strukturen in vielen Fällen über Jahre hinaus verzögert. Der Vorstoss ist ein direkter Eingriff in die Planungshoheit der Kantone: Sie müssten künftig bei jedem Entscheid für Spitäler und Pflegeheime mit Einsprachen der Versicherer rechnen. Die Gefahr besteht, dass mit dem Vorstoss die Kosten nicht gesenkt, sondern eher gesteigert werden: Wenn strukturell bessere Neubauten verhindert oder verzögert werden, müssen die alten ineffizienteren Spitäler und Pflegeheime weitergeführt und bezahlt werden. Ein solches besonderes Beschwerderecht von Verbänden muss juristisch der Ausnahmefall bleiben.

10.03.2020 Beratung im Ständerat

**18.3709 Motion CSSS-CN :  
Etablissement des listes cantonales  
d'hôpitaux et d'EMS ; participation et  
codécision des assureurs-maladie**

**Texte déposé**

Le Conseil fédéral est chargé de compléter l'article 53 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, portant sur les recours au Tribunal administratif fédéral (TAF), par un alinéa 3 qui crée une base légale spéciale relative au droit des assureurs-maladie de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux au titre de l'article 39 LAMal (admission des hôpitaux à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins). Concrètement, les assureurs-maladie et leurs fédérations auront le droit de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux concernant les listes des hôpitaux et des établissements médicosociaux (EMS).

**Développement**

En leur qualité d'organes d'exécution de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs et leurs fédérations jouissent d'une proximité. Leur conférer la qualité pour recourir leur donnerait la judicieuse possibilité d'intervenir, dans le cadre de leur fonction de surveillance et de leur coresponsabilité à garantir un système de santé bon marché, pour corriger des décisions prises par les cantons en matière de planification des hôpitaux et des EMS. Ce droit de recours des assureurs renforcerait la participation et la transparence dans la planification des hôpitaux et des EMS sans remettre en question le rôle déterminant des cantons.

**Recommandation senesuisse : Rejeter la motion**

Le paysage actuel des hôpitaux et des EMS doit être renouvelé. Dans de nombreux cas, un droit de recours retarderait de plusieurs années le remplacement de structures obsolètes. La proposition constitue une atteinte directe à la souveraineté des cantons en matière de planification : à l'avenir, ces derniers devraient s'attendre à des oppositions de la part des assureurs lors de chaque décision relative à de nouveaux hôpitaux et EMS. Avec cette mesure, les coûts risquent fort de ne pas diminuer, mais d'avoir au contraire tendance à augmenter. Si l'on s'oppose à la construction de nouveaux bâtiments mieux conçus et structurés ou qu'on la retarde, il faudra continuer à utiliser des hôpitaux et EMS décatis et moins efficaces, et à payer pour ces derniers.

10.03.2020 Débat au Conseil des Etats

<b>Nationalrat</b>	<b>Conseil national</b>
<p><b>19.3703 Motion SR Dittli: Medikamentenkosten; es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung</b></p>	<p><b>19.3703 Motion CE Dittli : Coûts des médicaments ; adaptation du système d'autorisation de mise sur le marché et de fixation des prix dans l'assurance de base</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b> Der Bundesrat wird aufgefordert, die Rechtsgrundlagen für das Zulassungs- und Preissystem bei Medikamenten dahingehend anzupassen, dass im Bereich der Spezialitätenliste (SL) neben den Tagestherapiekosten auch die Kosten auf das gesamte Gesundheitssystem berücksichtigt werden.</p> <p><b>Begründung</b> Aktuell sind Auslandpreisvergleich und therapeutischer Quervergleich die massgebenden Elemente bei der Preisfestsetzung der Arzneimittel. Die Preisregulierung stösst aber an ihre Grenzen. Die zu beobachtende deutlich zunehmende Preishöhe bei Neueinführungen innovativer Medikamente ist besorgniserregend. Die Zulassungs- und Preisregeln für Medikamente sollten neu gestaltet werden.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></b> Die Kosten für neue Arzneimittel steigen aufgrund der zunehmend hohen Preise, längerer Therapiedauern, Kombinationen und Sequenzen von Arzneimitteltherapien in Verbindung mit hohen Prävalenzzahlen besorgniserregend an. Sie betragen schon das Dreifache an OKP-Kosten der Pflegeheime. Es ist deshalb von Bedeutung, dass die Häufigkeit des Vorkommens der Krankheit und die Mengenausweitung für die Festlegung der Preishöhe mitberücksichtigt werden. Es gilt, hier eine Auslegeordnung vorzunehmen und die Rechtsgrundlagen für das Zulassungs- und Preissystem bei Medikamenten im Bereich der Spezialitätenliste anzupassen.</p> <p>12.09.2019 Ständerat: Annahme der Motion (einstimmig) 20.03.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p><b>Texte déposé</b> Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales régissant le système d'autorisation de mise sur le marché et de fixation des prix des médicaments afin de tenir compte, pour les préparations et les médicaments de la liste des spécialités, non seulement du coût thérapeutique journalier, mais aussi du coût pour l'ensemble du système de santé.</p> <p><b>Développement</b> Actuellement, l'Office fédéral de la santé publique fixe le prix des médicaments essentiellement en fonction d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et d'une comparaison thérapeutique. La régulation atteint cependant ses limites : la nette augmentation des prix observée pour les médicaments innovateurs introduits sur le marché est inquiétante. Les règles en matière de l'autorisation de mise sur le marché et de fixation des prix des médicaments devraient être revues.</p> <p><b>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></b> Les coûts engendrés par les nouveaux médicaments augmentent de façon inquiétante, ceci en raison de la plus longue durée des traitements, des prix de plus en plus élevés et des thérapies combinées ou séquentielles, associés à une prévalence élevée. Ils représentent déjà trois fois les coûts de l'AOS des EMS. Il est donc important que la fréquence des cas de la maladie et l'augmentation de la proportion soient prises en compte lors de la détermination du niveau des prix. Il est nécessaire d'établir un ordre d'interprétation dans ce domaine et d'adapter la base juridique du système d'autorisation de mise sur le marché et de la tarification des médicaments dans le domaine de la liste des spécialités.</p> <p>12.09.2019 Conseil des Etats : Adoption de la motion (à l'unanimité) 20.03.2020 Débat au Conseil national</p>

<p><b>18.305 Standes-Initiative Kanton St.Gallen: Keine Prämiengelder für Vermittlungs- provisionen</b></p>	<p><b>18.305 Initiative Cantonale St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux inter- médiaires</b></p>
<p><b>Eingereichter Text</b> Der Kantonsrat lädt die Bundesversammlung ein, das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) so anzupassen, dass die Zahlungen von Provisionen für Wechsel in der Grundversicherung untersagt werden.</p> <p><b>Begründung</b> Jedes Jahr wechseln Hunderttausende von Versicherten ihre Grundversicherung in der Krankenkasse (Obligatorische Krankenversicherung; abgekürzt OKP). Allein im Jahr 2016 waren dies schweizweit 684 000 Personen. Ein grosser Teil dieser Wechsel erfolgte aufgrund der Beratungstätigkeit von Maklern. Studien zeigen, dass die Krankenkassen jährlich Hunderte von Millionen Franken an Provisionen an Vermittler für neue OKP-Abschlüsse entrichten. So zahlen nachweislich grosse Krankenversicherer bis zu 1500 Franken für einen neuen Abschluss in der Grundversicherung. Trotz einer Branchenvereinbarung halten sich die wenigsten Versicherer an die Abmachung.</p> <p><b>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Standesinitiative</u></b> Es kann nicht sein, dass die Versicherer den Maklern 500 Mio. bezahlen, während sie gegen Pflegeheime und Kantone wegen rund 30-50 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. Getragen werden diese Vermittlungsprovisionen durch die Versicherten. Sie bezahlen mit ihren Prämien solche unnötigen und kostentreibenden Kundengewinnungsaktionen. Selbst die öffentliche Hand bzw. der Steuerzahler leistet mit den Geldern der individuellen Prämienverbilligung an solche Provisionen indirekt einen Beitrag.</p> <p>20.03.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p><b>Texte déposé</b> L'Assemblée fédérale est invitée à adapter la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) de sorte que le versement de commissions incitant au changement de caisse-maladie pour l'assurance de base soit interdit.</p> <p><b>Développement</b> Chaque année, des centaines de milliers d'assurés changent de caisse-maladie pour leur assurance de base (assurance obligatoire des soins, AOS). Rien qu'en 2016, quelque 684 000 personnes ont changé de caisse en Suisse. Une grande partie de ces changements est due aux activités de conseil des courtiers. Des études montrent que les caisses-maladie versent chaque année des centaines de millions de francs en commissions à des intermédiaires pour des nouveaux contrats AOS. Il a été démontré que les grandes caisses-maladie sont prêtes à verser jusqu'à 1500 francs pour la conclusion d'une nouvelle police d'assurance de base. Très peu d'assureurs se conforment à l'accord sectoriel, la tentative d'autorégulation a échoué.</p> <p><b>Recommandation senesuisse : <u>Adoption de l'initiative cantonale</u></b> 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 30-50 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. Ces commissions sont payées par les assurés. Ces campagnes d'acquisition de clients inutiles et onéreuses sont en effet financées au moyen des primes versées par les assurés. Même le secteur public et, par conséquent, les contribuables participent indirectement au financement de ces commissions par le biais des fonds destinés à la réduction individuelle des primes.</p> <p>20.03.2020 Débat au Conseil national</p>