

**Gesundheits- und Heimpolitik
im Bundesparlament**

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

Vorschau

Perspective

Sommersession 2020

Session d'été 2020

2. Juni– 19. Juni

2 juin – 19 juin

Ständerat: Seiten 3-5

Conseil des Etats : Pages 3-5

Nationalrat: Seiten 3 und 6-9

Conseil national : Pages 3 et 6-9

Inhaltsverzeichnis	Sommaire
<p>Nationalrat und Ständerat</p> <p>18.047 KVG: Zulassung von Leistungserbringern Seite 3</p> <p>Ständerat</p> <p>18.3708 Motion NR (SGK-NR): Schwarze Listen: Definition des Notfalls Seite 4</p> <p>19.401 Pa.Iv. SGK-NR: Gegenvorschlag Pflegeinitiative. Für eine Stärkung der Pflege, für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität Seite 5</p> <p>Nationalrat</p> <p>19.3703 Motion SR Dittli: Medikamentenkosten; es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungs- system im Bereich der Grundversicherung Seite 6</p> <p>19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1 Seite 7</p> <p>18.305 Kant. Iv. St.-Gallen: Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen Seite 9</p>	<p>Conseil national et Conseil des Etats</p> <p>18.047 LAMal : Admission des fournisseurs de prestations page 3</p> <p>Conseil des Etats</p> <p>18.3708 Motion CN (CSSS-CN) : Listes noires. Définition de la médecine d'urgence page 4</p> <p>19.401 Iv.Pa. CSSS-CN : Contre-projet initiative soins infirmiers. Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité des patients et une meilleure qualité des soins page 5</p> <p>Conseil national</p> <p>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 page 6</p> <p>19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet page 7</p> <p>18.305 Iv. Cant. St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires page 9</p>

Nationalrat und Ständerat	Conseil national et Conseil des Etats
18.047 Bundesratsgeschäft: KVG; Zulassung von Leistungserbringern	18.047 Objet du Conseil fédéral : LAMal ; admission des fournisseurs de prestations
<p>Inhalt Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Ärzte und schafft damit Rechtssicherheit für alle Beteiligten.</p> <p>Noch bestehende Differenzen zwischen Nationalrat und Ständerat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 37: Die Räte sind sich uneins über die Details, bei Erfüllung welcher Voraussetzungen die Ärzte für ihre Zulassung keine Sprachprüfung mehr ablegen müssen. • Art. 38: Der Nationalrat will den Versicherern ein Recht einräumen, bei der Zulassungsstelle den Entzug der ärztlichen Zulassung zu beantragen. • Anhang III: Die Vorlage soll nach Ansicht des Nationalrats mit EFAS (einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen) verknüpft werden. <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme gemäss Einigungskonferenz</u> Die vom Nationalrat zuerst verlangte Verknüpfung der Vorlage mit EFAS ist zweckfremd und würde eine für den Spitalbereich wichtige Entwicklung behindern. Deshalb ist der Entscheid korrekt, dass die Zulassung der Ärzte nicht erst mit der EFAS-Vorlage in Kraft treten soll. Ebenfalls korrekt ist, dass die Kantone selber entscheiden sollen, ob sie eine Zulassungsbeschränkung einführen, wenn die Kosten deutlich steigen.</p> <p>Bei der noch verbleibenden Differenz ist dem Ständerat zu folgen: Es wäre nicht sachgemäss, den Versicherern ein Beschwerderecht gegen die kantonalen Erlasse betreffend Zulassungssteuerung einzuräumen. Ein solches juristisches Sonderrecht zur Verhinderung der benötigten und demokratisch legitimierten Zulassungsentscheide drängt sich nicht auf.</p> <p>08.06.2020 Beratung im Nationalrat 10.06.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Contenu du projet 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>Différences persistantes entre le Conseil national et le Conseil des Etats</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Annexe III : D'après le Conseil national, le projet devrait être jumelé au financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires (EFAS). <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation selon la conférence de conciliation</u> 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. La décision est donc correcte, que l'approbation des médecins ne doive pas seulement entrer en vigueur avec le projet de l'EFAS. Il est également correct que les cantons puissent eux-mêmes décider d'introduire une restriction à l'admission si les coûts augmentent de manière significative.</p> <p>Concernant la différence qui demeure, le Conseil des Etats doit être suivi : Il ne serait pas approprié d'accorder aux assureurs un droit de recours contre les arrêtés cantonaux concernant la gestion des admissions. Il n'est pas nécessaire de disposer d'un tel droit juridique spécial pour empêcher les décisions d'admission nécessaires et démocratiquement légitimées.</p> <p>08.06.2020 Débat au Conseil national 10.06.2020 Débat au Conseil des Etats</p>

Ständerat	Conseil des Etats
<p>18.3708 Motion NR (SGK-NR): Schwarze Listen: Definition des Notfalls</p>	<p>18.3708 Motion CN (CSSS-CN) : Listes noires. Définition de la médecine d'urgence</p>
<p>Inhalt</p> <p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des KVG vorzulegen, mit der Artikel 64a Absatz 7 KVG wie folgt ergänzt wird:</p> <p><i>Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Der Kanton umschreibt die Notfallbehandlungen.</i></p> <p>Begründung</p> <p>Kantone, die prämiensäumige Versicherte auf einer Liste erfassen mit der Folge des Aufschubs der Kostenübernahme von Leistungen, sollten gesetzlich den Notfallbegriff in dem Sinn definieren, wie es ein Urteil des Versicherungsgerichtes St. Gallen umschrieben hat. Das Gericht fasst die Definition einer Notfallbehandlung wesentlich weiter als gewisse Krankenkassen. Die Richter schreiben, unter einer Notfallbehandlung sei auch eine Behandlung zu verstehen, wenn "Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukomme". Oder anders gesagt, ein Notfall liegt vor, wenn Betroffene nach medizinischem Ermessen dringend Hilfe brauchen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u></p> <p>Eine gesetzliche Definition soll klärend wirken. Den Leistungserbringern muss bekannt sein, was als Notfall im Sinne des Gesetzes gilt und was nicht mehr. Es wurden denn auch bereits problematische Vorkommnisse bekannt, sogar von einem Todesfall wegen unterlassener Hilfeleistung.</p> <p>19.09.2018 Nationalrat: Annahme 03.06.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Contenu du projet</p> <p>Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un projet de modification de la LAMal qui prévoient de compléter l'article 64a alinéa 7 LAMal comme suit :</p> <p><i>Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension. Le canton définit les prestations relevant de la médecine d'urgence.</i></p> <p>Développement</p> <p>Les cantons qui établissent une liste des assurés "mauvais payeurs", avec pour effet la suspension de la prise en charge des coûts des prestations, devraient définir légalement la notion de médecine d'urgence dans le sens donné par un arrêt du Tribunal fédéral des assurances, à Saint-Gall. Le tribunal comprend la définition d'une prestation relevant de la médecine d'urgence dans un sens considérablement plus large que quelques caisses-maladie. Les juges indiquent que par prestations relevant de la médecine d'urgence il faut aussi entendre tout traitement impliquant une assistance accordée par du personnel médical. On peut en déduire qu'il y a médecine d'urgence lorsque les intéressés ont besoin d'une aide urgente pour une appréciation médicale.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u></p> <p>Une définition légale clarifierait la situation. Les prestataires doivent connaître ce qui est considéré comme une urgence au sens de la loi et ce qui ne l'est plus. Des incidents problématiques ont déjà été connus, même un décès dû à de la non-assistance à personne en danger.</p> <p>19.09.2018 Conseil national : Adoption 03.06.2020 Débat au Conseil des Etats</p>

<p>19.401 Parl. Initiative SGK-NR: Für eine Stärkung der Pflege, für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität</p>	<p>19.401 Initiative parl. CSSS-CN : Pour un renforcement des soins infirmiers, une sécurité des patients et une meilleure qualité des soins</p>
<p>Ausgangslage Um die berechtigten Anliegen der Volksinitiative «Für eine starke Pflege» aufzunehmen, hat die Kommission eine parlamentarische Initiative als indirekten Gegenvorschlag erarbeitet.</p> <p>Erarbeitung eines indirekten Gegenvorschlags durch die Kommission Wie die Volksinitiative verfolgt auch die Kommission mit dem indirekten Gegenvorschlag das Ziel einer qualitativ hochstehenden und für alle zugänglichen Pflege. Dafür braucht es insbesondere genügend Pflegepersonal, das gut ausgebildet, kompetenzgerecht eingesetzt und im Beruf erhalten wird. Eine Regelung der Pflege auf Verfassungsstufe erachtete die Kommission hierfür nicht als adäquat. Um diese Ziele zu erreichen, will die Kommission insbesondere bei der Ausbildung der Pflegenden sowie bei der Anerkennung ihrer Kompetenzen ansetzen. Als wichtigster Bestandteil dient hierfür eine Gesetzesvorlage zur Förderung von Tertiärausbildungen.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme gemäss Nationalrat</u> Wir beurteilen einen Teil der Anliegen der Pflegeinitiative als berechtigt. Die Volksinitiative geht jedoch zu weit, die Verankerung über die Verfassung erachten wir als nicht zweckmässig. Aus diesem Grund unterstützen wir die Volksinitiative nicht. Da wir der Initiative Erfolgchancen geben und die berechtigten Anliegen an die Hand genommen werden sollen, unterstützen wir den Indirekten Gegenvorschlag und lehnen Nichteintretensanträge ab. Der Indirekte Gegenvorschlag ist auf grosse Zustimmung gestossen und reif für die weitere Beratung, wie die breite Vernehmlassung gezeigt hat. Uns ist daran gelegen, dass die weitere politische Debatte auf der Basis dieses mehrheitsfähigen Entwurfs geführt wird. Er ist geeignet, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, die Ausbildung des notwendigen Pflegefachpersonals sicherzustellen und damit die Pflegequalität aufrechtzuerhalten. Gemeinsam haben die Arbeitgeberverbände zu Handen der Kommission die Details zu den Anträgen ausgearbeitet. Sie liegen dieser Vorschau bei.</p> <p>17.12.2019 Nationalrat: Beschluss abweichend vom Entwurf 10.06.2020 Beratung im Ständerat</p>	<p>Situation initiale Afin de répondre aux préoccupations légitimes de l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts », la Commission a développé une initiative parlementaire comme contre-projet indirect.</p> <p>Elaboration d'un contre-projet indirect par la Commission Comme l'initiative, la Commission vise avec son contre-projet à garantir la qualité des soins et leur accessibilité à tous. Pour ce faire, il faut un nombre suffisant d'infirmiers bien formés, affectés conformément à leurs compétences et maintenus dans la profession. Toutefois, elle considère qu'il est inapproprié de modifier la Constitution. Afin d'atteindre ces objectifs, la Commission veut notamment mettre l'accent sur la formation des soignants ainsi que sur la reconnaissance de leurs compétences. L'élément le plus important est un projet de loi visant à promouvoir l'enseignement tertiaire.</p> <p>Recommandation de senesuisse : <u>Approbation selon le Conseil national</u> Nous estimons qu'une partie des demandes de l'initiative sur les soins infirmiers est légitime. L'initiative populaire va toutefois trop loin et nous estimons que l'ancrage par la voie constitutionnelle ne soit pas approprié. Pour cette raison, nous ne soutenons pas l'initiative populaire. Puisque nous pensons que l'initiative ait des chances d'aboutir et que les demandes légitimes doivent être mises en œuvre, nous soutenons le contre-projet indirect dans son principe et rejetons les propositions de non-entrée en matière. Le contre-projet indirect a été largement approuvé et il est donc manifestement prêt pour la suite de la discussion, comme la procédure de consultation l'a montré. Nous tenons à ce que les futurs débats politiques soient menés sur la base de ce projet capable d'obtenir la majorité. Il permettra de rendre les professions infirmières plus attrayantes, de garantir la formation du personnel soignant nécessaire et ainsi de maintenir la qualité des soins. Les associations patronales ont préparé conjointement les détails des propositions à l'attention de la Commission. Elles sont jointes à ce document.</p> <p>17.12.2019 Conseil national : Décision modifiant le projet 10.06.2020 Débat au Conseil des Etats</p>

Nationalrat	Conseil national
<p>19.3703 Motion SR Dittli: Medikamentenkosten; es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung</p>	<p>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</p>
<p>Eingereichter Text 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>Begründung 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 neugestaltet werden.</p> <p>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Motion</u> 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) 02.06.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé 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>Développement 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>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter la motion</u> 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) 02.06.2020 Débat au Conseil national</p>

<p>19.046 Krankenversicherungsgesetz: Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1</p>	<p>19.046 Loi fédérale sur l'assurance-maladie : Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet</p>
<p>Ausgangslage</p> <p>Der Bundesrat will in diesem ersten von zwei Massnahmenpaketen mit neun Massnahmen ein Kostendämpfungsprogramm für das Gesundheitswesen starten. Das Sparpotenzial betrage mehrere Hundert Millionen pro Jahr.</p> <p>Die Kommission (SGK-N) hat das Bündel an Massnahmen aufgeteilt und will dem Rat in der Sommersession ein erstes Bündel von weniger bestrittenen Massnahmen vorlegen.</p> <p>Die im Paket 1a dem Rat unterbreiteten Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechnungskontrolle: Mit 12 zu 10 Stimmen bei 3 Enthaltungen beantragt die Kommission, dass im System des Tiers payant der Versicherer der versicherten Person zusammen mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers übermittelt. Nach Auffassung der Kommission ist es einfacher und letztlich kostengünstiger, wenn beide Dokumente aus einer Hand zu den Versicherten gelangen; auf diese Weise könnten sie die Rechnungskontrolle besser vornehmen. - Pauschalen im ambulanten Bereich: Die Kommission unterstützt mit 17 zu 3 Stimmen die Massnahme des Bundesrates, mit der auch im ambulanten Bereich Pauschalen gefördert werden sollen. Sie geht davon aus, dass die Leistungen optimaler eingesetzt und die administrative Abwicklung der Rechnungsstellung vereinfacht werden können. - Tariforganisation: Mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung begrüsst die Kommission die Schaffung eines nationalen Tarifbüros im ambulanten Bereich. Im Unterschied zum Bundesrat beantragt sie, dass auch die Versicherer dieser Organisation kostenlos die Daten bekannt geben müssen, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. - Tarifstruktur aktuell halten: Die Kommission unterstützt mit 17 zu 8 Stimmen, dass die Leistungserbringer und die Versicherer dem Bundesrat kostenlos die Daten bekanntgeben müssen, die dieser benötigt, um die Tarife genehmigen und allenfalls selber festlegen zu können. - Experimentierartikel: Die Einführung blieb im Grundsatz unbestritten. Über die genaue Ausgestaltung will die Kommission an ihrer nächsten Sitzung entscheiden. 	<p>Situation initiale</p> <p>Le Conseil fédéral a lancé le premier des deux volets de mesures prévus dans son programme de maîtrise des coûts de la santé avec neuf mesures adoptées. Tous les acteurs obtiennent des instruments pour freiner la hausse des coûts. Le potentiel d'économie est de plusieurs centaines de millions par année.</p> <p>La Commission (CSSS-N) a divisé le paquet de mesures et a l'intention de présenter une première série de mesures moins controversées au Conseil lors de la session d'été.</p> <p>Les mesures soumises au Conseil dans le cadre du volet 1a</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des factures : par 12 voix contre 10 et 3 abstentions, la Commission propose que, dans le système du tiers payant, l'assureur transmette à l'assuré, en même temps que le décompte des prestations, une copie de la facture du fournisseur de prestations. La Commission estime qu'il est plus simple et finalement plus avantageux que les deux documents soient transmis à l'assuré par la même source ; cette méthode permettrait d'améliorer le contrôle des factures. - Forfaits dans le domaine ambulatoire : par 17 voix contre 3, la Commission approuve les mesures préconisées par le Conseil fédéral en vue d'encourager les forfaits également dans le domaine ambulatoire. Elle part du principe que les prestations peuvent ainsi être fournies plus efficacement et que l'aspect administratif de la facturation peut être simplifié. - Organisation tarifaire : par 16 voix contre 8 et 1 abstention, la Commission salue la création d'une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire. A la différence du Conseil fédéral, elle propose que les assureurs doivent eux aussi communiquer gratuitement à cette organisation les données qui sont nécessaires à l'élaboration, au développement et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. - Structure tarifaire actualisée : par 17 voix contre 8, la Commission approuve le fait que les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données dont il a besoin pour approuver les tarifs et pouvoir éventuellement les fixer lui-même. - Article autorisant les projets pilotes : l'introduction de l'article est en principe restée incontestée. La Commission se prononcera à sa prochaine séance sur les modalités précises.

Empfehlung von senesuisse: Gutheissung dieser Massnahmen

Die Kommission hat weise gehandelt, indem sie aus dem Paket 1 die weniger umstrittenen Massnahmen herausgelöst hat und vorab dem Rat unterbreitet. **Besonders wichtig ist, dass der untaugliche Vorschlag eines neuen Beschwerderechts der Krankenkassen gegen kantonale Entscheide zu Spital- und Pflegeheimlisten nicht aufgenommen wurde.**

Trotz Vorbehalten betreffend Rechnungskopie und Gratislieferung von Daten kann sich *senesuisse* mit den vorgeschlagenen Massnahmen einverstanden erklären. Auch den Experimentierartikel begrüssen wir sehr, werden uns aber vehement gegen ein Sonderrecht der Krankenversicherer zur juristischen Bekämpfung von demokratischen Entscheiden zu Spitäler-/Heimlisten wehren.

08.06.2020 Beratung im Nationalrat

Recommandation de senesuisse : Approbation de ces mesures

La Commission a agi avec sagesse en retirant les mesures les moins controversées du 1^{er} volet et en les soumettant à l'avance au Conseil. **Il est particulièrement important de noter que la proposition inadéquate d'un nouveau droit de recours pour les assureurs maladie contre les décisions cantonales sur les listes d'hôpitaux et d'EMS n'a pas été intégrée.**

Malgré les réserves concernant les copies de factures et la libre transmission des données, *senesuisse* peut accepter les mesures proposées. Nous saluons également l'article permettant des projet pilotes, mais nous nous opposerons avec véhémence à un droit spécial des assureurs maladie pour combattre juridiquement les décisions démocratiques sur les listes d'hôpitaux/d'EMS.

08.06.2020 Débat au Conseil national

<p>18.305 Standes-Initiative Kanton St.Gallen: Keine Prämiegelder für Vermittlungs- provisionen</p>	<p>18.305 Initiative Cantonale St-Gall : Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires</p>
<p>Eingereichter Text 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>Begründung 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>Empfehlung von senesuisse: <u>Annahme der Standesinitiative</u> 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. Deshalb ist es aus unserer Sicht konsequent, nicht nur die Mo. 17.4091 anzunehmen, sondern auch diese Standesinitiative.</p> <p>12.12.2018 Ständerat: Der Initiative wird keine Folge gegeben 17.06.2020 Beratung im Nationalrat</p>	<p>Texte déposé 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>Développement 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 1'500 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>Recommandation de senesuisse : <u>Adopter l'initiative cantonale</u> 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. De notre point de vue, il est donc pertinent d'accepter non seulement la Mo. 17.4091, mais aussi cette initiative cantonale.</p> <p>12.12.2018 Conseil des Etats : Il n'est pas donné suite à l'initiative 17.06.2020 Débat au Conseil national</p>